Condados de Riverside y San Bernardino

VILLAGEHEALTH (HMO POS C-SNP)

2025 Evidencia de cobertura de Medicare

Plan Medicare Advantage

scan™ VillageHealth
A product of SCAN Health Plan®

1 de enero – 31 de diciembre, 2025

Evidencia de cobertura:

Sus beneficios y servicios de salud de Medicare y la cobertura para medicamentos con receta como miembro de VillageHealth (HMO POS C-SNP)

Este documento proporciona detalles acerca de la cobertura de salud y de medicamentos con receta de Medicare vigente desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2025. **Este es un documento legal importante. Consérvelo en un lugar seguro.**

Si tiene preguntas sobre este documento, póngase en contacto con Servicios para Miembros al 1-800-399-7226 para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario es de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, el horario es de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. Los mensajes recibidos durante los días festivos y fuera de las horas laborales se responderán el siguiente día hábil. Esta llamada es gratuita.

Este plan, VillageHealth, es ofrecido por SCAN Health Plan. (Cuando en esta *Evidencia de cobertura* dice “nosotros”, “nos” o “nuestro/a”, hace referencia a SCAN Health Plan. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a VillageHealth).

Este documento está disponible de forma gratuita en Español.

Este documento puede estar disponible en otros formatos como Braille, letra grande u otros formatos alternativos.

Los beneficios, las primas, los deducibles y/o los copagos/el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2026.

El formulario, la red de farmacias o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Usted recibirá un aviso cuando sea necesario. Notificaremos a las personas inscritas afectadas sobre los cambios con al menos 30 días de anticipación.

Este documento explica sus beneficios y derechos. Utilice este documento para conocer:

- su prima del plan y los gastos compartidos;
- sus beneficios médicos y de medicamentos recetados;
- cómo presentar una queja si no está satisfecho con un servicio o tratamiento;
- cómo ponerse en contacto con nosotros si necesita más ayuda, y
- otras protecciones requeridas por la ley de Medicare.

H5943-001
Y0057_SCAN_21278_2025_C

OMB Approval 0938-1051 (Expires: August 31, 2026)

Evidencia de cobertura de 2025

Tabla de contenidos

CAPÍTULO 1: *Primeros pasos como miembro* 6

SECCIÓN 1 Introducción 7

SECCIÓN 2 ¿Qué requisitos son necesarios para ser miembro del plan? 8

SECCIÓN 3 Materiales importantes para los miembros que recibirá 9

SECCIÓN 4 Sus costos mensual para VillageHealth 11

SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual 14

SECCIÓN 6 Mantenga actualizado su registro de membresía del plan 17

SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan 18

CAPÍTULO 2: *Números de teléfono y recursos importantes* 20

SECCIÓN 1 Contactos de VillageHealth (cómo ponerse en contacto con nosotros, lo que incluye cómo comunicarse con Servicios para Miembros) 21

SECCIÓN 2 Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal de Medicare) 29

SECCIÓN 3 Programa estatal de asistencia sobre seguro medico (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare) 31

SECCIÓN 4 Organización para la mejora de la calidad 32

SECCIÓN 5 Seguro Social 33

SECCIÓN 6 Medi-Cal (Medicaid) 34

SECCIÓN 7 Información sobre programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos con receta 35

SECCIÓN 8 Cómo puede ponerse en contacto con la Junta de jubilación para ferroviarios 38

SECCIÓN 9 ¿Tiene un seguro grupal u otro seguro médico de un empleador? 39

CAPÍTULO 3: *Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos* 40

SECCIÓN 1 Datos importantes sobre cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan 41

SECCIÓN 2 Use los proveedores de la red del plan para obtener atención médica 42

SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios cuando tiene una emergencia, una necesidad urgente de recibir atención o durante un desastre 45

SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de los servicios? 47

SECCIÓN 5 ¿Cómo se cubren los servicios médicos cuando participa en un estudio de investigación clínica? 48

SECCIÓN 6 Normas para obtener atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica 50

SECCIÓN 7 Normas para la posesión de equipo médico duradero 51

CAPÍTULO 4: *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)* 53

SECCIÓN 1 Cómo comprender los costos que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos 54

SECCIÓN 2 Utilice la *Tabla de beneficios médicos* para averiguar qué es lo que está cubierto y cuánto le corresponderá pagar 56

SECCIÓN 3 ¿Qué servicios no están cubiertos por el plan? 113

CAPÍTULO 5: *Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D* 121

SECCIÓN 1 Introducción 122

SECCIÓN 2 Obtenga sus medicamentos con receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan 122

SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar en la Lista de medicamentos del plan 126

SECCIÓN 4 Hay restricciones respecto de la cobertura de algunos medicamentos 129

SECCIÓN 5 ¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera en que usted querría que lo estuviera? 130

SECCIÓN 6 ¿Qué sucede si cambia la cobertura para alguno de sus medicamentos? 133

SECCIÓN 7 ¿Qué tipos de medicamentos *no* cubre el plan? 135

SECCIÓN 8 Obtener un medicamento con receta 137

SECCIÓN 9 Cobertura para medicamentos de la Parte D en situaciones especiales 137

SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad y administración de los medicamentos 139

CAPÍTULO 6: *Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D* 142

SECCIÓN 1 Introducción 143

SECCIÓN 2 El precio que paga por un medicamento depende de la etapa de pago de medicamentos en la que esté al obtener el medicamento 146

SECCIÓN 3 Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos y la etapa de pago en la que se encuentra 146

SECCIÓN 4 Durante la Etapa del deducible, usted paga el costo total de los medicamentos Nivel 2: Genéricos, Nivel 3: Marca preferida, Nivel 4: Medicamento no preferido, Nivel 5: Nivel especializado 148

SECCIÓN 5 Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga su parte . . 149

SECCIÓN 6 Durante la etapa de cobertura catastrófica, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D. 154

SECCIÓN 7 Información de beneficios adicionales 154

SECCIÓN 8 Vacunas de la Parte D. Lo que pagas depende de cómo y dónde las obtiene 155

CAPÍTULO 7: ***Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos cubiertos o medicamentos cubiertos*** **158**

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios o medicamentos cubiertos 159

SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que recibió 161

SECCIÓN 3 Analizaremos su solicitud de pago y decidiremos si le pagaremos o no 162

CAPÍTULO 8: ***Sus derechos y responsabilidades*** **164**

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sus sensibilidades culturales como miembro del plan 165

SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan 180

CAPÍTULO 9: ***Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*** **182**

SECCIÓN 1 Introducción 183

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada 183

SECCIÓN 3 ¿Qué proceso debe utilizar para tratar su problema? 184

SECCIÓN 4 Guía de los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones 185

SECCIÓN 5 Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura 188

SECCIÓN 6 Medicamentos con receta de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación 196

SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que le están dando de alta demasiado pronto 206

SECCIÓN 8 Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto 211

SECCIÓN 9 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y más allá 215

SECCIÓN 10 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes 218

CAPÍTULO 10: *Cancelación de su membresía en el plan* 222
SECCIÓN 1 Introducción a la terminación de su membresía en nuestro plan 223
SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan? 223
SECCIÓN 3 ¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan? 226
SECCIÓN 4 Hasta que se cancele su membresía, debe seguir recibiendo sus artículos médicos, servicios y medicamentos a través de nuestro plan 226
SECCIÓN 5 VillageHealth debe cancelar su membresía en el plan en ciertas situaciones 227

CAPÍTULO 11: *Avisos legales* 229
SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes vigentes 230
SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación 230
SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare 230
SECCIÓN 4 Arbitraje Competente 231

CAPÍTULO 12: *Definiciones de palabras importantes* 234

CAPÍTULO 1:

Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Usted está actualmente inscripto en VillageHealth, que es un Plan de Punto de Servicio especializado de Medicare Advantage (Plan para Necesidades Especiales)

Usted está cubierto por Medicare y ha elegido recibir la cobertura para medicamentos con receta y atención médica de Medicare a través de nuestro plan, VillageHealth.

VillageHealth es un plan de Medicare Advantage HMO (HMO significa Organización para el Mantenimiento de la Salud) con una opción de Punto de Servicio (POS) aprobado por Medicare y ejecutado por una empresa privada. Punto de servicio significa que puede utilizar los proveedores fuera de la red del plan. (Consulte Capítulo 3, Sección 2.4 para obtener información sobre cómo usar la opción de punto de servicio).

VillageHealth es también un plan Medicare Advantage especializado (Plan de necesidades especiales de Medicare). Esto significa que sus beneficios están diseñados para las personas con necesidades de atención médica especiales. VillageHealth está diseñado para proveer beneficios de salud adicionales que ayudan específicamente a personas que tienen insuficiencia renal en etapa terminal (IRET) o que son pacientes que hayan tenido un trasplante.

Nuestro plan incluye proveedores que se especializan en el tratamiento de la insuficiencia renal en etapa terminal (IRET). También incluye programas de salud diseñados para satisfacer las necesidades de las personas con esta afección. Además, nuestro plan cubre medicamentos con receta para tratar la mayoría de las afecciones médicas, incluidos los medicamentos generalmente utilizados para tratar la insuficiencia renal en etapa terminal (IRET). Al ser miembro del plan, obtiene beneficios que se adaptan específicamente a su afección y nuestro plan coordinará toda su atención médica.

La cobertura según este plan califica como Cobertura de salud que reúne los requisitos (Qualifying Health Coverage, QHC) y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de protección del paciente y cuidado de salud de bajo costo (Patient Protection and Affordable Care Act, ACA). Para obtener más información, visite el sitio web del Servicio de impuestos internos (Internal Revenue Service, IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families.

Sección 1.2 ¿De qué trata el documento *Evidencia de cobertura*?

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

Los términos *cobertura* y *servicios cubiertos* se refieren a la atención y los servicios médicos y los medicamentos con receta disponibles para usted como miembro de VillageHealth.

Es importante que sepa cuáles son las normas del plan y qué servicios tiene disponible. Le recomendamos que le dedique un poco de tiempo a leer este documento de *Evidencia de cobertura*.

Si hay algún tema que lo confunde o le preocupa, o simplemente tiene una pregunta, comuníquese con Servicios para Miembros.

Sección 1.3 Información legal sobre la *Evidencia de cobertura*

Esta *Evidencia de cobertura* es parte de nuestro contrato con usted sobre cómo VillageHealth cubre su atención. Las otras partes de este contrato incluyen el formulario de inscripción, la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* y cualquier aviso que reciba de nuestra parte sobre modificaciones en su cobertura o condiciones que puedan afectar su cobertura. En ocasiones, estos avisos se denominan *cláusulas adicionales* o *enmiendas*.

El contrato estará vigente durante los meses en los que esté inscrito en VillageHealth, desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2025.

Cada año calendario, Medicare nos permite realizar cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de VillageHealth después del 31 de diciembre de 2025. También podemos decidir dejar de ofrecer el plan, en su área de servicio, después del 31 de diciembre de 2025.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar VillageHealth cada año. Puede seguir obteniendo la cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan solo si decidimos continuar ofreciendo el plan y si Medicare renueva la aprobación del plan.

SECCIÓN 2 ¿Qué requisitos son necesarios para ser miembro del plan?

Sección 2.1 Sus requisitos de elegibilidad

Usted es elegible para ser miembro de nuestro plan, siempre y cuando cumpla con estos requisitos:

- Tenga la Parte A y la Parte B de Medicare
- -- *y* -- Viva en nuestra área de servicio geográfica (la Sección 2.2, que se encuentra más abajo, describe el área de servicio). No se considera que las personas encarceladas vivan en el área geográfica de servicio, aunque se encuentren físicamente en ella.
- -- *y* -- Sea ciudadano estadounidense o esté legalmente presente a los Estados Unidos
- -- *y* -- Cumpla con los requisitos especiales de elegibilidad que se describen a continuación.

Requisitos especiales de elegibilidad para el plan

El plan está diseñado para satisfacer las necesidades especializadas de las personas que padecen ciertas afecciones médicas. Para ser elegible para nuestro plan, debe tener insuficiencia renal terminal (ESRD).

- Tenga en cuenta lo siguiente: Si pierde su elegibilidad, pero se puede esperar razonablemente que la recupere en el plazo de 2 meses, entonces todavía es elegible para ser miembro de nuestro plan (en el Capítulo 4, Sección 2.1, se informa sobre la cobertura y los gastos compartidos durante un período de elegibilidad que se considera continua).

Sección 2.2 Esta es el área de servicio del plan para VillageHealth

VillageHealth se encuentra disponible solo para personas que residen en el área de servicio de nuestro plan. Para seguir siendo miembro de nuestro plan, debe continuar viviendo en el área de servicio del plan. El área de servicio se describe a continuación.

Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados de California: Condados de Riverside y San Bernardino.

Si tiene planeado mudarse fuera del área de servicio, no puede seguir siendo miembro de este plan. Comuníquese con Servicios para Miembros para ver si tenemos un plan dentro de su área nueva. Si se muda, tendrá un período de inscripción especial que le permitirá cambiarse a Original Medicare o inscribirse en un plan de salud o de medicamentos de Medicare que esté disponible en su nueva ubicación.

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

Sección 2.3 Ciudadanía estadounidense o presencia legal

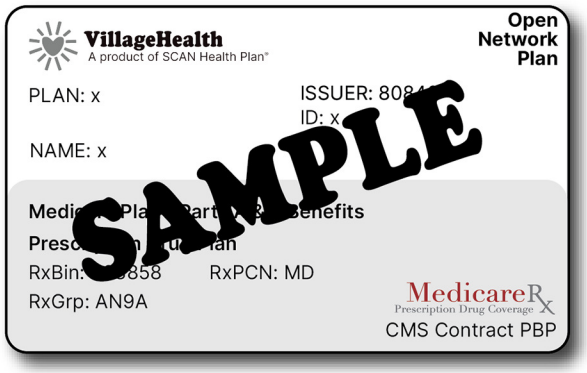
Los miembros de los planes de salud de Medicare deben ser ciudadanos estadounidenses o estar legalmente presentes en los Estados Unidos. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificará a VillageHealth si no es elegible para seguir siendo miembro según este requisito. VillageHealth debe cancelar su inscripción si no cumple con este requisito.

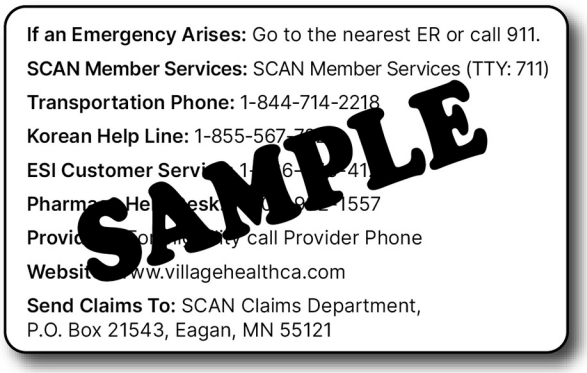
SECCIÓN 3 Materiales importantes para los miembros que recibirá

Sección 3.1 Tarjeta de miembro del plan

Mientras sea un miembro de nuestro plan, debe usar su tarjeta de miembro cada vez que reciba un servicio cubierto por este plan y para los medicamentos con receta que obtenga en las farmacias de la red. También debe mostrarle su tarjeta de Medi-Cal (Medicaid) al proveedor, si corresponde. A continuación, encontrará un modelo de la tarjeta de miembro

para que tenga una idea de cómo será la suya:





NO use la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para los servicios médicos cubiertos mientras sea un miembro de este plan. Si usa su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de membresía de VillageHealth, es posible que deba pagar el costo total de los servicios médicos. Guarde su tarjeta Medicare en un lugar seguro. Es probable que tenga que mostrarla si necesita servicios hospitalarios, servicios en un hospicio o participa en estudios de investigación aprobados por Medicare, también llamados ensayos clínicos.

Si la tarjeta de miembro del plan está dañada, se le pierde o se la roban, llame de inmediato a Servicios para Miembros para que le enviemos una tarjeta nueva.

Sección 3.2 *Directorio de proveedores y farmacias*

El *Directorio de proveedores y farmacias* enumera los proveedores actuales de la red. Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de la salud, grupos médicos, hospitales, y otros centros de atención médica que han acordado con nosotros aceptar nuestros pagos y cualquier costo compartido del plan como pago total.

Debe usar los proveedores de la red para obtener atención y servicios médicos. Si va a otro lugar sin la autorización correspondiente, deberá pagar la totalidad. Las únicas excepciones son las emergencias, los servicios de urgencia cuando la red no está disponible (es decir, en situaciones en las que no es razonable o no es posible recibir los servicios dentro de la red), los servicios de diálisis fuera del área y los casos en los que VillageHealth autorice el uso de proveedores fuera de la red.

La lista más reciente de proveedores está disponible en nuestro sitio web en www.villagehealthca.com.

Si no tiene su copia del *Directorio de proveedores y farmacias*, puede solicitar una (electrónica o en formato impreso) a Servicios para Miembros. Las solicitudes de *directorios de proveedores y farmacias* impresos se le enviarán por correo en un plazo de tres días hábiles.

El *Directorio de proveedores y farmacias* www.villagehealthca.com se indican las farmacias de nuestra red. Las **farmacias de la red** son todas las farmacias que han aceptado surtir los

medicamentos con receta cubiertos para los miembros de nuestro plan. Puede usar la *Directorio de proveedores y farmacias* para encontrar la farmacia de la red en la que desee obtener los medicamentos. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5 para obtener información sobre cuándo puede obtener medicamentos en farmacias fuera de la red del plan.

El *Directorio de proveedores y farmacias* también le indicará qué farmacias de nuestra red tienen un costo compartido preferidos, que puede ser inferior al costo compartido estándar ofrecido por otras farmacias de la red para algunos medicamentos.

Si no tiene el *Directorio de proveedores y farmacias*, puede obtener una copia a través de Servicios para Miembros. También puede encontrar esta información en nuestro sitio web en www.villagehealthca.com.

Sección 3.3 La Lista de medicamentos cubiertos *(Formulario)* del plan

El plan cuenta con una *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*. Nosotros la denominamos “Lista de medicamentos” para abreviarla. Indica qué medicamentos con receta de la Parte D están cubiertos por el beneficio de la Parte D incluido en VillageHealth. El plan, con la colaboración de un equipo de médicos y farmacéuticos, selecciona los medicamentos de la lista. La lista debe cumplir con los requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la Lista de medicamentos del VillageHealth.

La Lista de medicamentos le indica si existen restricciones para 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 cubiertos, puede visitar el sitio web del plan (www.villagehealthca.com) o llamar al Servicios para Miembros.

SECCIÓN 4 Sus costos mensual para VillageHealth

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

- la prima del plan (Sección 4.1)
- la prima mensual de la Parte B de Medicare (Sección 4.2)
- Multa por inscripción tardía de la Parte D (Sección 4.3)
- monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos (Sección 4.4)
- Monto del plan de pago de recetas médicas de Medicare (Sección 4.5)

Sección 4.1 Prima del plan

No es necesario que pague por separado la prima mensual del plan de VillageHealth.

Sección 4.2 Prima mensual de la Parte B de Medicare

Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare

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

Sección 4.3 Multa por inscripción tardía de la Parte D

A algunos miembros se les exige pagar una **multa por inscripción tardía** de la Parte D. La multa por inscripción tardía de la Parte D es una prima adicional que se debe pagar por la cobertura de la Parte D si, en algún momento después de que finaliza su período de inscripción inicial, pasa un período de 63 días consecutivos o más en los que usted no tiene cobertura de la Parte D u otra cobertura acreditable de medicamentos con receta. Cobertura acreditable de medicamentos con receta es la cobertura que cumple con los estándares mínimos de Medicare, ya que se espera que cubra, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare. El costo de la multa por inscripción tardía depende de cuánto tiempo estuvo sin cobertura para medicamentos con receta acreditable o de la Parte D. Tendrá que pagar esta multa mientras tenga la cobertura de la Parte D.

Cuando se inscribe por primera vez en VillageHealth, le informamos el monto de la multa. Si no paga la multa por inscripción tardía de la Parte D, podría perder sus beneficios de medicamentos con receta.

Usted **no** tendrá que pagarla si:

- recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos con receta;
- ha pasado menos de 63 días consecutivos sin una cobertura acreditable;
- ha tenido cobertura acreditable de medicamentos a través de otra fuente, como un exempleador, un sindicato, TRICARE o Administración de Salud para Veteranos (VA). Su aseguradora o el departamento de recursos humanos le informarán cada año si su cobertura para medicamentos es una cobertura acreditable. Esta información se le enviará por carta o se incluirá en un boletín informativo del plan. Conserve esta información, porque puede necesitarla si más adelante se inscribe en un plan de medicamentos con receta de Medicare.
    - **Nota:** El aviso debe indicar que usted tenía una cobertura de medicamentos con receta acreditable que estaba previsto que pagara el mismo monto que el plan de medicamentos con receta estándar de Medicare.
    - **Nota:** Las siguientes no son coberturas acreditables de medicamentos con receta: tarjetas de descuento para medicamentos con receta, clínicas gratuitas y sitios web de descuentos en medicamentos.

Medicare determina el monto de la multa. Así funciona:

- Si usted pasó 63 días o más sin cobertura de la Parte D u otra cobertura acreditable de medicamentos con receta después de que resultara ser elegible para inscribirse en la Parte D, el plan contará la cantidad de meses completos que usted no tuvo cobertura. La multa es del 1 % por cada mes que no tuvo cobertura acreditable. Por ejemplo, si pasa 14 meses sin cobertura, la multa será del 14 %.
- Luego, Medicare determina el monto de la prima mensual promedio para los planes de medicamentos de Medicare en la nación desde el año anterior. Para 2025, el monto promedio de la prima es de $36.78.
- Para calcular su multa mensual, usted multiplica el porcentaje de la multa y la prima mensual promedio, y luego redondea el resultado a los 10 centavos más cercanos. En este ejemplo, sería 14 % multiplicado por $36.78, que es igual a $5.15. Y se redondea en $5.20. Esta suma se agregará **a la prima mensual de una persona que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D**.

Hay tres aspectos importantes a tener en cuenta con respecto a esta multa mensual por inscripción tardía de la Parte D:

- Primero, **la multa puede cambiar cada año** ya que la prima mensual promedio puede cambiar cada año.
- Segundo, **usted seguirá pagando una multa** cada mes durante el tiempo que esté inscrito en un plan que incluya los beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare, incluso si cambia de plan.
- Tercero, si tiene menos de 65 años y actualmente recibe los beneficios de Medicare, la multa por inscripción tardía de la Parte D se reiniciará cuando cumpla 65 años. Después de los 65 años, la multa por inscripción tardía de la Parte D solo tendrá como base los meses en los que no tenga cobertura después del período de inscripción inicial para el ingreso por edad en Medicare.

Si está en desacuerdo con su multa por inscripción tardía de la Parte D, usted o su representante pueden solicitar la revisión. Por lo general, debe solicitar la revisión **dentro de los 60 días** a partir de la fecha de la primera carta que recibió en la que se le informa que debe pagar una multa por inscripción tardía. Sin embargo si pagó una multa antes de inscribirse en nuestro plan, quizás no tenga otra oportunidad de solicitar una revisión de esa multa por inscripción tardía. Para obtener más información sobre cómo hacerlo, puede comunicarse con Servicios para Miembros.

Importante: no deje de pagar su multa por inscripción tardía de la Parte D mientras espera que revisemos la decisión sobre su multa por inscripción tardía. Si lo hace, se podría cancelar su inscripción por falta de pago de las primas de su plan.

Sección 4.4 Monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso

Puede que algunos miembros deban pagar un cargo adicional, conocido como monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos (IRMAA) de la Parte D. El cargo adicional se

calcula utilizando sus ingresos brutos modificados ajustados, según los informó en su declaración de impuestos ante el Servicio de Impuestos Internos (IRS) de hace dos años. Si este monto supera un determinado número, usted paga el monto de la prima estándar y el IRMAA adicional. Para obtener más información sobre el monto adicional que es posible que deba pagar en función de sus ingresos, visite https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/monthly-premium-for-drug-plans.

Si debe pagar un monto adicional, el Seguro Social, no su plan de Medicare, le enviará una carta en la que se le indicará cuál será ese monto adicional. El monto adicional será retenido de su cheque de beneficios del Seguro Social, de la Junta de jubilación para ferroviarios o de la Oficina de administración de personal, independientemente de cómo paga siempre su prima del plan, a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir el monto adicional adeudado. Si su cheque de beneficios no cubre el monto adicional, recibirá una factura de Medicare. **Le debe pagar el monto adicional al gobierno. No se puede pagar con su prima mensual del plan. Si usted no paga el monto adicional, se cancelará su inscripción en el plan y perderá la cobertura de medicamentos con receta**.

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

Sección 4.5 Monto del plan de pago de recetas médicas de Medicare

Si participa en el Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare, cada mes pagará la prima de su plan (si tiene una) y recibirá una factura de su plan médico o de medicamentos recetados (en lugar de pagar a la farmacia). Su factura mensual se basa en lo que adeuda por cualquier medicamento recetado que reciba, más el saldo del mes anterior, dividido por el número de meses restantes en el año.

Capítulo 2, Sección 7 ofrece más información sobre el Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare. Si no está de acuerdo con el monto facturado como parte de esta opción de pago, puede seguir los pasos en El Capítulo 9 para presentar una queja o apelación.

SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual

Sección 5.1 Si usted paga una multa por inscripción tardía de la Parte D, hay varias formas de pagar la multa

Hay 4 formas de pager la multa. Puede establecer el método de pago que prefiera llamando al Servicios para Miembros de SCAN (los números de teléfono del Servicios para Miembros están impresos en la portada posterior de este documento). También puede realizar los pagos en línea entrando en www.scanhealthplan.com/members/register y registrando su cuenta de miembro de SCAN en línea.

Opción 1: Puede abonar con cheque

Recibirá un VillageHealth resumen mensualmente en su correo electrónico. Simplemente saque el talón de pago y envíelo junto con su pago en un sobre a la siguiente dirección: VillageHealth Plan, P.O. Box 511336, Los Angeles, CA 90051-7891. Su pago vencerá el día 1 de cada mes. Gire el cheque pagadero a "VillageHealth," no a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) ni a Health and Human Services (HHS).

Opción 2: Puede pedir que le debiten el prima de su plan de su cuenta de banco

Podemos cobrarle su prima de su plan mensualmente mediante débito automático de su cuenta corriente o caja de ahorros. El programa es gratuito y usted no tendrá que enviar un cheque todos los meses. Para elegir esta opción, comuníquese con el Servicios para Miembros. Con gusto lo ayudaremos con este asunto. Por lo general, le debitaremos el pago de su cuenta bancaria el día 1 de cada mes. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros figuran en la contraportada de este documento).

Opción 3: Puede pagar su prima de su plan con tarjeta de crédito o débito

Puede pagar su prima de su plan con su tarjeta de crédito o débito todos los meses. Para elegir esta opción, comuníquese con el Servicios para Miembros. Con gusto lo ayudaremos con este asunto. Por lo general, se cargará en su tarjeta de crédito o débito el día 1 de cada mes.

Opción 4: Tener su multa por inscripción tardía de la Parte D se descuente de su cheque mensual del Seguro Social.

Puede pedir que la multa por inscripción tardía de la Parte D se descuente de su cheque mensual del Seguro Social. Comuníquese con Servicios para Miembros para obtener más información sobre cómo pagar la multa mensual del plan de esta manera. Con gusto lo ayudaremos con este asunto.

Cómo cambiar la manera en que paga su prima de su plan. Si decide cambiar la opción de pago de su prima de su plan, el nuevo método de pago puede tardar hasta tres meses en entrar en vigencia. Mientras procesamos su solicitud para un nuevo método de pago, usted es responsable de asegurarse de que la prima de su plan se pague a tiempo. Para cambiar su método de pago, puede establecer el método de pago que prefiera llamando al Servicios para Miembros de SCAN (los números de teléfono del Servicios para Miembros están impresos en la portada posterior de este documento). También puede realizar los pagos en línea entrando en www.scanhealthplan.com/members/register y registrando su cuenta de miembro de SCAN en línea.

Qué debe hacer si tiene problemas para pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D

La multa por inscripción tardía de la Parte D se debe pagar en nuestra oficina antes del primer día de cada mes. Si no hemos recibido el pago antes del primer día de cada mes, le enviaremos un aviso en el que le informaremos que su membresía del plan se cancelará si no recibimos el pago de la multa por inscripción tardía de la Parte D en un plazo de tres meses

calendario. Si se le exige pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D, debe pagarla para mantener su cobertura de medicamentos con receta.

Si tiene problemas para pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D, si la adeuda dentro del plazo, comuníquese con Servicios para Miembros para ver si podemos derivarlo a programas que lo ayuden con los costos.

Si cancelamos su membresía porque no pagó su multa por inscripción tardía de la Parte D, si se debe, Original Medicare le brindará su cobertura médica. Además, posiblemente no podrá recibir la cobertura de la Parte D hasta el año siguiente si se inscribe en un plan nuevo durante el período de inscripción anual. (Si supera los 63 días sin cobertura para medicamentos acreditable, tal vez tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D mientras tenga la cobertura de la Parte D).

En el momento en que cancelemos su membresía, nos seguirá debiendo la multa que no pagó. Tenemos derecho a solicitar el pago del monto de la cantidad que usted adeuda. En el futuro, si desea volver a inscribirse en nuestro plan (o en otro de nuestros planes), deberá pagar el monto adeudado antes de poder inscribirse.

Si usted piensa que hemos cancelado su membresía por error, puede presentar una queja (también llamado reclamo); consulte el Capítulo 9 para ver cómo se presenta una queja. Si usted tuvo una circunstancia de emergencia que estuvo fuera de su control y debido a esto no pudo pagar su multa por inscripción tardía de la Parte D, si se adeuda, dentro de nuestro período de gracia, puede presentar una queja. En el caso de las quejas, volveremos a revisar nuestra decisión. En el Capítulo 9, Sección 10 de este documento se indica cómo presentar una queja, o puede llamarnos al 1-800-399-7226 entre las Del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana; del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al **711**. Debe realizar la solicitud antes de los 60 días del calendario posteriores a la fecha en que se cancela su membresía.

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

No. No se nos permite cambiar el monto que cobramos por la prima mensual del plan durante el año. Si la prima mensual del plan llegara a cambiar el próximo año, se lo informaremos en septiembre y la modificación entrará en vigencia el 1 de enero.

Sin embargo, en algunos casos, es posible que pueda dejar de pagar una multa por inscripción tardía, si la adeuda, o que deba comenzar a pagar una multa por inscripción tardía. Esto puede ocurrir si se vuelve elegible para el programa de “Ayuda adicional” o si pierde su elegibilidad para el programa de “Ayuda adicional” durante el año.

- Si actualmente paga la multa por inscripción tardía de la Parte D y se vuelve elegible para la “Ayuda adicional” durante el año, podría dejar de pagar la multa.
- Si pierde la “Ayuda adicional,” puede quedar sujeto a la multa por inscripción tardía si pasa 63 días consecutivos o más sin cobertura de la Parte D u otra cobertura acreditable de medicamentos con receta.

Puede encontrar más información sobre el programa de “Ayuda adicional” en el Capítulo 2, Sección 7.

SECCIÓN 6 Mantenga actualizado su registro de membresía del plan

Su registro de membresía registro de miembro contiene información del formulario de inscripción, incluso su dirección y número de teléfono. Muestra la cobertura específica del plan. Un grupo médico es un grupo de médicos y otros proveedores de atención médica bajo contrato que proveen servicios a los miembros de VillageHealth. Una IPA es un grupo independiente de médicos y otros proveedores de atención médica bajo contrato que proveen servicios a los miembros de VillageHealth.

Los médicos, hospitales, farmacéuticos y demás proveedores de la red del plan deben tener información correcta sobre usted. **Estos proveedores de la red utilizan su registro de membresía para saber cuáles son los servicios y medicamentos que están cubiertos y los montos de gastos compartidos**. Es por ello que es muy importante que nos ayude a mantener actualizada su información.

Infórmenos sobre las siguientes modificaciones:

- Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono.
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro de salud que tenga (por ejemplo, de su empleador, del empleador de su cónyuge o pareja de hecho, indemnización al trabajador o Medi-Cal (Medicaid)).
- Si existe alguna demanda de responsabilidad civil, por ejemplo por un accidente automovilístico.
- Si fue ingresado en un hogar de convalecencia.
- Si recibe atención médica en un hospital o una sala de emergencias que se encuentran fuera del área de cobertura o que no pertenecen a la red.
- Si cambia la parte responsable designada por usted (como un cuidador).
- Si está participando en un estudio de investigación clínica. (**Nota:** No está obligado a informar a su plan sobre los estudios de investigación clínica en los que tiene intención de participar, pero lo animamos a que lo haga).

Si alguno de estos datos cambia, infórmenos llamando al Servicios para Miembros. También puede cambiar su dirección y número de teléfono en línea entrando en www.scanhealthplan.com/members/register y registrando su cuenta de miembro de SCAN en línea.

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

SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

Otro seguro

Medicare nos exige recopilar información sobre usted con respecto a otra cobertura de salud o de medicamentos que usted tenga. Esto se debe a que tenemos que coordinar las demás coberturas que tenga con los beneficios que obtiene de nuestro plan. Esto se denomina **coordinación de beneficios**.

Una vez por año le enviaremos una carta con el detalle de otra cobertura de seguros de salud o de medicamentos de las que tengamos conocimiento. Lea atentamente esta información. Si es correcta, no será necesario que haga nada. Si la información es incorrecta, o si usted tiene otra cobertura que no es incluye en el detalle, llame a Servicios para Miembros. Es posible que sus otros aseguradores le requieran el número de identificación de miembro del plan (una vez que haya confirmado su identidad) para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

Cuando tiene otro seguro (como una cobertura de salud grupal del empleador), hay normas establecidas por Medicare que determinan si nuestro plan o su otro seguro paga en primer término. El seguro que primero paga se denomina pagador principal y paga hasta el máximo de su cobertura. El que paga en segundo término, denominado pagador secundario, solo paga si quedaron costos sin cubrir de la cobertura principal. El pagador secundario puede no pagar todos los costos sin cubrir. Si usted tiene otro seguro, infórmele a su médico, hospital y farmacia.

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

- Si tiene una cobertura de jubilados, Medicare paga primero.
- Si la cobertura de su plan de salud grupal se basa en su empleo actual o el de un miembro de su familia, el pagador primario dependerá de su edad, la cantidad de trabajadores del empleador y si usted tiene Medicare debido a su edad, una discapacidad o enfermedad renal terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD):
    - Si es menor de 65 años y está discapacitado, y usted o un miembro de su familia todavía trabajan, su plan de salud grupal paga en primer lugar si el empleador tiene 100 o más empleados o si este es parte de un plan de empleadores múltiples en el cual, al menos, uno de ellos tiene más de 100 empleados.
    - Si es mayor de 65 años y usted o su cónyuge o pareja de hecho todavía trabajan, su plan de salud grupal paga en primer lugar si el empleador tiene 20 empleados o más, o si este es parte de un plan de empleadores múltiples en el cual, al menos, uno de ellos tiene más de 20 empleados.
- Si usted tiene Medicare debido a una enfermedad renal terminal (ESRD), su plan de salud grupal pagará primero durante los primeros 30 meses luego de haber sido elegible para Medicare.

Estos tipos de cobertura, generalmente, pagan primero por servicios relacionados con cada tipo:

- Seguro sin culpa (incluido el seguro automovilístico)
- Responsabilidad (incluido el seguro automovilístico)
- Beneficios por neumoconiosis
- Compensación laboral

Medi-Cal (Medicaid) y TRICARE nunca pagan primero por servicios cubiertos por Medicare. Solo pagan después de que Medicare, los planes de salud grupales del empleador o Medigap hayan pagado.

CAPÍTULO 2:

Números de teléfono y recursos importantes

SECCIÓN 1 Contactos de VillageHealth (cómo ponerse en contacto con nosotros, lo que incluye cómo comunicarse con Servicios para Miembros)

Cómo puede ponerse en contacto con Servicios para Miembros del plan

Para obtener ayuda con las reclamaciones o la facturación, o si tiene alguna pregunta sobre la tarjeta de miembro, llame o escriba a VillageHealth Servicios para Miembros. Con gusto lo ayudaremos.

Método	Servicios para Miembros – Información de contacto
LLAME A	**1-800-399-7226** Las llamadas a este número son gratuitas. Comuníquese con nosotros de Del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana; del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. **Nota:** Generalmente no atendemos los feriados. Cuando no atendemos, tiene la opción de dejar un mensaje. Los mensajes recibidos en días festivos y fuera del horario laboral se responderán dentro de un día laboral. Servicios para Miembros también ofrece servicios de interpretación de idiomas gratuitos para las personas que no hablan inglés.
TTY	**711** Las llamadas a este número son gratuitas. Comuníquese con nosotros del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana; del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. **Nota:** Generalmente no atendemos los feriados. Cuando no atendemos, tiene la opción de dejar un mensaje. Los mensajes recibidos durante los días festivos y fuera de las horas laborales se responderán el siguiente día hábil.
FAX	**1-562-989-5181**
ESCRIBA A	**VillageHealth** Attention: Member Services Department P.O. Box 22616 Long Beach, CA 90801-5616
SITIO WEB	www.villagehealthca.com

Cómo comunicarse con nosotros cuando está solicitando una decisión o una apelación de cobertura sobre atención médica

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y la cobertura, o con relación al monto que pagaremos por sus servicios médicos o para medicamentos con receta de la Parte D. Una apelación es una manera formal de pedirnos revisar y modificar una decisión de cobertura que hayamos tomado. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura o apelaciones de su atención médica, o para 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 de atención médica – Información de contacto
LLAME AL	**1-800-399-7226** Las llamadas a este número son gratuitas. Comuníquese con nosotros del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 ías de la semana; del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. **Nota:** Generalmente no atendemos los feriados. Cuando no atendemos, tiene la opción de dejar un mensaje. Los mensajes recibidos durante los días festivos y fuera de las horas laborales se responderán el siguiente día hábil.
TTY	**711** Las llamadas a este número son gratuitas. Comuníquese con nosotros del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana; del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. **Nota:** Generalmente no atendemos los feriados. Cuando no atendemos, tiene la opción de dejar un mensaje. Los mensajes recibidos durante los días festivos y fuera de las horas laborales se responderán el siguiente día hábil.
ENVÍE UN FAX AL	**1-562-989-5181**
ESCRIBA A	**VillageHealth** Attention: Member Services Department P.O. Box 22616 Long Beach, CA 90801-5616
PÁGINA WEB	www.villagehealthca.com

Método	Decisiones de cobertura por medicamentos recetados de la Parte D – Información de contacto
LLAME AL	**1-844-424-8886** Las llamadas a este número son gratuitas. Un representante está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	**1-800-716-3231** Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o para hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. Un representante está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
ENVÍE UN FAX AL	**1-877-251-5896** (Atención: Medicare Reviews)
ESCRIBA A	**Express Scripts, Inc.** Attention: Medicare Reviews P.O. Box 66571 St. Louis, MO 63166-6571
PÁGINA WEB	www.express-scripts.com

Método	Apelaciones sobre la atención médica – Información de contacto
LLAME AL	**1-800-399-7226** Las llamadas a este número son gratuitas. Comuníquese con nosotros del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 ías de la semana; del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. **Nota:** Generalmente no atendemos los feriados. Cuando no atendemos, tiene la opción de dejar un mensaje. Los mensajes recibidos durante los días festivos y fuera de las horas laborales se responderán el siguiente día hábil.
TTY	**711** Las llamadas a este número son gratuitas. Comuníquese con nosotros del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana; del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. **Nota:** Generalmente no atendemos los feriados. Cuando no atendemos, tiene la opción de dejar un mensaje. Los mensajes recibidos durante los días festivos y fuera de las horas laborales se responderán el siguiente día hábil.
ENVÍE UN FAX AL	**1-562-989-0958**
ESCRIBA A	**VillageHealth** Attention: Grievance and Appeals Department P.O. Box 22644 Long Beach, CA 90801-5644
PÁGINA WEB	www.villagehealthca.com

Método	Apelaciones por medicamentos con receta de la Parte D – Información de contacto
LLAME AL	**1-800-399-7226** Las llamadas a este número son gratuitas. Comuníquese con nosotros del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 ías de la semana; del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. **Nota:** Generalmente no atendemos los feriados. Cuando no atendemos, tiene la opción de dejar un mensaje. Los mensajes recibidos durante los días festivos y fuera de las horas laborales se responderán el siguiente día hábil.
TTY	**711** Las llamadas a este número son gratuitas. Comuníquese con nosotros del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana; del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. **Nota:** Generalmente no atendemos los feriados. Cuando no atendemos, tiene la opción de dejar un mensaje. Los mensajes recibidos durante los días festivos y fuera de las horas laborales se responderán el siguiente día hábil.
ENVÍE UN FAX AL	**1-562-989-0958**
ESCRIBA A	**VillageHealth** Attention: Grievance and Appeals Department P.O. Box 22644 Long Beach, CA 90801-5644
PÁGINA WEB	www.villagehealthca.com

Cómo puede comunicarse con nosotros para presentar una queja sobre su atención médica

Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre alguno de nuestros proveedores o farmacias de la red, incluso respecto de la calidad de su atención. Este tipo de queja no está relacionado con disputas de cobertura ni de pago. Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación sobre su atención médica, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Método	Quejas sobre atención médica – Información de contacto
LLAME AL	**1-800-399-7226** Las llamadas a este número son gratuitas. Comuníquese con nosotros del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 ías de la semana; del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. **Nota:** Generalmente no atendemos los feriados. Cuando no atendemos, tiene la opción de dejar un mensaje. Los mensajes recibidos durante los días festivos y fuera de las horas laborales se responderán el siguiente día hábil.
TTY	**711** Las llamadas a este número son gratuitas. Comuníquese con nosotros del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana; del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. **Nota:** Generalmente no atendemos los feriados. Cuando no atendemos, tiene la opción de dejar un mensaje. Los mensajes recibidos durante los días festivos y fuera de las horas laborales se responderán el siguiente día hábil.
FAX	**1-562-989-0958**
ESCRIBA A	**VillageHealth** Attention: Grievance and Appeals Department P.O. Box 22644 Long Beach, CA 90801-5644
PÁGINA WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja sobre VillageHealth directamente ante Medicare. Para presentar una queja por Internet ante Medicare, ingrese en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.

Método	Quejas sobre los medicamentos con receta de la Parte D – Información de contacto
LLAME AL	**1-800-399-7226** Las llamadas a este número son gratuitas. Comuníquese con nosotros del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 ías de la semana; del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. **Nota:** Generalmente no atendemos los feriados. Cuando no atendemos, tiene la opción de dejar un mensaje. Los mensajes recibidos durante los días festivos y fuera de las horas laborales se responderán el siguiente día hábil.
TTY	**711** Las llamadas a este número son gratuitas. Comuníquese con nosotros del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana; del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. **Nota:** Generalmente no atendemos los feriados. Cuando no atendemos, tiene la opción de dejar un mensaje. Los mensajes recibidos durante los días festivos y fuera de las horas laborales se responderán el siguiente día hábil.
FAX	**1-562-989-0958**
ESCRIBA A	**VillageHealth** Attention: Grievance and Appeals Department P.O. Box 22644 Long Beach, CA 90801-5644
PÁGINA WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja sobre VillageHealth directamente ante Medicare. Para presentar una queja por Internet ante Medicare, ingrese en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.

Dónde enviar una solicitud en la que se nos pide que paguemos la parte que nos corresponde del costo de la atención médica o de un medicamento que recibió

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

Tenga en cuenta lo siguiente: Si nos envía una solicitud de pago y le denegamos 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 un reclamo [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Método	Solicitud de pagos – Información de Contacto
LLAME AL	**1-800-399-7226** Las llamadas a este número son gratuitas. Comuníquese con nosotros del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 ías de la semana; del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. **Nota:** Generalmente no atendemos los feriados. Cuando no atendemos, tiene la opción de dejar un mensaje. Los mensajes recibidos durante los días festivos y fuera de las horas laborales se responderán el siguiente día hábil.
TTY	**711** Las llamadas a este número son gratuitas. Comuníquese con nosotros del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana; del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. **Nota:** Generalmente no atendemos los feriados. Cuando no atendemos, tiene la opción de dejar un mensaje. Los mensajes recibidos durante los días festivos y fuera de las horas laborales se responderán el siguiente día hábil.
FAX	**1-562-989-5181**
ESCRIBA A	**VillageHealth** Attention: Member Services Department P.O. Box 22616 Long Beach, CA 90801-5616
PÁGINA WEB	www.villagehealthca.com

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

Medicare es el programa federal de seguro médico destinado a personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con discapacidades y personas que padecen enfermedad renal terminal (insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o trasplante de riñón).

La agencia federal a cargo de Medicare son los Centros de servicios de Medicare y Medicaid (a veces denominados CMS). Esta agencia celebra contratos con organizaciones de Medicare Advantage, incluidos nosotros.

Método	Medicare – Información de contacto
LLAME AL	**1-800-MEDICARE** o al **1-800-633-4227.** Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 ías de la semana.
TTY	**1-877-486-2048** Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.
PÁGINA WEB	www.medicare.gov Esta es la página web oficial del gobierno para Medicare. Proporciona información actualizada sobre Medicare y cuestiones actuales relacionadas con Medicare. También contiene información sobre hospitales, hogares de convalecencia, médicos, agencias de atención médica domiciliaria y centros de diálisis. Incluye documentos que se pueden imprimir directamente desde su computadora. También puede encontrar la información de contacto de Medicare en su estado. El sitio de Medicare también tiene información detallada sobre las opciones de elegibilidad e inscripción de Medicare con las siguientes herramientas: • **Herramienta de elegibilidad de Medicare:** Brinda información sobre el estado de elegibilidad para Medicare. • **Buscador de planes de Medicare:** brinda 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 su área. Estas herramientas brindan un *valor estimativo* de los gastos de su bolsillo en diferentes planes de Medicare.

Método	Medicare – Información de contacto
	También puede utilizar la página web para informar a Medicare sobre cualquier queja que tenga de VillageHealth: • **Informe a Medicare sobre su queja:** Puede presentar una queja sobre VillageHealth directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, ingrese en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma sus quejas de manera seria y utilizará esta información para mejorar la calidad del programa de Medicare. Si no tiene una computadora, la biblioteca o el centro para personas de edad avanzada locales pueden ayudarle a ingresar en la página web con sus computadoras. O bien puede llamar a Medicare para pedirles la información que está buscando. Encontrarán la información en el sitio web y revisarán la información con usted. (Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 ías de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

SECCIÓN 3 Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)

El Programa estatal de asistencia sobre el seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa del gobierno con asesores capacitados en todos los estados. En California, el SHIP se llama Programa de Consejería y Abogacía de Seguros de Salud (HICAP).

Programa de Consejería y Abogacía de Seguros de Salud (HICAP) es un programa independiente (no se relaciona con ninguna compañía aseguradora ni plan de salud) programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros médicos, a nivel local y de forma gratuita, a las personas que tienen Medicare.

Los asesores del Programa de Consejería y Abogacía de Seguros de Salud (HICAP) pueden ayudarlo a comprender sus derechos en relación con Medicare, a presentar quejas sobre la atención o el tratamiento médicos y a solucionar problemas con las facturas de Medicare. Los asesores del Programa de Consejería y Abogacía de Seguros de Salud (HICAP) también pueden ayudarlo con sus preguntas o problemas de Medicare y ayudarlo a comprender las opciones de los planes de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan.

MÉTODO PARA ACCEDER AL SHIP y OTROS RECURSOS:

- Visite https://www.shiphelp.org (Haga clic en SHIP LOCATOR en medio de la página)
- Seleccionar su **ESTADO** de la lista. Esta acción lo dirigirá a una página con números de teléfono y recursos específicos para el estado en el que reside.

Método	Programa de Consejería y Abogacía de Seguros de Salud (HICAP) (SHIP de California) – Información de contacto
LLAME AL	1-800-434-0222
ESCRIBA A	California Department of Aging 2880 Gateway Oaks Dr, Suite 200 Sacramento, CA 95833
PÁGINA WEB	aging.ca.gov/hicap/

SECCIÓN 4 Organización para la mejora de la calidad

En cada estado hay una Organización para la mejora de la calidad designada que trabaja para los beneficiarios de Medicare. En California, la Organización para la mejora de la calidad se llama Livanta.

Livanta está integrada por un grupo de médicos y otros profesionales de la salud a los que les paga Medicare a esta organización para que verifique y ayude a mejorar la calidad de la atención que se les brinda a las personas que tienen Medicare. Livanta es una organización independiente. No tiene ninguna relación con nuestro plan.

Si se presenta alguna de las siguientes situaciones, debe comunicarse con la Livanta:

- Si tiene una queja sobre la calidad de la atención que recibió.
- Si cree que la cobertura para su hospitalización finaliza demasiado pronto.
- Si cree que la cobertura de atención médica a domicilio, servicios en centros de atención de enfermería especializada o servicios en el Centro de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) finalizan demasiado pronto.

Método	Livanta (Organización de Mejoramiento de Calidad de California) – Información de Contacto
LLAME AL	**1-877-588-1123** De lunes a viernes, de 9 a.m. a 5 p.m.; sábados, domingos y festivos, de 10 a.m. a 4 p.m.
TTY	**1-855-887-6668** Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o en el habla.
ESCRIBA A	**Livanta LLC** BFCC-QIO Area 9 10820 Guilford Rd, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701-1105
PÁGINA WEB	www.livantaqio.com

SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social es responsable de determinar la elegibilidad y manejar las inscripciones en Medicare. Los ciudadanos estadounidenses de 65 años o más, o que tienen una discapacidad o padecen enfermedad renal terminal y cumplen con determinadas condiciones son elegibles para recibir Medicare. Si ya está recibiendo cheques del Seguro Social, la inscripción en Medicare es automática. Si no está recibiendo cheques del Seguro Social, debe inscribirse en Medicare. Para solicitar la cobertura de Medicare, puede llamar al Seguro Social o dirigirse a su oficina local.

El Seguro Social también es responsable de determinar quién debe pagar un monto adicional por la cobertura de medicamentos de la Parte D debido a que tiene un ingreso mayor. Si recibió una carta de parte del Seguro Social en la que se indica que debe pagar el monto adicional y tiene preguntas sobre el monto, o si sus ingresos disminuyeron a causa de un evento que le cambió la vida, puede llamar al Seguro Social para solicitar una reconsideración.

Si se muda o cambia su dirección postal, es importante que se comunique con el Seguro Social para informar dichos cambios.

Método	Seguro Social – Información de contacto
LLAME AL	**1-800-772-1213** Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de 8:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes. Puede utilizar los servicios telefónicos automáticos del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunas gestiones durante las 24 horas del día.
TTY	**1-800-325-0778** Este número requiere un equipo telefónico especial y está destinado solo a personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de 8:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes.
SITIO WEB	www.ssa.gov

SECCIÓN 6 Medi-Cal (Medicaid)

Medi-Cal (Medicaid) es un programa conjunto del estado y del gobierno federal que brinda ayuda con los costos médicos a determinadas personas con ingresos y recursos limitados. Algunos beneficiarios de Medicare también son elegibles para ser beneficiarios de Medi-Cal (Medicaid). Las programas que se ofrecen a través de Medi-Cal (Medicaid) que ayudan a las personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare, como las primas de Medicare. Estos **Programas de ahorros de Medicare** incluir:

- **Beneficiario calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB):** ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare, y otros gastos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos). (Algunos beneficiarios de QMB también son elegibles para ser beneficiarios totales de Medi-Cal (Medicaid) [QMB+]).
- **Beneficiario de Medicare con ingreso bajo específicos (Specified Low-Income Medicare Beneficiary, SLMB):** ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunos beneficiarios de SLMB también son elegibles para ser beneficiarios totales de Medi-Cal (Medicaid) [SLMB+]).
- **Persona que reúne los requisitos (Qualifying Individual, QI):** ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Trabajador discapacitado calificado (Qualified Disabled & Working Individual, QDWI):** ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Para obtener más información sobre Medi-Cal (Medicaid) y sus programas, comuníquese con la Departamento de Servicios de Atención Médica de California (DHCS).

Método	Departamento de Servicios de Atención Médica de California (DHCS) – Información de contacto
LLAME AL	**La Oficina de la Defensoría del Pueblo** **1-888-452-8609** de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.; excepto días festivos estatales
TTY	**711**
ESCRIBA A	**California Department of Health Care Services** P.O. Box 997413, MS 0000 Sacramento, CA 95899-7413 MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov
SITIO WEB	www.dhcs.ca.gov

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

En el sitio web Medicare.gov (https://www.medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs) se proporciona información sobre cómo disminuir sus costos de medicamentos con receta. Para las personas con ingresos limitados, también hay otros programas que brindan asistencia, los que se describen abajo.

Programa de "Ayuda Adicional" de Medicare

Medicare ofrece "Ayuda Adicional" para pagar los costos de los medicamentos recetados a personas que tienen ingresos y recursos limitados. Los recursos incluyen sus ahorros y acciones, pero no su casa ni su auto. Si reúne los requisitos, obtendrá ayuda para pagar la prima mensual del plan de medicamentos de Medicare, el deducible anual y los copagos de los medicamentos recetados. Esta "Ayuda Adicional" también cuenta para los gastos que paga de su bolsillo.

Si califica automáticamente para la "Ayuda Adicional", Medicare le enviará una carta por correo. No tendrá que presentar la solicitud. Si no califica automáticamente, puede obtener "Ayuda Adicional" para pagar las primas y los costos de sus medicamentos recetados. Para comprobar si reúne los requisitos para obtener "Ayuda Adicional", llame a:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios deTTY deben llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas, los 7 días de la semana;
- a la Oficina de Seguro Social al 1-800-772-1213, entre las 8 a. m. y las 7 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios deTTY deben llamar al 1-800-325-0778; o a
- su oficina estatal de Medi-Cal (Medicaid) (Consulte la sección 6 de este capítulo para obtener información de contacto).

Si cree que reúne los requisitos para recibir "Ayuda Adicional" y que cuando va a la farmacia a comprar un medicamento recetado está pagando un monto incorrecto correspondiente al gastos compartidos, nuestro plan tiene un proceso que le permite solicitar ayuda para conseguir la evidencia que demuestre cuál es su nivel de copago correcto, o que le permite entregarla si es que ya tiene la evidencia.

- Si desea solicitar asistencia para obtener la mejor evidencia disponible y para proporcionar esta evidencia, comuníquese con Servicios para Miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este documento).
- Cuando recibamos la evidencia que demuestren su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que pueda pagar el copago correcto cuando obtenga su próximo medicamento recetado en la farmacia. Si el copago que paga es superior a lo que le correspondería pagar, le reembolsaremos la diferencia. Para ello, le enviaremos un cheque por la diferencia o haremos una compensación en los futuros copagos. Si la farmacia no le ha cobrado el copago y lo tiene registrado como un monto que usted le adeuda, es posible que realicemos el pago directamente a la farmacia. Si el estado

pagó en su nombre, tal vez le paguemos directamente al estado. Comuníquese con Servicios para Miembros si tiene alguna pregunta.

¿Qué pasa si tienes "Ayuda Adicional" y cobertura de un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP)?

Muchos estados y las Islas Vírgenes de los EE. UU. ofrecen ayuda para pagar las recetas, las primas de los planes de medicamentos u otros costos de medicamentos. Si está inscrito en un Programa estatal de asistencia farmacéutica (SPAP), la Ayuda adicional de Medicare paga primero.

Genetically Handicapped Persons Program (GHPP)
MS 4502
P.O. Box 997413
Sacramento, CA 95899-7413
Teléfono: 1-916-552-9105
De lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.; excepto feriados estatales
Correo electrónico: ghppeligibility@dhcs.ca.gov
Sitio web: www.dhcs.ca.gov

¿Qué sucede si tienes "Ayuda adicional" y cobertura de un Programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP)?
¿Qué es el Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP)?

El Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP) ayuda a garantizar que las personas elegibles para el ADAP que tienen VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH que salvan vidas. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también están en el ADAP califican para la asistencia a través del gastos compartidos para medicamentos recetados del Oficina de investigación del SIDA, Centros para las Enfermedades Infecciosas del – Departamento de Salud Pública de California.

Nota: para ser elegible para el ADAP que funciona en su estado, las personas deben cumplir con ciertos criterios, incluso comprobante de residencia en el estado y estado del VIH, comprobante de bajos ingresos según lo establece el Estado, y estado de no asegurado/con seguro insuficiente. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos, o cómo inscribirse en el programa, llame a 1-844-421-7050.

Office of AIDS, Center for Infectious Diseases – California Department of Public Health
MS7700
P.O. Box 997426
Sacramento, CA 95899-7426
1-844-421-7050 (teléfono)
1-844-421-8008 (FAX no confidencial)
www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OAmain.aspx

Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP)

Muchos estados tienen Programas estatales de asistencia farmacéutica que ayudan a algunas personas a pagar sus medicamentos con receta de acuerdo con la necesidad financiera, la edad, la afección médica o la discapacidad. Cada estado tiene diferentes reglas para proveer la cobertura de medicamentos a sus miembros.

En California, el Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica es el Genetically Handicapped Persons Program (GHPP).

Método	Genetically Handicapped Persons Program (GHPP) (Programa estatal de asistencia farmacéutica de California) – Información de contacto
LLAME AL	**1-916-552-9105** De lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.; excepto días festivos estatales
ESCRIBA A	**Genetically Handicapped Persons Program** **Integrated Systems of Care Division** MS 4502 P.O. Box 997413 Sacramento, CA 95899-7413 Email: ghppeligibility@dhcs.ca.gov
SITIO WEB	www.dhcs.ca.gov

Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare

El Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare es una nueva opción de pago que funciona con su cobertura de medicamentos actual y puede ayudarle a administrar sus costos de medicamentos al distribuirlos en **pagos mensuales que varían a lo largo del año** (de enero a diciembre). **Esta opción de pago puede ayudarle a administrar sus gastos, pero no le ahorra dinero ni reduce los costos de sus medicamentos.** La "Ayuda adicional" de Medicare y la ayuda del Programa estatal de asistencia farmacéutica (State Pharmaceutical Assistance Programs, SPAP) y del Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP), para aquellos que califican, es más ventajosa que la participación en el Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare. Todos los miembros son elegibles para participar en esta opción de pago, independientemente de su nivel de ingresos, y todos los planes de medicamentos de Medicare y los planes médicos de Medicare con cobertura de medicamentos deben ofrecer esta opción de pago. Contáctenos o visítenos en www.Medicare.gov para saber si esta opción de pago es adecuada para usted.

Método	El Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare – Información de contacto
LLAME A	1-866-845-1803 Las llamadas a este número son gratuita. Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Servicios para Miembros también cuenta con servicios de interpretación gratuitos disponibles para las personas que no hablan inglés.
TTY	1-800-716-3231 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o en el habla. Las llamadas a este número son gratuita. Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
ESCRIBA A	Express Scripts Medicare Prescription Payment Plan P.O. Box 2 Saint Louis, MO 63166
SITIO WEB	https://www.express-scripts.com/mppp

SECCIÓN 8 Cómo puede ponerse en contacto con la Junta de jubilación para ferroviarios

La Junta de jubilación para ferroviarios es una agencia federal independiente que administra los programas integrales de beneficios destinados a los trabajadores ferroviarios del país y a sus familias. Si recibe sus beneficios de Medicare a través de la Junta de jubilación para

ferroviarios, es importante que les comunique si se muda o cambia su dirección postal. Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios de la Junta de jubilación para ferroviarios, comuníquese con la agencia.

Método	Junta de jubilación para ferroviarios – Información de contacto
LLAME AL	**1-877-772-5772** Las llamadas a este número son gratuitas. Si pulsa “0,” puede hablar con un representante de la RRB de 9:00 a. m. a 3:30 p. m., los lunes, martes, jueves y viernes, y de 9:00 a. m. a 12:00 p. m. los miércoles. Si pulsa “1”, podrá acceder a la línea de ayuda automática de la RRB y a la información grabada las 24 horas del día, incluidos los fines de semana y días festivos.
TTY	**1-312-751-4701** Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número *no* son gratuitas.
SITIO WEB	rrb.gov

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

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

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

CAPÍTULO 3:

Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos

SECCIÓN 1 Datos importantes sobre cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan

Este capítulo explica lo que usted debe saber sobre cómo utilizar el plan para obtener atención médica cubierta. Aquí se ofrecen definiciones de los términos y se explican las normas que deberá cumplir para obtener los tratamientos médicos, servicios, equipos, medicamentos recetados y otra atención médica cubiertos por el plan.

Para obtener detalles sobre qué tipo de atención médica cubre nuestro plan y cuánto paga usted del costo de dicha atención, utilice la tabla de beneficios del capítulo siguiente, el Capítulo 4 (*Tabla de beneficios médicos, lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar*).

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

- **Los proveedores** son los médicos y otros profesionales de la salud autorizados por el estado para brindar atención y servicios médicos. El término proveedores también incluye hospitales y otros centros de atención médica.
- **Los proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de atención médica, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y su monto de gastos compartidos como pago completo. Hemos acordado con estos proveedores la prestación de servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red nos facturan de manera directa por la atención médica que le brindan. Cuando consulta a un proveedor de la red, usted paga la parte que le corresponde por el costo de los servicios.
- **Los servicios cubiertos** incluyen toda la atención médica, los servicios de atención médica, los suministros y equipos y los medicamentos recetados que están cubiertos por nuestro plan. Los servicios cubiertos de atención médica se incluyen en la tabla de beneficios en el Capítulo 4. Sus servicios cubiertos para medicamentos recetados se detallan en el Capítulo 5.

Sección 1.2 Normas básicas para obtener la atención médica cubierta por su plan

Como un plan de salud de Medicare, VillageHealth debe cubrir todos los servicios cubiertos por Original Medicare y debe seguir las normas de cobertura de Original Medicare.

VillageHealth cubrirá, por lo general, su atención médica, siempre y cuando:

- **La atención que reciba se incluya en la Tabla de beneficios médicos del plan** (la tabla se encuentra en el Capítulo 4 de este documento).
- **La atención que reciba se considere médicamente necesaria**. Médicamente necesario significa que los medicamentos, servicios, equipos o suministros son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.

- **Tiene un Médico de Preferencia (POC) que le brinda y supervisa su atención médica.** Al ser miembro de nuestro plan, usted debe elegir un POC (para obtener más información al respecto, consulte la Sección 2.1 en este capítulo).
- Al ser miembro de VillageHealth, puede acceder a la atención y servicios de cualquier proveedor que acepte Medicare, ya sea que busque atención dentro o fuera de la red de proveedores de VillageHealth (para obtener más información al respecto, consulte , Sección 2 en este capítulo). Su parte del costo para algunos beneficios puede ser mayor cuando visita a proveedores fuera de la red.

SECCIÓN 2 Use los proveedores de la red del plan para obtener atención médica

Sección 2.1 Usted puede elegir a un proveedor preferido (POC) para que brinde y supervise su atención médica

¿Qué es un POC y qué hace el POC por usted?

Un Médico de Preferencia (POC) es un médico que cumple con los requisitos del estado y está capacitado para proveerle atención médica rutinaria y atención médica renal. En VillageHealth, el POC es un nefrólogo. Su POC le proveerá la mayor parte de su atención médica y le ayudará a arreglar y coordinar el resto de los servicios cubiertos que usted tiene por ser miembro de nuestro Plan.

Esto incluye:

- Radiografías
- Pruebas de laboratorio
- Terapias
- Atención de proveedores que son especialistas
- Hospitalizaciones, y
- Atención médica de seguimiento

Debido a que su POC consultará y confirmará con otros proveedores sobre su cuidado para coordinar sus servicios, usted deberá enviar sus historias clínicas previas al consultorio de su POC.

Si necesita cuidado urgente cuando se encuentra fuera del área de servicio del plan, preferiríamos que llame a su POC dentro de las 48 horas o tan pronto como sea posible, para que pueda involucrarse en la gestión de su cuidado. No se requiere una recomendación o autorización previa para la mayoría de los servicios cubiertos.

¿Cómo elige al POC?

Cuando se convierte en miembro del plan VillageHealth, debe elegir un POC. El tipo de médico que actúa como POC bajo este plan es un nefrólogo. Le sugerimos que elija a un proveedor del plan para que sea su POC. Sin embargo, al ser un miembro de VillageHealth, usted puede seleccionar un POC, dentro del área de servicio, que no sea parte del plan. El POC que haya elegido debe participar en Medicare.

Cómo cambiar de POC

Puede cambiar de POC por cualquier motivo y en cualquier momento. También es posible que su POC salga de nuestra red de proveedores y usted tenga que encontrar un nuevo POC.

Para cambiar de POC, llame al Departamento de Servicios para Miembros del plan con su nueva selección (los números de teléfono figuran en la contraportada de este documento). Ellos verificarán que el POC que desea elegir acepte a nuevos pacientes. Si todavía no ha hecho una selección, podrán ayudarle a elegir. También podrán ayudarle con cualquier problemas que puedan surgir con la transición. El cambio de POC entrará en vigor el primer día del mes siguiente a su solicitud.

Sección 2.2 ¿Qué tipo de atención médica puede recibir sin una remisión de su POC?

Como miembro de VillageHealth, no necesita una derivación para recibir su atención médica.

Sección 2.3 Cómo puede obtener atención de especialistas y otros proveedores de la red

El especialista es un médico que brinda servicios de atención médica en relación con enfermedades específicas o con una parte del cuerpo. Hay muchos tipos de especialistas. A continuación, le damos algunos ejemplos:

- Oncólogos: tratan a los pacientes que tienen cáncer.
- Cardiólogos: tratan a los pacientes que tienen afecciones cardíacas.
- Ortopedistas: tratan a los pacientes que tienen determinadas afecciones óseas, articulares o musculares.

Puede ver a cualquier especialista fuera de la red que participe en Medicare. No se requiere una recomendación o autorización previa para ver a un especialista o a cualquier otro proveedor del servicio para la mayoría de los servicios cubiertos. Si se requiere una autorización para los servicios, su POC o el proveedor del servicio se pondrá en contacto con VillageHealth para obtener la autorización.

¿Qué sucede si un especialista u otro proveedor de la red dejan de participar en el plan?

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

- A pesar de que nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare exige que le proporcionemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Lo notificaremos cuando su proveedor vaya a dejar el plan para que tenga tiempo de elegir un proveedor nuevo.
  - Si su proveedor de atención primaria o de salud conductual abandona nuestro plan, le avisaremos si ha visto a ese proveedor en los últimos tres años.
  - Si alguno de sus otros proveedores abandona nuestro plan, le avisaremos si está asignado a ese proveedor, si actualmente recibe atención de él o si lo ha visto en los últimos tres meses.
- Lo ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor cualificado de la red al que pueda acceder para seguir recibiendo atención.
- Si actualmente está recibiendo tratamiento médico o terapias con su proveedor actual, tiene derecho a solicitar, y trabajaremos con usted para garantizar, que el tratamiento o las terapias médicamente necesarios que está recibiendo continúen.
- Le proporcionaremos información sobre los diferentes periodos de inscripción disponibles para usted y las opciones que puede tener para cambiar de plan.
- Coordinaremos cualquier beneficio cubierto médicamente necesario fuera de nuestra red de proveedores, pero al gastos compartidos dentro de la red, cuando un proveedor o beneficio dentro de la red no esté disponible o sea inadecuado para satisfacer sus necesidades médicas.
- Si se entera de que su médico o especialista deja el plan, póngase en contacto con nosotros para que podamos ayudarlo a buscar un nuevo proveedor que lo atienda.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para sustituir a su anterior proveedor o que su atención no se está gestionando adecuadamente, tiene derecho a presentar una queja sobre la calidad de la atención ante la QIO, una queja sobre la calidad de la atención ante el plan, o ambas. Consulte el capítulo 9.

Sección 2.4 Cómo puede obtener atención de proveedores fuera de la red

VillageHealth es un plan de punto de servicio (POS). El plan VillageHealth le ofrece una gran flexibilidad en la manera de recibir los servicios cubiertos. Usted puede recibir los servicios cubiertos de los proveedores que no son parte de la red del plan siempre y cuando participen en el programa Medicare. No se requiere una recomendación o autorización previa para la mayoría de los servicios cubiertos. Su parte del costo para algunos beneficios puede ser mayor cuando visita a proveedores fuera de la red.

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

Sección 3.1 Cómo puede obtener atención si tiene una emergencia médica

¿Qué es una emergencia médica y qué debe hacer en caso de que se le presente esta situación?

Una **emergencia médica** es cuando usted, o cualquier otra persona prudente, con un conocimiento normal sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren de atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida (y, si es una mujer embarazada, la pérdida de un bebé por nacer), la pérdida de un miembro o de la función de un miembro, o la pérdida o el deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una condición médica que empeora rápidamente.

Si tiene una emergencia médica, esto es lo que debe hacer:

- **Busque ayuda lo más rápido posible.** Llame al 911 para pedir ayuda o acuda a la sala de emergencias u hospital más cercano. Pida una ambulancia por teléfono si la necesita. *No* es necesario que primero obtenga la aprobación o una derivación del POC. No es necesario que recurra a un médico de la red. Puede recibir atención médica de urgencia cubierta siempre que la necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios, y de cualquier proveedor con una licencia estatal adecuada, aunque no forme parte de nuestra red.
- **Tan pronto como sea posible, asegúrese de avisar al plan acerca de la emergencia.** Necesitamos hacer el seguimiento de la atención de emergencia que reciba. Usted u otra persona deberá llamarnos para informarnos sobre su atención de emergencia, generalmente, en un plazo de 48 horas. La información de contacto se encuentra en el Capítulo 2, y en la portada posterior de este documento.

¿Qué cobertura tiene en el caso de una emergencia médica?

El plan cubre los servicios de ambulancia en los casos en los que ir a la sala de emergencias de alguna otra manera podría poner en peligro su salud. También cubrimos los servicios médicos durante la emergencia.

Los médicos que le brindan atención de emergencia decidirán en qué momento se estabiliza la afección y finaliza la emergencia médica.

Una vez que finaliza la emergencia, usted tiene derecho a recibir atención de seguimiento para garantizar que continúe estable. Sus médicos continuarán tratándole hasta que se comuniquen con nosotros y se planifique la atención adicional. El plan cubre la atención médica de seguimiento.

La atención de seguimiento después de la emergencia no está cubierta fuera de los EE. UU. o sus territorios.

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

Algunas veces, puede ser difícil darse cuenta si está ante una emergencia médica. Por ejemplo, puede pensar que necesita atención de emergencia (porque considera que su salud está en grave peligro) y que el médico le diga que no se trataba de una emergencia médica. Si resulta ser que no se trataba de una emergencia, cubriremos la atención que reciba, siempre y cuando haya pensado, dentro de lo razonable, que su salud estaba en grave peligro.

Sin embargo, una vez que el médico haya determinado que *no* era una emergencia, cubriremos la atención adicional *solo* si la recibe de alguna de estas dos formas:

- Acude a un proveedor de la red para obtener atención adicional.
- *O bien*, la atención adicional que recibe se considera servicios de urgencia usted respeta las reglas para obtener este cuidado urgente (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 3.2 más abajo).

Sección 3.2 Cómo obtener atención médica cuando tiene una necesidad urgente de recibir servicios

¿Qué son los servicios de urgencia?

Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata pero que no es una emergencia se considera un servicio urgentemente necesario si se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan, o si, dado su tiempo, lugar y circunstancias, no es razonable obtener este servicio de los proveedores de la red con los cuales el plan tiene contrato. Algunos ejemplos de servicios urgentemente necesarios son enfermedades y lesiones médicas imprevistas o brotes inesperados de afecciones existentes. Sin embargo, las visitas de rutina al proveedor médicamente necesarias, como los chequeos anuales, no se consideran urgentes, incluso si se encuentra fuera del área de servicio del plan o si la red del plan no está disponible temporalmente.

Como miembro de VillageHealth, puede acceder a los servicios que necesita con urgencia de dos (2) maneras:

- Una visita en persona a un centro de atención de urgencia. Puede acceder a la atención y los servicios de urgencia de cualquier proveedor dentro de los Estados Unidos que acepte Medicare.
- Si su médico de VillageHealth ofrece una visita virtual (usted pagará el copago de su visita al consultorio por una visita virtual).

Nuestro plan no cubre los servicios de emergencia, los servicios de urgencia ni cualquier otro servicio de atención recibido fuera de los Estados Unidos y sus territorios.

Sección 3.3 Cómo obtener atención durante un desastre

Si el gobernador de su estado, la Secretaría de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidoso el presidente de los Estados Unidos declara estado de desastre o emergencia en su área geográfica, aún tiene derecho a recibir la atención a través de su plan.

Visite el siguiente sitio web: www.villagehealthca.com para obtener información sobre cómo obtener la atención que necesita durante un desastre.

Si no puede consultar con un proveedor de la red durante un desastre, su plan le permitirá obtener atención médica de proveedores fuera de la red al gastos compartidos de la red. Si, durante un desastre, no puede utilizar una farmacia de la red, puede obtener sus medicamentos con receta en una farmacia fuera de la red. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5 para obtener más información.

SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de los servicios?

Sección 4.1 Puede solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde del costo de los servicios cubiertos

Si pagó más que el gastos compartidos de su plan por los servicios cubiertos o si recibió una factura por el costo total de los servicios médicos cubiertos, consulte el Capítulo 7 (*Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos cubiertos o medicamentos cubiertos*) para obtener información sobre lo que debe hacer.

Sección 4.2 Si nuestro plan no cubre los servicios, usted debe pagar el costo total

VillageHealth cubre todos los servicios médicos que son médicamente necesarios que se encuentran en la Tabla de beneficios médicos en Capítulo 4 de este documento. Si recibe servicios no cubiertos por nuestro plan o servicios obtenidos fuera de la red y que no fueron autorizados, usted es responsable de pagar el costo total de los servicios.

En el caso de los servicios cubiertos que tienen una limitación de beneficios, usted también paga el costo total de cualquier servicio que reciba después de haber agotado el beneficio para ese tipo de servicio cubierto. Una vez que se alcanza un límite de beneficios médicos cubiertos, cualquier gasto médico adicional en el que se incurra no contará para su límite máximo de gastos de su bolsillo. Si quiere saber cuánto ha utilizado del límite del beneficio, puede llamar a Servicios para Miembros.

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

Sección 5.1 ¿Qué es un estudio de investigación clínica?

Un estudio de investigación clínica (también denominado un *ensayo clínico*) es una manera que tienen los médicos y científicos de probar nuevos tipos de atención médica, por ejemplo, para averiguar la eficacia de un nuevo medicamento contra el cáncer. Ciertos estudios de investigación clínica están aprobados por Medicare. Los estudios de investigación clínica aprobados por Medicare normalmente solicitan voluntarios para participar en el estudio.

Una vez que Medicare apruebe el estudio, y usted exprese su interés, alguien que trabaja en el estudio se pondrá en contacto con usted para explicarle más sobre el estudio y determinar si cumple con los requisitos establecidos por los científicos que están llevando a cabo el estudio. Puede participar en el estudio solo si cumple con los requisitos del estudio y si comprende y acepta plenamente lo que implica participar en el estudio.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Original Medicare paga la mayor parte de los costos por los servicios cubiertos que reciba usted como parte del estudio. Si nos dice que participa en un ensayo clínico calificado, entonces solo es responsable del costo compartido dentro de la red por los servicios en ese ensayo. Si pagó más, por ejemplo, si ya pagó el monto del costo compartido de Original Medicare, le reembolsaremos la diferencia entre lo que pagó y el costo compartido dentro de la red. Sin embargo, deberá proporcionar documentación que nos muestre cuánto pagó. Mientras participa en un estudio de investigación clínica, puede seguir inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo la atención restante (la atención que no esté relacionada con el estudio) a través del plan.

Si quiere participar en cualquier estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* es necesario que el plan ni su POC lo aprueben, ni tampoco que nos avise. *No* es necesario que los proveedores que le brindan atención como parte del estudio de investigación clínica formen parte de la red de proveedores del plan. Tenga en cuenta que esto no incluye beneficios a cargo de nuestro plan que incluyan, como componente, un ensayo clínico o un registro para evaluar el beneficio. Estos incluyen ciertos beneficios específicos en virtud de determinaciones de cobertura nacional que requieren cobertura con estudios de desarrollo de evidencia (National Coverage Determinations requiring Coverage with Evidence Development, NCD-CED) y ensayos con dispositivos de investigación (investigational device exemption, IDE) y pueden estar sujetos a autorización previa y otras normas del plan.

Aunque no es necesario que obtenga la autorización de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica con cobertura de Original Medicare para las personas inscritas en Medicare Advantage, le recomendamos que nos notifique por adelantado cuando elija participar en ensayos clínicos calificados por Medicare.

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

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

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

- Habitación y comida en un hospital que Medicare pagaría incluso si no participara en un estudio.
- Una operación u otro procedimiento médico si forma parte del estudio de investigación.
- El tratamiento de los efectos secundarios y las complicaciones que sean consecuencia de la nueva atención.

Después de que Medicare haya pagado su parte del costo de estos servicios, nuestro plan pagará la diferencia entre el gastos compartidos de Original Medicare y su gastos compartidos dentro de la red como miembro de nuestro plan. Esto significa que usted pagará el mismo monto por los servicios que recibe como parte del estudio igual que si recibiera estos servicios de nuestro plan. Sin embargo, debe presentar la documentación que demuestre la cantidad que ha pagado por gastos compartidos. Consulte Capítulo 7 para obtener más información sobre la presentación de solicitudes de pago.

> *Este es un ejemplo de cómo funciona el gastos compartidos:* Supongamos que tiene un análisis de laboratorio que cuesta $100, como parte del estudio de investigación. También supongamos que tendría que pagar $20 como su parte de los costos para este análisis según Original Medicare, pero el análisis sería de $10 conforme a los beneficios de nuestro plan. En este caso, Original Medicare pagaría $80 por el análisis y usted pagaría $20 de copago según lo requiere Original Medicare. Luego, deberá notificar a su plan que ha recibido un servicio en un ensayo clínico calificado y presentar la documentación, como la factura del proveedor, al plan. El plan luego le pagaría directamente a usted $10. Por lo tanto, el pago neto es $10, el mismo monto que pagaría según los beneficios del plan. Tenga en cuenta que para recibir el pago de su plan, debe presentar la documentación a su plan, como la factura del proveedor.

Cuando usted forma parte de un estudio de investigación clínica, **ni Medicare ni nuestro plan pagará nada de lo siguiente:**

- Por lo general, Medicare *no* pagará los nuevos productos o servicios que se estén evaluando en el estudio, a menos que Medicare cubra dicho producto o servicio incluso si usted *no* participara en un estudio.
- Los productos o servicios que se proporcionen solo para recabar datos y que no se utilicen en su atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no cubriría las tomografías computarizadas mensuales que se realicen como parte del estudio si su afección normalmente requiriese una sola tomografía computarizada.
- Artículos y servicios proporcionados habitualmente por los patrocinadores de la investigación de forma gratuita para cualquier inscrito en la prueba.

¿Desea obtener más información?

Puede obtener más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica visite el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación *Medicare and Clinical Research Studies* (Medicare y los estudios de investigación clínica), (que se encuentra disponible en www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf.) También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 6 Normas para obtener atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica

Sección 6.1 ¿Qué es una institución religiosa de atención sanitaria no médica?

Una institución religiosa de atención sanitaria no médica es un centro que provee atención médica para una afección que normalmente se trataría en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o centro de atención de enfermería especializada va en contra de las creencias religiosas de un miembro, se brindará cobertura para su atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica. Este beneficio se brinda solo para los servicios para pacientes internados de la Parte A (servicios de atención no médica).

Sección 6.2 Recibir atención de una institución religiosa de atención sanitaria no médica

Para que lo atiendan en una institución religiosa de atención sanitaria no médica, debe firmar un documento legal en el que exprese que se niega conscientemente a recibir un tratamiento médico **no exceptuado**.

- La atención o el tratamiento médicos **no exceptuados** corresponden a la atención o el tratamiento médicos *voluntarios* y que *no son obligatorios* según la legislación federal, estatal o local.
- La atención o el tratamiento médicos **exceptuados** corresponden a la atención o el tratamiento médicos que *no* son voluntarios o que *son obligatorios* según la legislación federal, estatal o local.

Para que el plan cubra estos servicios, la atención que reciba en una institución religiosa de atención sanitaria no médica debe cumplir con las siguientes condiciones:

- La institución que brinde atención debe estar certificada por Medicare.
- La cobertura del plan por los servicios que reciba se limita a los aspectos *no religiosos* de la atención.

- Si obtiene servicios de esta institución en un centro, se aplican las siguientes condiciones:
  - Debe tener una afección que le permitiría recibir los servicios cubiertos correspondientes a atención para pacientes internados en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada.
  - *Y* debe obtener la aprobación del plan por adelantado antes de que lo ingresen en el centro, porque, de lo contrario, su estadía no estará cubierta.

Usted tiene cobertura por hasta 90 días por período de beneficios de un proveedor de atención de la salud que sea religioso y no médico. Pagará los mismos costos compartidos que por la atención hospitalaria para pacientes internados. Consulte la Tabla de beneficios médicos que figura en el Capítulo 4.

SECCIÓN 7 Normas para la posesión de equipo médico duradero

Sección 7.1 ¿Puede quedarse con el equipo médico duradero después de haber realizado cierta cantidad de pagos dentro de nuestro plan?

El equipo médico duradero (DME) incluye artículos como suministros y equipos de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, sistemas de colchones eléctricos, muletas, suministros para la diabetes, dispositivos para la generación del habla, bombas de infusión intravenosa, nebulizadores y camas de hospital recetadas por un proveedor para usar en el hogar. El miembro siempre posee ciertos artículos, como dispositivos protésicos. En esta sección, analizamos otros tipos de DME que debe alquilar.

En Original Medicare, quienes alquilan ciertos tipos de equipos médicos duraderos (DME) pueden quedarse con el equipo después de abonar los copagos del artículo durante 13 meses. Sin embargo, como miembro de VillageHealth, por lo general no adquirirá la titularidad de los DME alquilados sin importar cuántos copagos haga por el equipo mientras sea miembro de nuestro plan, aunque haya realizado hasta 12 pagos consecutivos por el DME en virtud de Original Medicare antes de inscribirse en nuestro plan.

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

Si no obtuvo la propiedad del DME mientras estuvo en nuestro plan, deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos después de que cambie a Original Medicare a fin de adquirir la propiedad del artículo. Los pagos realizados mientras está inscrito en su plan no cuentan.

Ejemplo 1: Ha realizado doce (12) o menos pagos consecutivos por el artículo en Original Medicare y luego se inscribió en nuestro plan. Los pagos que haya realizado en Original Medicare no cuentan.

Ejemplo 2: Ha realizado doce (12) o menos pagos consecutivos por el artículo en Original Medicare y luego se inscribió en nuestro plan. Usted estuvo en nuestro, plan pero no obtuvo la

titularidad mientras estaba en nuestro plan. Luego vuelve a Original Medicare. Deberá realizar trece (13) nuevos pagos consecutivos una vez que vuelva a inscribirse en Original Medicare para convertirse en propietario del artículo. Todos los pagos anteriores (ya sea a nuestro plan o a Original Medicare) no cuentan.

Sección 7.2 Normas para equipos de oxígeno, suministros y mantenimiento

¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho?

Si reúne los requisitos para recibir cobertura para el equipo de oxígeno de Medicare VillageHealth cubrirá lo siguiente:

- Alquiler de equipo de oxígeno
- Entrega de oxígeno y contenidos de oxígeno
- Sondas y accesorios de oxígeno afines para suministrar oxígeno y contenidos de oxígeno
- Mantenimiento y reparaciones del equipo de oxígeno

Si deja VillageHealth o ya tiene necesidad médica del equipo de oxígeno, este se debe devolver.

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

Original Medicare exige que un proveedor de oxígeno le proporcione servicios durante cinco años. Durante los primeros 36 meses, usted alquila el equipo. Los 24 meses restantes, el proveedor le proporciona el equipo y el mantenimiento (usted sigue siendo responsable del copago del oxígeno). Después de cinco años, puede elegir seguir con la misma compañía o cambiarse a otra. En este momento, el ciclo de cinco años vuelve a comenzar, aunque siga con la misma compañía, y usted debe pagar copagos los primeros 36 meses. Si se inscribe en nuestro plan o lo deja, el ciclo de cinco años vuelve a comenzar.

CAPÍTULO 4:

Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

SECCIÓN 1 Cómo comprender los costos que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos

En este capítulo, se incluye una Tabla de beneficios médicos que enumera los servicios cubiertos y detalla la cantidad que deberá pagar por cada servicio cubierto como miembro de VillageHealth. Más adelante en este capítulo, encontrará información sobre los servicios médicos que no están cubiertos. También se detallan los límites para ciertos servicios. Consulte los Anexos en la Sección 4 de este capítulo para obtener información adicional sobre las limitaciones y exclusiones.

Sección 1.1 Tipos de costos que puede llegar a tener que pagar de su bolsillo por los servicios cubiertos

Para que comprenda la información sobre los pagos que incluimos en este capítulo, debe conocer los tipos de costos que es posible que deba pagar de su bolsillo por los servicios cubiertos.

- **Deducible** es el monto que debe pagar por los servicios médicos antes de que el plan comience a pagar la parte que le corresponde. (La Sección 1.2 brinda más información acerca del deducible del plan).
- **Copago** es un monto fijo que paga cada vez que recibe recibe ciertos servicios médicos. El copago se abona en el momento en que recibe el servicio médico. (La Tabla de beneficios médicos, que se encuentra en la Sección 2, le brinda más información sobre sus copagos).
- **Coseguro** es el porcentaje que paga del costo total de ciertos servicios médicos. El coseguro se paga en el momento en que recibe el servicio médico. (La Tabla de beneficios médicos, que se encuentra en la Sección 2, le brinda más información sobre sus coseguros).

La mayoría de las personas que reúne los requisitos para Medi-Cal (Medicaid) o para el programa Beneficiario calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) nunca debe pagar deducibles, copagos ni coseguros. Asegúrese de mostrarle a su proveedor su comprobante de elegibilidad para Medi-Cal (Medicaid) o QMB, si corresponde.

Sección 1.2 ¿Cuál es su deducible del plan?

Su deducible es el deducible de la Parte B de Medicare. En el 2024, el deducible de la Parte B de Medicare fue $240. Este monto puede ser modificado para 2025. Este es el monto que tiene que pagar de su bolsillo antes de que paguemos la parte que nos corresponde de sus servicios médicos cubiertos. Hasta que haya pagado el monto del deducible, deberá pagar el costo total por los servicios cubiertos. Una vez que haya pagado el deducible, comenzaremos a pagar la parte que nos corresponde de los costos de los servicios médicos cubiertos y usted pagará su parte (su monto de copagos o coseguro) durante el resto del año calendario.

El deducible no se aplica a algunos servicios. Esto significa que pagaremos nuestra parte de los costos de estos servicios, incluso si usted todavía no ha pagado su deducible. El deducible no se aplica a los siguientes servicios:

- Examen físico anual
- Cognifit
- Servicios de emergencia
- Membresía de gimnasio
- Comidas a domicilio
- Servicios hospitalarios para pacientes internados
- Insulina suministrada a través de un equipo médico duradero
- Servicios preventivos de costo compartido cero cubiertos por Medicare
- Productos de venta libre (OTC)
- Sistema personal de respuesta a emergencias (PERS)
- Atención de relevo
- Beneficios “Returning to Home”
- Servicio dentales de rutina
- Servicios de transporte de rutina
- Servicios de la visión de rutina
- Servicios de enfermería especializada
- Beneficios complementarios especiales para enfermos crónicos
- Atención urgente

Sección 1.3 ¿Cuál es el monto máximo que pagará por los servicios médicos cubiertos de la Parte A y la Parte B de Medicare?

Debido a que usted está inscrito en un plan Medicare Advantage, hay un límite en el monto total que paga de su bolsillo cada año por los servicios médicos dentro de la red que están cubiertos en la Parte A y la Parte B de Medicare. Este límite se denomina el monto máximo que paga de su bolsillo por servicios médicos. Para el año calendario 2025, esta cantidad es de $9,350.

Los montos que usted paga por deducibles, copagos y coseguro por los servicios cubiertos dentro de la red se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo. Los montos que usted paga por las primas de su plan y sus medicamentos con receta de la Parte D no se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo. Además, los montos que usted paga por algunos servicios no cuentan para el monto máximo que gasta de su bolsillo. Estos servicios están marcados con un asterisco en la Tabla de beneficios médicos. Si llega al monto máximo que paga de su bolsillo de $9,350, no deberá pagar costos

de su bolsillo por el resto del año por los de la Parte A y la Parte B servicios cubiertos dentro de la red. Sin embargo, debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medi-Cal (Medicaid) o cualquier otro tercero pague su prima de la Parte B por usted).

Sección 1.4 Nuestro plan no permite que los proveedores le facturen saldos

Como miembro de VillageHealth, un factor de protección importante para usted es que, después de cumplir con los deducibles, solo debe pagar el monto de gastos compartidos cuando reciba servicios cubiertos por nuestro plan. Los proveedores no pueden agregar cargos adicionales, lo que se denomina facturación de saldos. Esta protección se aplica aun cuando pagamos menos de lo que el proveedor factura por un servicio, incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.

Aquí le mostramos cómo funciona esta protección.

- Si su gastos compartidos es un copago (una cantidad determinada de dinero, por ejemplo, $15.00), entonces usted paga solamente ese monto por cualquier servicio cubierto del proveedor de la red.
- Si su gastos compartidos es un coseguro (un porcentaje de los cargos totales), entonces nunca paga más que ese porcentaje. Sin embargo, su costo depende del tipo de proveedor:
    - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor de la red, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de reembolso del plan (como quedó estipulado en el contrato entre el proveedor y el plan).
    - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor que no pertenece a la red y que participa con Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores participantes.
    - Si obtiene servicios cubiertos de un proveedor que no pertenece a la red y que no participa con Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores no participantes. (Recuerde que el plan cubre servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, por ejemplo, cuando recibe una derivación o para servicios de urgencia o emergencia).
- Si cree que un proveedor le facturó un saldo, llame a Servicios para Miembros.

SECCIÓN 2 Utilice la *Tabla de beneficios médicos* para averiguar qué es lo que está cubierto y cuánto le corresponderá pagar

Sección 2.1 Sus beneficios y costos médicos como miembro del plan

En las siguientes páginas, la Tabla de beneficios médicos enumera los servicios que VillageHealth cubre y lo que debe pagar de su bolsillo por cada servicio. La cobertura de medicamentos recetados de la Parte D está en el Capítulo 5. Los servicios descritos en la

Tabla de beneficios médicos están cubiertos solo cuando se cumple con los siguientes requisitos de cobertura:

- Los servicios que cubre Medicare deben brindarse de conformidad con las pautas de cobertura establecidas por Medicare.
- Sus servicios (que incluyen atención médica, servicios, suministros, equipo y medicamentos recetados de la Parte B) *deben* ser médicamente necesarios. Médicamente necesario significa que los medicamentos, servicios o suministros son necesarios para la prevención, el diagnóstico o tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.
- Para los nuevos afiliados, su plan de atención coordinada de MA debe proporcionar un período de transición mínimo de 90 días, durante el cual el nuevo plan de MA puede no requerir autorización previa para ningún curso de tratamiento activo, incluso si el curso del tratamiento fue para un servicio que comenzó con un proveedor fuera de la red.
- Usted tiene un un proveedor preferido (un POC) que está brindando y supervisando su atención.
- Algunos de los servicios enumerados en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos solo si su médico u otro proveedor de la red obtienen nuestra aprobación por adelantado (a veces llamada autorización previa). Los servicios cubiertos que necesitan aprobación por adelantado están marcados en la Tabla de beneficios médicos con una nota al pie.

Otra información importante que debe saber sobre su cobertura:

- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Original Medicare. Para algunos de estos beneficios, usted paga *más* en nuestro plan de lo que pagaría en Original Medicare. Para otros, usted paga *menos*. (Si desea obtener información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual *Medicare & You 2025* (Medicare y Usted 2025). También puede consultarlo en línea en www.medicare.gov o solicitar una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).
- Para todos los servicios preventivos que están cubiertos sin costo por Original Medicare, nosotros también cubrimos el servicio sin costo para usted. Sin embargo, si a usted también se le trata o controla por una afección médica existente durante la visita en la que recibe el servicio preventivo, es posible que se aplique un copago por la atención recibida por la afección médica existente.
- Si Medicare agrega cobertura para algún nuevos servicio durante el año 2025, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.
- 1 meses de supuesta elegibilidad continua, seguiremos proporcionando todos los beneficios cubiertos por el plan, y sus montos de gastos compartidos no cambian durante este período.

Información importante sobre los beneficios para las personas inscritas con afecciones crónicas

- Si le diagnostican las siguientes afecciónes crónicas y usted cumple determinados criterios, puede ser elegible para beneficios complementarios especiales para quienes tienen enfermedades crónicos.
  - Insuficiencia renal terminal
  - Su proveedor habrá realizado una confirmación de diagnóstico o VillageHealth realizará una evaluación médica de sus necesidades médicas crónicas para determinar si es elegible para los beneficios adicionales.
- Para obtener más detalles, observe la fila *Beneficios complementarios especiales para quienes tienen enfermendades crónicos* en la Tabla de beneficios médicos para más abajo.
- Comuníquese con nosotros para averiguar exactamente a qué beneficios puede ser elegible.

Verá esta manzana junto a los servicios preventivos en la Tabla de beneficios.

Tabla de beneficios médicos

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Acupuntura para aliviar el dolor crónico en la Parte Baja de la espalda (cubierto por Medicare) Los servicios cubiertos incluyen: Hasta 12 visitas en 90 días están cubiertas para los beneficiarios de Medicare en las siguientes circunstancias: A los fines de este beneficio, el dolor crónico en la Parte Baja de la espalda se define como: • de una duración de 12 semanas o más; • no específico, que no tiene una causa sistémica identificable (es decir, no está relacionado con una enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.); • no está asociado con una cirugía; y • no está relacionado con el embarazo. Se cubrirán ocho sesiones adicionales para los pacientes que demuestren mejoría. Es posible administrar como máximo 20 tratamientos de acupuntura por año. El tratamiento debe interrumpirse si el paciente no mejora o si empeora. Requisitos del proveedor: Los médicos (como se define en la sección 1861(r)(1) de la Ley del Seguro Social (la Ley)) pueden brindar sesiones de acupuntura de conformidad con los requisitos estatales vigentes. Los asistentes médicos (Physician assistants, PA), enfermeros practicantes (nurse practitioners, NP)/ especialistas en enfermería clínica (clinical nurse specialists, CNS) (como se identificó en la sección 1861(aa) (5) de la Ley) y el personal auxiliar pueden brindar sesiones de acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales vigentes y tienen: • un máster o doctorado en Acupuntura o en Medicina Oriental de una escuela acreditada por la Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental	**Dentro y fuera de la red** 20 % del monto aprobado por Medicare para cada visita al consultorio.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Acupuntura para aliviar el dolor crónico en la Parte Baja de la espalda (cubierto por Medicare) (continuación) (Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine, ACAOM); y • una licencia vigente, completa, activa y sin restricciones para la práctica de acupuntura en un estado, territorio o Mancomunidad (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos o el Distrito de Columbia. El personal auxiliar que brinda sesiones de acupuntura debe estar debidamente supervisado por un médico, PA o NP/CNS según lo requieren nuestras reglamentaciones en las secciones §§ 410.26 y 410.27 del Título 42 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR).	
Administración de la atención* Un equipo de profesionales de atención médica está preparado para ayudarlo a tratar sus afecciones médicas. Un administrador de cuidados puede trabajar con usted para: • Ayudarlo a administrar sus afecciones médicas. • Crear un plan de cuidado especializado para sus afecciones médicas con usted • Trabajar con los especialistas de su equipo para obtener la mejor atención para su afección médica. • Ayudarlo a comprender su atención durante su estadía en el hospital. • Brindarle cualquier tipo de asistencia que pueda necesitar para moverse dentro de un hospital, centro de enfermería especializada o atención domiciliaria después de haberse hospitalizado. • Hacer modificaciones de acuerdo con sus necesidades especiales. Esto puede incluir transporte, equipo médico duradero, infusiones y cuidados de salud en casa.	**Dentro de la red** $0 copago por los servicios de administración de la atención. **Fuera de la red** No cubiertos

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Administración de la atención* (continuación) Su administrador de cuidados le ayudará a comprender mejor sus afecciones de salud, y le dará consejos para mantenerse saludable. Consejos como: • Ayudarlo a encontrar una dieta apropiada para usted. • Ayudarlo a entender sus medicamentos y cómo tomarlos correctamente. • Aprender cómo mantenerse activo. • Ayudarlo a entender los análisis y exámenes de detección importantes que puedan ayudarlo a evitar complicaciones de salud. *Este beneficio no aplica al monto máximo que paga de su bolsillo.	
Análisis para detectar enfermedades cardiovasculares	
Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas al riesgo elevado de enfermedades cardiovasculares) una vez cada 5 años (60 meses).	**Dentro y fuera de la red** No hay coseguro, copago ni deducible para las pruebas de enfermedades cardiovasculares que se cubren una vez cada 5 años. Puede aplicarse el costo compartido a otros servicios que reciba durante la consulta.
Atención de emergencia La atención de emergencia hace referencia a los servicios con estas características: • Proporcionan un proveedor calificado para brindar servicios de emergencia y • Son necesarios para evaluar o estabilizar una afección de emergencia Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona con un conocimiento normal sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren de la atención médica inmediata para evitar que pierda la vida (y, si es una mujer embarazada, la pérdida de un hijo por nacer), un	20 % de la cantidad aprobada por Medicare (hasta un máximo de $110) por cada visita. El copago no es necesario si usted es ingresado al hospital como paciente internado de inmediato o luego de un período de observación.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Atención de emergencia (continuación) miembro o la función del miembro. Los síntomas médicos pueden ser enfermedad, lesión, dolor grave o una afección médica que se agrava rápidamente. Los gastos compartidos para los servicios de emergencia necesarios que se brindan fuera de la red son los mismos que para los mismos servicios que se brindan dentro de la red. No tiene cobertura fuera de los Estados Unidos, salvo en circunstancias limitadas definidas por Medicare. Si necesita un control o un período de recuperación después de su atención de urgencia, lo pueden poner en estado "observación". Esto puede requerir que se quede en el centro durante varias horas o durante la noche de ser necesario. En este caso, mientras esté bajo observación solo pagará el copago de atención de emergencia.	
Atención de salud mental para pacientes externos Entre los servicios cubiertos están incluidos: Servicios de salud mental prestados por un psiquiatra o médico autorizado por el estado, psicólogo clínico, asistente social clínico, especialista en enfermería clínica, terapeuta profesional autorizado (Licensed Professional Counselor, LPC), terapeuta de familia y matrimonio autorizado (LMFT), enfermero practicante (NP), auxiliar médico (PA) u otro profesional de atención de salud mental que califique para Medicare dentro de lo permitido por la legislación estatal aplicable.	**Dentro y fuera de la red** **Visita psiquiátrica** $0 copago para cada visita de terapia grupal o individual. **Visita no psiquiátrica** $0 copago para cada visita de terapia grupal o individual.
Atención en un hospicio Usted es elegible para el beneficio de hospicio cuando su médico y el director médico del hospicio le hayan dado un diagnóstico terminal que certifique que tiene una enfermedad terminal y que tiene una expectativa de vida inferior a 6 meses; si su enfermedad sigue el curso normal. Es posible que reciba atención médica a través de un programa de hospicio certificado por Medicare. Su plan está obligado a ayudarlo a encontrar programas de hospicio certificados por Medicare en el área de servicio del plan, incluidos los que la organización MA posee, controla o tiene un interés financiero.	Cuando se inscribe en un programa de hospicio certificado por Medicare, los servicios de hospicio y los servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal los paga Original Medicare, y no VillageHealth.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Atención en un hospicio (continuación) Su médico de hospicio puede ser un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red. Los servicios cubiertos incluyen: • Medicamentos para el control de los síntomas y el alivio del dolor • Cuidados de relevo a corto plazo • Cuidados a domicilio Cuando se lo ingresa en un hospicio, tiene derecho a permanecer en su plan; si decide permanecer en el plan, debe seguir pagando las primas del plan. Para los servicios de hospicio y para los servicios que están cubiertos por la Parte A o B de Medicare y que están relacionados con su pronóstico terminal: Original Medicare (en lugar de nuestro plan) le pagará al proveedor del hospicio por los servicios en un hospicio y cualquier servicio de la Parte A y la Parte B relacionado con su diagnóstico de enfermedad terminal. Mientras esté en el programa de hospicio, su proveedor de servicios de hospicio facturará a Original Medicare por los servicios que pague Original Medicare. A usted se le facturará el gastos compartidos de Original Medicare. Por los servicios que tienen cobertura de la Parte A o B de Medicare y que no están relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal: Si necesita servicios que no sean de emergencia ni de urgencia que estén cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que no estén relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal, el costo de estos servicios depende de si usted utiliza un proveedor de la red de nuestro plan y sigue las reglas del plan (como, por ejemplo, si existe el requisito de obtener autorización previa). • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red y sigue las reglas para obtener el servicio, solo pagará el monto de gastos compartidos del plan por los servicios dentro de la red. • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, pagará el gastos compartidos correspondiente al pago por servicio de Medicare (Original Medicare).	

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Atención en un hospicio (continuación) Por los servicios cubiertos por VillageHealth, pero que no están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare: VillageHealth seguirá cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no estén cubiertos por la Parte A o la Parte B, o que no estén relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal. Usted paga el monto del gastos compartidos de su plan por estos servicios. Por los medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Parte D del plan: Si estos medicamentos no están relacionados con su estado de salud terminal, pagará el gastos compartidos. Si están relacionados con su estado de salud terminal, entonces usted paga el gastos compartidos de Original Medicare. Los medicamentos nunca están cubiertos por el hospicio y nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5, Sección 9.4 (*Qué sucede si se encuentra en un hospicio certificado por Medicare*). **Nota**: Si necesita atención médica que no sea en un hospicio (atención que no está relacionada con su diagnóstico de enfermedad terminal), debe comunicarse con nosotros para coordinar los servicios.	
Atención hospitalaria para pacientes internados	
Incluye, entre otros, servicios hospitalarios para pacientes internados por afecciones agudas, rehabilitación, atención a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios con internación. La atención para pacientes internados en un hospital comienza el día en que se le admite formalmente en el hospital con la orden de un médico. El día anterior a su alta es su último día como paciente internado. Tiene una cobertura de 90 días por período de beneficios. El período de beneficios comienza el día en que usted ingresa en un hospital o centro de atención de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza cuando no haya recibido servicios de atención para pacientes internados en un hospital (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si ingresa en el hospital o en el centro	**Dentro y fuera de la red** **Usted paga por período de beneficios:** $1,632 deducible por cada período de beneficios. Días 1-60: $0 de copago para cada período de beneficios. Días 61-90: $408 de copago por día para cada período de beneficios.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Atención hospitalaria para pacientes internados (continuación) de atención de enfermería especializada después de que un período de beneficios haya terminado, comenzará un período de beneficios nuevo. No hay límite en cuanto a la cantidad de períodos de beneficios. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario). • Comidas, incluidas dietas especiales. • Servicios regulares de enfermería. • Costos de las unidades de cuidados especiales (por ejemplo, unidades de cuidados intensivos o coronarios). • Medicamentos. • Análisis de laboratorio. • Radiografías y otros servicios radiológicos. • Suministros médicos y quirúrgicos necesarios. • Uso de dispositivos, como sillas de ruedas. • Costos de la sala de operaciones y de recuperación. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje. • Servicios por abuso de sustancias tóxicas para pacientes internados (consulte “Atención de la salud mental para pacientes internados” más abajo en esta tabla). • En determinadas situaciones, los siguientes tipos de trasplantes tienen cobertura: córnea, renal, riñón y páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestino/multivisceral. Si necesita un trasplante, someteremos su caso a revisión por un centro de trasplantes aprobado por Medicare que determinará si usted es candidato para dicho procedimiento. • Sangre: incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y de concentrado de glóbulos rojos (así como también de otros componentes de la sangre) comienza a partir de la primera pinta de sangre que usted necesite. • Servicios del médico **Nota**: Para ser paciente internado, el proveedor debe hacer una orden por escrito para que le ingresen de manera formal	Del día 91 en adelante: $816 de copago por cada día de reserva de por vida luego del día 90 por cada período de beneficios (hasta 60 días a lo largo de su vida). Más allá de los días de reserva de por vida: todos los costos. Estas son las cantidades de gastos compartidos para 2024 y pueden cambiar para 2025. VillageHealth proporcionará índices actualizados tan pronto como sean publicados. Se aplica un deducible por admisión una vez durante el período de beneficios definido. Los beneficios para pacientes internados se basan en la fecha de ingreso. Si lo internan en el hospital en 2025 y no le dan el alta hasta 2026, se aplicarán los copagos de 2025 hasta que le den el alta del hospital o lo transfieran a otro centro de enfermería especializada. **Se aplican reglas de autorización previa**

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Atención hospitalaria para pacientes internados (continuación) como paciente internado en el hospital. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un "paciente externo". Si no está seguro de si es un paciente internado o externo, consulte con el personal del hospital. También puede encontrar más información en la hoja informativa de Medicare llamada *¿Está usted internado o es un paciente externo? Si tiene Medicare, ¡consulte!* Esta hoja informativa está disponible en la Web en https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Usted puede llamar a estos números en forma gratuita, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.	
Atención médica a domicilio Antes de recibir los servicios de atención médica a domicilio, un médico debe certificar que usted necesita servicios médicos a domicilio y solicitará que una agencia de atención médica a domicilio le brinde estos servicios. El requisito es que usted no pueda salir de su casa, lo que significa que hacerlo implica un gran esfuerzo. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios de enfermería especializada o los servicios deun auxiliar de atención de la salud a domicilio en forma intermitente o de medio tiempo (se cubrirán en función del beneficio de atención médica a domicilio; los servicios de enfermería especializada y de atención médica a domicilio combinados deben totalizar 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	**dentro de la red** $0 copago **fuera de la red** No cubierto Se aplicarán coseguros para medicamentos intravenosos e inyectables cubiertos por Medicare para pacientes ambulatorios y administrados en el entorno de atención médica domiciliaria. Consulte la sección "Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare" de esta tabla.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Beneficios suplementarios especiales para enfermos crónicos*	
Los miembros que tienen insuficiencia renal terminal pueden ser elegibles para recibir beneficios adicionales. Los siguientes beneficios están disponibles: • Comestibles disponibles en tiendas minoristas seleccionadas • Pagos de servicios públicos como electricidad, gas y agua. Puede recibir hasta $50 por mes por estos servicios en combinación con el beneficio de productos de venta libre. La parte que no use no se transferirá para el mes siguiente. Comuníquese con el equipo de atención de VillageHealth para obtener más información sobre cómo acceder a estos beneficios. Todos los beneficios deben ser proporcionados por proveedores contratados por VillageHealth. *Este beneficio no se aplica al monto máximo de su bolsillo.	**Dentro de la red** $0 copago **Fuera de la red** No está cubierto **Se aplican las reglas de autorización previa**
Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para pacientes diabéticos	
Para todas las personas que tienen diabetes (insulina y no insulina). Los servicios cubiertos incluyen: • Suministros para monitorear su glucosa en sangre: Monitor de glucosa en sangre, tiras reactivas de glucosa en sangre, dispositivos de punción y lancetas, y soluciones de control de glucosa para verificar la precisión de tiras reactivas y monitores. • Para personas con diabetes que tienen pie diabético grave**: un par por año calendario de zapatos terapéuticos hechos a la medida (incluidas las plantillas provistas con dichos zapatos) y dos pares de plantillas adicionales, o un par de zapatos profundos y tres pares de plantillas (sin incluir las inserciones extraíbles no	**Proveedores dentro y fuera de la red** $0 copago para suministros para controlar sus niveles de glucosa en la sangre. $0 copago para zapatos y plantillas terapéuticas para diabéticos. $0 copago para capacitación para el autocontrol de la diabetes. Los glucómetros, las tiras reactivas y la solución

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para pacientes diabéticos (continuación) personalizadas proporcionadas con dichos zapatos). La cobertura incluye la instalación. • La capacitación para el autocontrol de la diabetes está cubierta bajo ciertas condiciones. **Según lo definido por Medicare. Los monitores continuos de glucosa y los suministros relacionados se consideran equipos médicos duraderos. Consulte **"Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) y suministros relacionados"** más adelante en este cuadro.	para el control de la glucosa están disponibles solo de un fabricante (Abbott). Las lancetas están disponibles en cualquier fabricante. (Para obtener más información, póngase en contacto con Servicios para Miembros).
Cirugía para pacientes externos, incluidos servicios brindados en centros hospitalarios para pacientes externos y centros quirúrgicos ambulatorios Usted está cubierto para recibir servicios ambulatorios realizados en un centro quirúrgico ambulatorio o en un centro hospitalario ambulatorio. **Nota:** Si va a ser sometido a una cirugía en un centro hospitalario, consulte con el proveedor si será considerado un paciente internado o ambulatorio. A menos que el proveedor escriba una orden de ingreso para su hospitalización, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos del gasto compartido para la cirugía ambulatoria. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente externo. Quizás deba pagar un gasto compartido adicional por servicios de hospital ambulatorios, lo que incluye, entre otros, medicamentos y análisis radiológicos de la Parte B. Consulte la sección de beneficios aplicables en esta tabla. Si requiere monitoreo o un período de recuperación luego de su atención en un hospital ambulatorio, puede que se lo coloque en estado de observación. Esto puede requerir que se quede en el centro durante varias horas o durante la noche de ser necesario. En este caso, mientras esté bajo observación, pagará el copago de hospitalización ambulatoria.	**Dentro de la red** $0 de copago por cada consulta a **un centro de cirugía ambulatoria**. 20 % del monto aprobado por Medicare para cada consulta a **un centro hospitalario ambulatorio**. **Fuera de la red** 20 % del monto aprobado por Medicare para cada consulta a **un centro de cirugía ambulatoria**. 20 % del monto aprobado por Medicare para cada consulta a **un centro hospitalario ambulatorio**.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Cognifit*	
Cognifit es un programa en línea que ofrece una serie de actividades mentales diseñadas para fortalecer la atención, la memoria y otras habilidades que son muy importantes a medida que envejecemos. Cognifit proporciona: • Juegos mentales que se centran en mantener su cerebro en forma mejorando la atención, la memoria, la velocidad cerebral, la inteligencia, la orientación y las habilidades de comunicación. • Ejercicios adaptados a su cerebro único. Usando un método especial, cada ejercicio se adapta en dificultad a medida que lo usa, por lo que siempre está trabajando en el nivel óptimo donde es más probable que mejore su rendimiento. • Acceso las 24 horas. Cognifit está disponible en línea las 24 horas del día, los siete días de la semana, por lo que puede usarlo siempre que sea conveniente para usted. Para registrarse en Cognifit, primero deberá crear una cuenta One Pass visitando YourOnePass.com y siguiendo las instrucciones para registrarse. Después de registrarse, puede acceder a Cognifit directamente en cualquier momento desde una computadora, tableta o teléfono inteligente. *Este beneficio no se aplica al monto máximo de su bolsillo.	$0 copago

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Comidas a domicilio*	
VillageHealth Los miembros pueden recibir entrega temporal de comidas en su hogar para apoyar el manejo de afecciones crónicas. Los miembros deben cumplir con criterios específicos y tener una o más de las siguientes afecciones: cáncer, ESRD, diabetes, trastornos cardiovasculares, insuficiencia cardíaca congestiva, demencia, enfermedad de Parkinson o una afección que requiera que el miembro permanezca en casa por un período de tiempo. Un proveedor del plan o el equipo de atención de VillageHealth debe solicitar el servicio de comidas. La entrega de comidas está limitada a cuatro semanas de duración y está cubierta para un máximo de 84 comidas al año. **Comuníquese con el equipo de atención de VillageHealth para obtener más detalles.** *Este beneficio no se aplica al monto máximo de su bolsillo.	**Dentro de la red** $0 copago por cada comida. **Fuera de la red** No cubiertos **Se aplican las reglas de autorización previa**
Consulta para disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (tratamiento para las enfermedades cardiovasculares)	
Cubrimos una consulta por año con su médico de atención primaria para ayudarlo a disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Durante esta consulta, su médico puede analizar el uso de aspirina (si corresponde), medir su presión arterial y brindarle consejos para asegurarse de que usted esté comiendo sano.	**Dentro y fuera de la red** No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de terapia conductual intensiva para enfermedades cardiovasculares. Pueden aplicarse gastos compartidos para otros servicios que reciba durante la consulta.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Consulta preventiva Bienvenido a Medicare	
El plan cubre la consulta preventiva única *Bienvenido a Medicare*. La consulta incluye una revisión de su salud, como así también educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita, (incluidas ciertas pruebas de detección y vacunas) y recomendación a otro tipo de atención si fuera necesario. **Importante:** cubrimos la consulta preventiva *Bienvenido a Medicare* solo dentro de los primeros 12 meses de tener la Parte B de Medicare. Cuando solicite la cita, infórmele al consultorio del médico que le gustaría programar su consulta preventiva *Bienvenido a Medicare*.	**Proveedores dentro y fuera de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta preventiva Bienvenido a Medicare. Es posible que se apliquen gastos compartidos para otros servicios que reciba durante la consulta.
Cuidado de la vista (cubierto por Medicare)	
Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Servicios de médicos para pacientes externos para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones de los ojos, incluido el tratamiento de la degeneración macular relacionada con la edad. Original Medicare no cubre exámenes de la vista de rutina (refracción de la vista) para anteojos o lentes de contacto • Para las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma, cubriremos una prueba de detección de glaucoma cada año. Entre las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma, se incluyen las siguientes: las personas con antecedentes familiares de glaucoma, las personas diabéticas, los afroamericanos de 50 años o más y los hispanoamericanos de 65 años o más • Para las personas con diabetes, se cubre una prueba de detección de retinopatía diabética por año • Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluya la colocación de una lente intraocular. (Si necesita dos operaciones de cataratas por separado, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía y comprar dos pares de anteojos después de la segunda cirugía). **Lente intraocular** Usted pagará su copago de cirugía ambulatoria para la cirugía de cataratas. No se cobra ningún cargo por una lente	**Dentro y fuera de la red** 20 % del monto aprobado por Medicare para exámenes y tratamientos oftalmológicos médicamente necesarios y tratamiento. $0 copago para un examen preventivo de glaucoma por cada período de 12 meses si corre alto riesgo de sufrir glaucoma. 20 % del monto aprobado por Medicare para artículos para la vista después de una cirugía de cataratas. Se aplicará una tarifa adicional del monto aprobado por Medicare (centro quirúrgico ambulatorio o centro hospitalario) para los

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Cuidado de la vista (cubierto por Medicare) (continuación) intraocular (LIO) estándar. Sin embargo, por una tarifa adicional, puede solicitar la colocación de una LIO que corrija la presbicia (por ejemplo, Crystalens™, AcrySof RESTOR™, y ReZoom™) en lugar de una LIO convencional luego de una cirugía de cataratas. Pagará una tarifa adicional por LIO recomendadas o indicadas por su médico. Usted es responsable del pago de esta parte del cargo para la IOL que corrija la presbicia y los servicios asociados que excedan el cargo por la colocación de una LIO convencional luego de una cirugía de cataratas. Deberá analizar el costo adicional con su oftalmólogo ANTES de la cirugía para comprender con claridad cuál es el monto por el que usted será responsable económicamente.	procedimientos realizados a pacientes de manera ambulatoria. La tarifa del centro se aplicará si su médico lo envía a un hospital o a un centro ambulatorio para procedimientos tales como cirugía de cataratas.
Cuidado de la vista (de rutina/no cubierto por Medicare)* Además de los servicios para la vista médicamente necesarios cubiertos por Original Medicare, VillageHealth ofrece los siguientes servicios para la vista de rutina a través de la red de proveedores de optometría Eye Med Select. • Exámenes de la vista de rutina, limitados a un examen por año. • Lentes (monofocales, bifocales o trifocales), monturas para lentes estándar o anteojos (lentes y monturas). Limitado a un par Todos los años. VillageHealth ofrece un monto para cobertura de la vista para cubrir el costo de marcos estándar y lentes cuando se obtienen de un proveedor del plan. Deberá pagar cualquier costo restante que supere esta cobertura. • Lentes de contacto en vez de anteojos, limitados a un par Todos los años. VillageHealth ofrece un monto utilizado para cubrir el costo de lentes de contacto cuando se obtienen de un proveedor del plan. Usted debe pagar cualquier costo restante que supere	**Dentro de la red** **Examen de la vista de rutina** $0 copago No necesita una recomendación para visitas a proveedores de servicios de la visión contratados para exámenes de la vista de rutina (refracción). **Anteojos o lentes de contacto de rutina** Los materiales para anteojos están incluidos dentro de la asignación para anteojos. Cobertura de hasta $200 para monturas o lentes de contacto Todos los años.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Cuidado de la vista (de rutina/no cubierto por Medicare)* (continuación) esta cobertura, es decir, ajuste de lentes de contacto, imágenes de la retina. Este plan no contempla beneficios para los servicios profesionales o materiales relacionados con el reemplazo de lentes y marcos que se perdieron o rompieron, a menos que el reemplazo del artículo haya estado previsto. **Consulte la sección "Servicios que no cubrimos (exclusiones)" más adelante en este capítulo para obtener más limitaciones sobre artículos para la vista.** *Este beneficio no se aplica al monto máximo de su bolsillo.	La cobertura para lentes de contacto incluye el costo del examen, los honorarios profesionales y los materiales. Usted paga los costos restantes más allá de lo que cubrirá VillageHealth. **Fuera de la red** Sin cobertura
Dispositivos protésicos y ortopédicos y suministros relacionados Dispositivos (no odontológicos) que reemplazan una función o parte del cuerpo parcial o totalmente. Estos incluyen, entre otros, pruebas, ajustes o capacitación en el uso de dispositivos prostésicos y ortopédicos; así como: bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con cuidados de colostomía, marcapasos, dispositivos ortopédicos, calzado ortopédico, extremidades artificiales y prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico después de una mastectomía). Incluye ciertos suministros relacionados con los dispositivos protésicos y ortopédicos, y la reparación o el reemplazo de dispositivos protésicos y ortopédicos. También se incluye cierto grado de cobertura después de una extirpación de cataratas o cirugía de cataratas; consulte **Atención médica para la vista** más adelante en esta sección para obtener más información. Los suministros, aparatos y dispositivos médicos/terapéuticos para pacientes ambulatorios incluyen: Vendajes quirúrgicos, férulas, yesos; aparatos ortopédicos para piernas,	**Dentro y fuera de la red** $0 copago para elementos que cuestan de $0 a $99 según la suma aprobada por Medicare. 20 % de la suma aprobada por Medicare para elementos que cuestan $100 o más.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Dispositivos protésicos y ortopédicos y suministros relacionados (continuación) brazos, espalda y cuello y otros dispositivos utilizados para la reducción de fracturas y dislocaciones. Las reparaciones y reemplazos de prótesis y órtesis están cubiertas debido a roturas, desgaste o un cambio significativo en su condición física. Se realizarán reparaciones y/o reemplazos cuando sean médicamente necesarios y estén cubiertos por Original Medicare. Los dispositivos protésicos implantados en un entorno para pacientes hospitalizados/ambulatorios están cubiertos por el beneficio de cirugía para pacientes hospitalizados/ambulatorios y no se aplicará ningún copago adicional.	
Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) y suministros relacionados	
(Para ver una definición de equipo médico duradero, consulte el Capítulo 12 además del Capítulo 3, Sección 7 de este documento). Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes (como monitores continuos de glucosa), camas de hospital recetadas por un proveedor para usar en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos para la generación del habla, equipos de oxígeno, nebulizadores y andadores. Cubrimos todos los DME médicamente necesarios cubiertos por Original Medicare. Si nuestro proveedor en su área no trabaja una marca o un fabricante en particular, puede solicitarle que le realice un pedido especial para usted. La lista más reciente de proveedores está disponible en nuestro sitio web en www.villagehealthca.com. Los suministros de DME se limitan a equipos y dispositivos que no duplican la función de otro equipo o dispositivo cubierto por VillageHealth y que son apropiados para su uso en el hogar. La cobertura no incluye elementos para utilizarse fuera del hogar, como oxígeno, rampas, nebulizadores portátiles y otros equipos.	**Proveedores dentro y fuera de la red** $0 copago para los artículos de DME que tienen un costo de compra de $0 a $99 según el monto aprobado por Medicare. 20 % de la suma aprobada por Medicare para elementos por un costo de adquisición de $100 o más. Por ejemplo, si alquila o compra un artículo con un costo de compra de $100 o más, pagará 20 % del costo. 20 % del monto aprobado por Medicare para monitores continuos de

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) y suministros relacionados (continuación) Las reparaciones y sustituciones de un DME a causa de rotura, desgaste o un cambio significativo en su condición física están cubiertas. Las reparaciones o sustituciones se harán cuando sea médicamente necesario y estén cubiertas por Medicare. Para obtener información sobre los medicamentos utilizados con DME, consulte la sección “Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare” en esta tabla. Los artículos de DME que se consideran de uso personal, p. ej., sillas de inodoro, tubos de oxígeno o mascarillas de presión positiva continua de las vías respiratorias (CPAP), no pueden devolverse al proveedor.	glucosa a través de un proveedor de DME. $0 para monitores continuos de glucosa preferidos (es decir, Dexcom y Freestyle Libre) cuando se obtienen en farmacias de la red con receta. **Es posible que se apliquen requisitos de autorización previa y otros límites** El costo compartido se aplica a cada artículo individual y se basa en el costo del artículo, independientemente de si se compra o alquila. Su gastos compartidos para la cobertura de equipos de oxígeno de Medicare es de 0 %-20 %, cada meses. Su gastos compartidos no cambiará después de estar inscrito durante 36 meses en VillageHealth. **Solo se requiere autorización previa para**

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) y suministros relacionados (continuación)	**ciertos artículos, incluidos, entre otros, sillas eléctricas, colchones de aire, ventiladores domésticos y estimuladores óseos. Comuníquese con Servicios para Miembros para obtener más información.**
Examen físico anual* Tiene cubierto un examen físico de rutina por año. Este examen incluye servicios de laboratorio para examen preventivo, según sea necesario. *Este beneficio no se aplica a la suma máxima de su propio bolsillo.	**Dentro y fuera de la red** $0 copago para la visita al consultorio.
Hospitalización: servicios cubiertos recibidos en un hospital o SNF durante una hospitalización no cubierta Si ha agotado sus beneficios para paciente internado o si la hospitalización no es razonable y necesaria, no cubriremos su hospitalización. Sin embargo, en algunos casos, cubriremos ciertos servicios que recibe mientras está en el hospital o en el centro de atención de enfermería especializada (SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios del médico • Análisis de diagnóstico (como los análisis de laboratorio) • Tratamiento con radiografías, radio e isótopos, incluidos los servicios y materiales de los técnicos • Vendajes quirúrgicos • Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones • Dispositivos ortésicos y protésicos (salvo los dentales) que sustituyen una parte o la totalidad de un órgano interno del cuerpo (incluso tejido contiguo), o bien una	Usted pagará la participación en los gastos aplicable a estos servicios como si fueran prestados en régimen ambulatorio. Consulte la sección de beneficios aplicables en esta tabla. **Se aplican las reglas de autorización previa.**

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Hospitalización: servicios cubiertos recibidos en un hospital o SNF durante una hospitalización no cubierta (continuación) parte o la totalidad del funcionamiento de un órgano interno del cuerpo que no funciona bien o que permanentemente no funciona, incluso la sustitución o reparación de dichos dispositivos • Dispositivos ortopédicos para piernas, brazos, espalda y cuello; trusas; y piernas, brazos y ojos artificiales, incluso ajustes, reparaciones y sustituciones que se necesiten debido a roturas, desgaste, pérdida o cambio en el estado físico del paciente • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla	
Inmunizaciones Los servicios cubiertos de la Parte B de Medicare incluyen: • Vacunas contra la neumonía. • Inyecciones (o vacunas) contra la gripe/influenza, una vez cada temporada de gripe/influenza en el otoño e invierno, con inyecciones (o vacunas) adicionales contra la gripe/influenza si son médicamente necesarias. • Vacunas contra la hepatitis B si corre riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B. • Vacunas contra COVID-19. • Otras vacunas si su salud está en peligro y si cumple con los requisitos de cobertura de la Parte B de Medicare. También se cubren la mayoría de las otras vacunas para adultos según nuestros beneficios de medicamentos recetados de la Parte D. Consulte Capítulo 6, Sección 8 para obtener más información.	**Dentro y fuera de la red** No se aplica coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra neumonía, gripe/influenza, hepatitis B y COVID-19. Es posible que se apliquen costos compartidos para otros servicios que reciba durante la consulta.
Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare La Parte B de Original Medicare cubre estos medicamentos. Los miembros de nuestro plan reciben la cobertura de estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen: • Medicamentos que, generalmente, el paciente no se autoadministra y que se aplican por medio de una inyección o infusión cuando usted recibe los servicios de un médico, en un hospital para pacientes ambulatorios o en un centro quirúrgico ambulatorio.	**Dentro y fuera de la red** $0 por quimioterapia de la Parte B y otros medicamentos de la Parte B recibidos en una farmacia. $0-20 % del monto aprobado por Medicare para quimioterapia de la

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare (continuación) • Insulina suministrada mediante un elemento de equipo médico duradero (como una bomba de insulina médicamente necesaria). • Otros medicamentos que se administran con equipos médicos duraderos (por ejemplo, nebulizadores) autorizados por el plan. • El medicamento para el Alzheimer, Leqembi®, (nombre genérico lecanemab), que se administra por vía intravenosa. Además de los costos de los medicamentos, es posible que necesite exploraciones y pruebas adicionales antes o durante el tratamiento que podrían aumentar sus costos generales. Hable con su médico acerca de qué exploraciones y pruebas puede necesitar como parte de su tratamiento. • Factores de la coagulación que se autoadministra mediante una inyección si tiene hemofilia. • Medicamentos para trasplantes/inmunosupresores: Medicare cubre la terapia con medicamentos para trasplantes si Medicare pagó por su trasplante de órganos. Usted debe tener la Parte A en el momento del trasplante cubierto y debe tener la Parte B en el momento de recibir medicamentos inmunosupresores. Tenga en cuenta que la cobertura de medicamentos de Medicare (Parte D) cubre los medicamentos inmunosupresores si la Parte B no los cubre. • Medicamentos inyectables para la osteoporosis si usted no puede salir de su casa, tiene una fractura ósea que el médico confirma que se relacionó con la osteoporosis posmenopáusica y no puede autoadministrarse el medicamento. • Algunos antígenos: Medicare cubre los antígenos si un médico los prepara y una persona debidamente instruida (que podría ser usted, el paciente) los administra bajo la supervisión adecuada. • Ciertos medicamentos orales contra el cáncer: Medicare cubre algunos medicamentos orales para el cáncer que toma por la boca si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable o si el medicamento es un profármaco (una forma oral de un medicamento que,	Parte B y otros medicamentos de la Parte B recibidos en cualquier otro entorno. $0 de una insulina de la Parte B recibida en una farmacia y suministrada a través de un equipo médico duradero, como una bomba de insulina médicamente necesaria. No aplica deducible. Usted no paga más de $35 por un suministro de un mes de insulina de la Parte B recibida en cualquier otro entorno y suministrada a través de un equipo médico duradero, como una bomba de insulina médicamente necesaria. No aplica deducible. **Se aplican las normas de autorización previa**

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare (continuación) cuando se ingiere, se descompone en el mismo ingrediente activo que se encuentra en el medicamento inyectable) del medicamento inyectable. A medida que se disponga de nuevos medicamentos orales contra el cáncer, la Parte B podría cubrirlos. Si la Parte B no los cubre, la Parte D sí lo hace. • Fármacos orales contra las náuseas: Medicare cubre los medicamentos orales contra las náuseas que usa como parte de un régimen quimioterapéutico contra el cáncer si se administran antes, durante o dentro de las 48 horas posteriores a la quimioterapia o si se usan como un reemplazo terapéutico completo de un medicamento intravenoso contra las náuseas. • Ciertos medicamentos orales para la insuficiencia renal en etapa terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD) si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable y el beneficio de ESRD de la Parte B lo cubre. • Medicamentos calcimiméticos bajo el sistema de pago de ESRD, incluso el medicamento intravenoso Parsabiv® y el medicamento oral Sensipar®. • Ciertos medicamentos para diálisis en el hogar, incluida la heparina, el antídoto para la heparina, cuando sea médicamente necesario, y anestésicos tópicos. • Agentes estimulantes de la eritropoyesis: Medicare cubre la eritropoyetina por inyección si tiene insuficiencia renal en etapa terminal (ESRD) o si necesita este medicamento para tratar la anemia relacionada con otras afecciones (como Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp® o Darbepoetin Alfa) • Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento en el hogar de enfermedades de inmunodeficiencia primaria.	

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare (continuación) • Nutrición parenteral y enteral (alimentación intravenosa y por sonda). También cubrimos algunas vacunas en el beneficio de medicamentos con receta de la Parte B y Parte D. El Capítulo 5 explica el beneficio para medicamentos con receta de la Parte D e indica las normas que deben seguirse a fin de recibir cobertura para los medicamentos con receta. Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D por medio de nuestro plan se explica en el Capítulo 6.	
Medición de la masa ósea Para las personas que reúnan los requisitos (generalmente, personas en riesgo de pérdida de la masa ósea o de osteoporosis), están cubiertos los siguientes servicios cada 24 meses o con mayor frecuencia si se considera médicamente necesario: procedimientos para identificar masa ósea, detectar pérdida de masa ósea o determinar la calidad ósea, incluso la interpretación de los resultados por parte del médico.	**Dentro y fuera de la red** No hay coseguro, copago ni deducible para densitometría ósea cubierta por Medicare. Puede aplicarse el costo compartido a otros servicios que reciba durante la consulta.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Membresía del club de salud*	
VillageHealth provee una membresía en centros de actividad física participantes. Puede elegir un gimnasio o un centro de entrenamiento de la red de instalaciones contratadas por la red de VillageHealth. También hay disponibles clases de ejercicios digitales en línea y un kit para entrenar en el hogar para los miembros que no residan cerca de un gimnasio o centro de la red o que prefieran hacer ejercicio en casa. Puede pedir un kit de entrenamiento al año. Llame a Servicios para Miembros para obtener más información. *Este beneficio no se aplica al monto máximo a pagar de su bolsillo.	**Dentro de la red** $0 de copago por membresía en los gimnasios y centros de acondicionamiento físico participantes. La membresía incluye servicios estándares de centros de actividad física. No se incluye ningún servicio que generalmente requiera un cargo adicional. **Fuera de la red** No cubierto
Observación hospitalaria para pacientes externos	
Los servicios de observación son servicios hospitalarios ambulatorios que se brindan para determinar si necesita ser admitido como paciente internado o si puede ser dado de alta. Para que los servicios de observación hospitalaria ambulatoria estén cubiertos, deben cumplir con los criterios de Medicare y ser considerados importantes y necesarios. Los servicios de observación están cubiertos solo cuando están proporcionados por pedido de un médico u otra persona autorizada por la ley estatal y los estatutos del personal del hospital para admitir a los pacientes en el hospital u solicitar pruebas para pacientes ambulatorios. **Nota:** a menos que el proveedor haya dejado por escrito una orden de admisión como paciente internado, usted es un paciente externo y paga los montos de gastos compartidos por servicios hospitalarios para pacientes externos. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser	**Dentro de la red y fuera de la red** 20 % de la suma aprobada por Medicare.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Observación hospitalaria para pacientes externos (continuación) considerado un paciente externo. Si no está seguro de si es un paciente externo, consulte con el personal del hospital. También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada *¿Está usted internado o es un paciente externo? Si tiene Medicare, ¡consulte!*. La hoja de datos se encuentra disponible en Internet en https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Usted puede llamar a esto número de forma gratuita, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.	
Productos de venta libre (OTC)* Usted tiene cobertura de hasta $50 por mes para productos de salud de venta libre elegibles disponibles a través de tiendas minoristas seleccionadas. Puede usar este beneficio para pedir artículos no recetados como aspirinas, vitaminas, preparaciones para la tos y el resfriado, y otros productos elegibles. Recibirá una tarjeta de débito precargada que se recargará automáticamente con su saldo. Para obtener más información, llame al 1-844-428-8135. Los saldos no utilizados no se transferirán al mes siguiente. Este beneficio se ofrece en combinación con el beneficio de pago de comestibles y servicios públicos. Consulte "**Beneficios complementarios especiales para enfermos crónicos**" a continuación. *Este beneficio no se aplica al monto máximo de su bolsillo.	**Dentro de la red** $0 por pedido **Fuera de la red** No cubiertos

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP)	
Los servicios del Programa de prevención de la diabetes de Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP) estarán cubiertos para los beneficiarios elegibles de Medicare a través de todos los planes de salud de Medicare. El MDPP es una intervención estructurada de cambio de conducta de salud que brinda capacitación práctica sobre cambio en la dieta a largo plazo, mayor actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar los desafíos a fin de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.	**Dentro y fuera de la red** No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio del MDPP. Es posible que se apliquen costos compartidos para otros servicios que reciba durante la consulta.
Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal	
Una ecografía de detección por única vez para las personas en riesgo. El plan solo cubre esta prueba de detección si usted tiene ciertos factores de riesgo y si recibe una recomendación de parte de su médico, asistente médico, enfermero con práctica médica o especialista en enfermería clínica.	**Proveedores dentro y fuera de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para esta prueba de detección preventiva. Es posible que se apliquen costos compartidos para otros servicios que reciba durante la consulta.
Prueba de detección de cáncer colorrectal	
Están cubiertas las siguientes pruebas de detección: • La colonoscopia no tiene límite mínimo ni máximo de edad y está cubierta una vez cada 120 meses (10 años) para los pacientes que no presenten un riesgo elevado, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible para los pacientes que no presenten un riesgo elevado de cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para los pacientes de alto riesgo después de una colonoscopia o un enema de bario. • Sigmoidoscopia flexible para los pacientes de 45 años o más. Una vez cada 120 meses para los pacientes que no	**Dentro de la red y fuera de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para los exámenes de detección de cáncer colorrectal cubiertos por Medicare, excepto por los enemas de bario, para los cuales se aplica un coseguro. Si su médico

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Prueba de detección de cáncer colorrectal (continuación) presenten un riesgo elevado después de recibir una colonoscopia. Una vez cada 48 meses para los pacientes de alto riesgo a partir de la última sigmoidoscopia flexible o el último enema de bario. • Pruebas de detección de sangre oculta fecal para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 12 meses. • ADN en heces multiobjetivo para pacientes de 45 a 85 años que no cumplan con los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Análisis de biomarcadores en sangre para pacientes de 45 a 85 años que no cumplan con los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Enema de bario como alternativa a la colonoscopia para pacientes con alto riesgo y 24 meses desde el último enema de bario o la última colonoscopia. • Enema de bario como alternativa a la sigmoidoscopia flexible para pacientes sin alto riesgo y de 45 años o más. Una vez al menos 48 meses después del último enema de bario o la última sigmoidoscopia flexible. Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de seguimiento después de que una prueba de detección de cáncer colorrectal no invasiva basada en heces cubierta por Medicare arroje un resultado positivo.	encuentra y extirpa un pólipo u otro tejido durante la colonoscopia o la sigmoidoscopia flexible, el examen de detección se convierte en un examen de diagnóstico. Si durante el examen de detección es necesario realizar un procedimiento de diagnóstico, no deberá abonar copagos adicionales. La colonoscopia virtual no es un procedimiento cubierto. Es posible que se apliquen costos compartidos para otros servicios que reciba durante la consulta.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Prueba de detección de cáncer de cuello de útero y de vagina	
Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Para todas las mujeres: pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses • Si corre alto riesgo de padecer cáncer de cuello de útero o ha obtenido un resultado anormal en una prueba de Papanicolaou en los últimos 3 años y está en edad de procrear: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses	**Dentro y fuera de la red** No hay coseguro, copago ni deducible para los exámenes pélvicos y de Papanicolaou preventivos cubiertos por Medicare. Es posible que se apliquen costos compartidos para otros servicios que reciba durante la consulta. No necesita una derivación para una visita de atención preventiva de rutina a un obstetra/ginecólogo dentro de su red.
Prueba de detección de cáncer de mama (mamografías)	
Los servicios cubiertos incluyen: • Una mamografía inicial entre las edades de 35 y 39 años de edad • Una mamografía exploratoria cada 12 meses para aquellas mujeres de 40 años de edad y mayores • Exámenes mamarios clínicos cada 24 meses	**Dentro y fuera de la red** No hay coseguro, copago ni deducible para las mamografías de detección cubiertas. No necesita una derivación para una mamografía anual dentro de su red (1 examen cada 12 meses). La mamografía de rutina no incluye la resonancia magnética.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Prueba de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT)	
Para las personas que reúnen los requisitos, se cubre una (Low Dose Computed Tomography, LDCT) cada 12 meses. **Los miembros elegibles deben cumplir con los siguientes requisitos**: tener entre 50 a 77 años y no tener signos ni síntomas de cáncer de pulmón, pero tener antecedentes como fumadores de tabaco de, al menos, 1 paquete al día durante 20 años y ser fumadores actualmente o haber dejado de fumar en los últimos 15 años y recibir un pedido de parte de un médico o un profesional no médico calificado para realizarse una LDCT durante una consulta para el asesoramiento sobre la prueba de detección de cáncer de pulmón y de la toma de decisiones compartidas que cumplan con los criterios de Medicare para dichas consultas. *Para poder realizarse una prueba de detección de cáncer de pulmón después de una prueba de detección inicial con una LDCT:* los miembros deben recibir un pedido para realizarse una prueba de detección de cáncer de pulmón con una LDCT, que puede proporcionar un médico o profesional no médico calificado durante cualquier consulta apropiada. Si un médico o profesional no médico calificado elige realizar una consulta de asesoramiento y de toma de decisiones compartidas para realizar una prueba de detección de cáncer de pulmón con LDCT posterior, la consulta debe cumplir con los criterios de Medicare.	**Dentro y fuera de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta de asesoramiento y de toma de decisiones compartidas cubierta por Medicare o para la LDCT. Es posible que se apliquen costos compartidos para otros servicios que reciba durante la consulta.
Prueba de detección de depresión	
Cubrimos un examen de detección de depresión por año. La prueba de detección debe realizarse en un establecimiento de atención primaria que pueda brindar remisiones o tratamiento de seguimiento.	**Dentro y fuera de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para consultas anuales de detección de depresión. Es posible que se apliquen costos compartidos para otros servicios que reciba durante la consulta.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Prueba de detección de diabetes	
Cubrimos esta prueba (incluidas pruebas rápidas de glucosa) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), niveles históricos anormales de triglicéridos y colesterol (dislipidemia), obesidad o historial de niveles elevados de azúcar en sangre (glucosa). Los exámenes también pueden ser cubiertos si cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso y tener antecedentes familiares de diabetes. Puede ser elegible para realizarse hasta dos pruebas de detección de diabetes cada 12 meses después de la fecha de su prueba de detección de diabetes más reciente.	**Dentro y fuera de la red** No hay coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare. Es posible que se apliquen costos compartidos para otros servicios que reciba durante la consulta.
Prueba de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y asesoramiento para prevenirlas	
Cubrimos pruebas de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) como clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas de detección están cubiertas para las mujeres embarazadas y para ciertas personas que se encuentran en un mayor riesgo de infecciones por ETS cuando el proveedor de atención primaria las solicita. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertas etapas durante el embarazo. También cubrimos por año hasta 2 sesiones personales muy intensivas de asesoramiento conductual, de 20 a 30 minutos, para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de infecciones por ETS. Solo cubriremos estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo si son brindadas por un proveedor de atención primaria y se realizan en un establecimiento de atención primaria, como en un consultorio del médico.	**Dentro y fuera de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos de pruebas de detección de ITS y el asesoramiento sobre su prevención cubiertos por Medicare. Es posible que se apliquen costos compartidos para otros servicios que reciba durante la consulta.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Prueba de detección de obesidad y tratamiento para fomentar la pérdida de peso continua	
Si usted tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos asesoramiento intensivo para ayudarlo a perder peso. Este asesoramiento está cubierto si usted lo recibe en un establecimiento de atención primaria, donde se puede coordinar con su plan integral de prevención. Para obtener más información, consulte con su médico o profesional de atención primaria.	**Proveedores dentro y fuera de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección y los tratamiento preventivos de obesidad. Es posible que se apliquen costos compartidos para otros servicios que reciba durante la consulta.
Prueba de detección de VIH	
Para personas que solicitan una prueba de detección de VIH o que están en mayor riesgo de infección por el VIH, cubrimos: • Una prueba de detección cada 12 meses Para mujeres embarazadas, cubrimos: • Hasta tres pruebas de detección durante el embarazo	**Dentro y fuera de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros que reúnen los requisitos para los servicios preventivos de detección del VIH cubiertos por Medicare. Es posible que se apliquen costos compartidos para otros servicios que reciba durante la consulta.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Prueba de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol	
Cubrimos una prueba de detección de abuso de alcohol para adultos con Medicare (incluidas mujeres embarazadas) que abusan del alcohol pero que no son dependientes. Si el resultado de la prueba de detección de abuso de alcohol es positivo, usted puede obtener hasta cuatro sesiones breves de asesoramiento personales por año (si demuestra ser competente y estar alerta durante el asesoramiento) brindado por un médico o profesional de atención primaria calificado en un establecimiento de atención primaria.	**Dentro y fuera de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio de pruebas de detección y asesoramiento para reducir el alcoholismo cubiertos por Medicare. Es posible que se apliquen costos compartidos para otros servicios que reciba durante la consulta.
Pruebas de detección de cáncer de próstata	
Para los hombres de 50 años o más, los servicios cubiertos incluyen los siguientes estudios una vez cada 12 meses: • Tacto rectal • Análisis del antígeno prostático específico (Prostate Specific Antigen, PSA)	**Dentro y fuera de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para el análisis del PSA anual ni para el tacto rectal. Es posible que se apliquen costos compartidos para otros servicios que reciba durante la consulta.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos	
Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Radiografías. • Tratamiento de radiación (radio e isótopos) que incluye materiales de los técnicos y suministros. • Suministros quirúrgicos, por ejemplo vendajes. • Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones. • Análisis de laboratorio. • Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa, concentrado de glóbulos rojos (así como también de otros componentes de la sangre) comienza a partir de la primera pinta de sangre que usted necesite. • Otros análisis de diagnóstico para pacientes externos. Quizás deba pagar un costo compartido adicional por servicios recibidos en un entorno ambulatorio, lo que incluye, entre otros, medicamentos de la Parte B y análisis radiológicos. Consulte la sección “Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare” en esta tabla.	**Debe pagar lo siguiente en centros dentro de la red y fuera de la red:** **Radiografías estándares** 20 % de la suma aprobada por Medicare. **Servicios de laboratorio estándares** $0 copago **Procedimientos y pruebas de diagnóstico estándares** 20 % de la suma aprobada por Medicare. Ejemplos de servicios de diagnóstico no radiológicos incluyen, entre otros, electrocardiogramas (ECG), pruebas de función pulmonar, estudios del sueño y pruebas de esfuerzo en la caminadora. **Servicios de sangre** $0 copago **Suministros médicos** $0 copago para elementos que cuestan de $0 a $99 según la suma aprobada por Medicare. 20 % de la suma aprobada por Medicare para elementos que cuestan $100 o más.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos (continuación)	**Procedimientos radiológicos terapéuticos** (como radioterapia, procedimientos Gamma Knife y Cyber Knife) 20 % de la suma aprobada por Medicare. **Procedimientos radiológicos de diagnóstico** (exploraciones especializadas, como tomografía computada [TC], tomografía computarizada por emisión de fotones individuales [SPECT], imagen por resonancia magnética [IRM], angiografía por resonancia magnética [ARM], mielografía, cistografía, ultrasonido y exploración nuclear de diagnóstico) 20 % de la suma aprobada por Medicare.
Regreso al hogar* Regreso al Hogar es un programa que le ayudará con los servicios de apoyo y cuidado personal inmediatamente después del alta del hospital o del centro de atención de enfermería especializada. El programa cubre los siguientes servicios: • Cuidado personal en el hogar: Hasta siete visitas de atención domiciliaria de 4 horas (28 horas en total al año) para asistirlo con las actividades de la vida diaria, como tomar un baño, vestirse, lavar la ropa, cambiar la ropa de cama, realizar tareas domésticas sencillas, relevar a cuidadores, etc.	**Dentro de la red** $0 copago por cada visita. **Fuera de la red** No está cubierto **Se aplican las reglas de autorización previa**

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Regreso al hogar* (continuación) • Coordinación de atención telefónica: Para ayudar con la programación de citas del cuidado de seguimiento y coordinar los servicios de apoyo en el hogar según sea necesario. • Entrega de comidas a domicilio: Hasta 4 semanas (máximo de 84 comidas por año) de comidas entregadas en su domicilio. Estos servicios deben solicitarse dentro de los 7 ías de recibir el alta del hospital o centro de atención de enfermería especializada para que se autorice el beneficio. Este beneficio puede brindarse en forma adicional a los servicios médicos domiciliarios cubiertos por Medicare, pero no reemplaza dichos servicios. *Este beneficio no se aplica al monto máximo que paga de su bolsillo.	
Servicios auditivos	
Las evaluaciones diagnósticas de audición y equilibrio realizadas por su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico están cubiertas como atención médica ambulatoria cuando son realizadas por un médico, un audiólogo u otro proveedor aprobado.	**Dentro y fuera de la red** 20 % del monto aprobado por Medicare para cada visita al consultorio.
Servicios de ambulancia	
Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sea para una situación de emergencia o que no sea de emergencia, incluyen servicios de ambulancia de transporte aéreo de ala fija y rotatoria y terrestre al centro adecuado más cercano que pueda proveer el atención médica solo si se brindan a un miembro cuya afección médica sea tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro la salud de la persona o si están autorizados por el plan. Si los servicios de ambulancia cubiertos no son para una situación de emergencia, debe documentado que la afección del miembro es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro la salud de la persona y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario.	**Dentro y fuera de la red** 20 % del monto aprobado por Medicare para cada traslado. El costo compartido se aplica a cada viaje de ida.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Servicios de ambulancia (continuación) Los servicios de ambulancia de urgencia están cubiertos. Consulte el Sección 3.1 del Capítulo 3 para obtener más información. No se aplicarán copagos a los servicios de transporte programados entre centros que no sean de urgencia como los siguientes: • Desde un hospital de cuidados agudos a otro de cuidados agudos • Desde un hospital de cuidados agudos hacia un centro de atención de enfermería especializada (SNF) • Desde un SNF a un centro médico que proporcione tratamientos o servicios cubiertos que no se encuentren disponibles en el SNF. (Para los fines de este beneficio, no se considera como centros a los consultorios médicos ni a los centros de cuidado de urgencia). Los servicios paramédicos de intercepción están cubiertos en circunstancias limitadas según lo define Medicare.	
Servicios de atención de relevo* Los miembros que tengan una afección debilitante de salud y tengan un cuidador no pago a tiempo completo pueden acceder al beneficio de servicio de cuidado de relevo de VillageHealth. Si usted califica, VillageHealth acordará hasta 40 horas de servicio de cuidado de relevo en el hogar del miembro donde se preste la atención médica primaria. Este servicio debe utilizarse en incrementos de 4 horas. *Este beneficio no se aplica a la suma máxima de su propio bolsillo.	**Dentro de la red** $0 copago por cada visita. **Fuera de la red** No está cubierto **Se aplican las reglas de autorización previa**

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Servicios de hospitalización en un hospital psiquiátrico	
Los servicios cubiertos incluyen servicios de salud mental que requieren hospitalización. Está cubierto por 90 días por período de beneficios. Un período de beneficios comienza el día que ingresa en un hospital o centro de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza cuando no ha recibido atención hospitalaria para pacientes internados (o atención especializada en un SNF) durante 60 días seguidos. Si ingresa en un hospital o en un centro de enfermería especializada después de que finaliza un período de beneficios, comienza un nuevo período de beneficios. No hay límite en el número de períodos de beneficios. Hay un límite de por vida de 190 días para los servicios de hospitalización en un hospital psiquiátrico independiente. El límite de 190 días no se aplica a los servicios de salud mental prestados en una unidad psiquiátrica de un hospital general.	**Dentro y fuera de la red** **Para las estancias de salud mental en régimen de internado, se paga por período de prestación:** $1,632 deducible para cada período de beneficios. Días 1-60: $0 copago por cada período de beneficios. De 61 a 90 días: $408 copago por día para cada período de beneficios. Del día 91 en adelante: $816 de copago por cada día de reserva de por vida luego del día 90 por cada período de beneficios (hasta 60 días a lo largo de su vida). Más allá de los días de reserva de por vida: todos los costos. Estas son los montos de gastos compartidos para 2024 y pueden cambiar para 2025. VillageHealth proporcionará índices actualizados tan pronto como sean publicados. Se aplica un deducible por admisión una vez durante el período de beneficios definido.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Servicios de hospitalización en un hospital psiquiátrico (continuación)	Los beneficios para pacientes internados se basan en la fecha de ingreso. Si lo admiten en un centro de salud mental para pacientes internados en 2025 y no recibe el alta hasta 2026, los copagos de 2025 se aplicarán hasta que no haya recibido ningún tipo de cuidado de internación en un hospital de agudos, un centro de atención de enfermería especializada o cualquier centro de salud mental con internación durante 60 días corridos. **Se aplican normas de autorización previa**

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Servicios de hospitalización parcial y servicios ambulatorios intensivos	
La hospitalización parcial es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo proporcionado como un servicio ambulatorio hospitalario o por un centro de salud mental de la comunidad, que es más intenso que la atención recibida en el consultorio de su médico, terapeuta, terapeuta matrimonial y familiar con licencia (licensed marriage and family therapist, LMFT) o consejero profesional con licencia y es una alternativa a la hospitalización. *El servicio ambulatorio intensivo* es un programa estructurado de tratamiento activo de terapia de salud conductual (mental) proporcionado en un departamento ambulatorio del hospital, un centro de salud mental de la comunidad, un centro de salud de calificación federal o una clínica de salud rural que es más intenso que la atención recibida en el consultorio de su médico, terapeuta, terapeuta matrimonial y familiar con licencia (LMFT) o consejero profesional con licencia, pero menos intenso que la hospitalización parcial. La hospitalización parcial también incluye el tratamiento de dependencia química.	**Dentro y fuera de la red** $0 copago por cada visita de hospitalización parcial.
Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico	
Los servicios cubiertos incluyen: • Atención médica médicamente necesaria o servicios de cirugía proporcionados en el consultorio de un médico, centro quirúrgico ambulatorio certificado, departamento ambulatorio del hospital o cualquier otro centro • Consulta, diagnóstico y tratamiento por un especialista • Exámenes básicos de audición y equilibrio realizados por su PCP, si su médico lo ordena para ver si necesita tratamiento médico • Servicios de telesalud para visitas mensuales relacionadas con la enfermedad renal en etapa terminal para miembros de diálisis domiciliaria en un centro de diálisis renal hospitalario o de acceso crítico, centro de diálisis renal o en el hogar del miembro	**Dentro de la red and Out-of-Network** **Visita al médico de atención primaria** $0 copago por cada visita en el consultorio. **Visita a especialistas** 20 % de la suma aprobada por Medicare para cada visita en el consultorio.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios

Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico (continuación)
• Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un accidente cerebrovascular, independientemente de su ubicación
• Servicios de telesalud para miembros con trastorno por consumo de sustancias o trastorno de salud mental concurrente, independientemente de su ubicación
• Servicios de telesalud para diagnóstico, evaluación y tratamiento de trastornos de salud mental si:
  ◦ Tiene una visita en persona dentro de los 6 meses anteriores a su primera visita de telesalud
  ◦ Tiene una visita en persona cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud
  ◦ Se pueden hacer excepciones a lo anterior para ciertas circunstancias
• Servicios de telesalud para visitas de salud mental proporcionadas por clínicas de salud rural y centro de salud de calificación federal
• Chequeos virtuales (por ejemplo, por teléfono o video chat) con su médico durante 5 a 10 minutos **si**:
  ◦ No es un paciente nuevo **y**
  ◦ el chequeo no está relacionado con una visita al consultorio en los últimos 7 días **y**
  ◦ el chequeo no conduce a una visita al consultorio dentro de las 24 horas o la cita más pronto disponible
• Evaluación del video o imágenes que envía a su médico, e interpretación y seguimiento por parte de su médico dentro de 24 horas **si**:
  ◦ Usted no es un paciente nuevo **y**
  ◦ la evaluación no está relacionada con una visita al consultorio en los últimos 7 días **y**
  ◦ la evaluación no conduce a una visita al consultorio dentro de las 24 horas o la cita más rápida disponible
• Consulta que su médico tiene con otros médicos por teléfono, Internet o registro electrónico de salud
• Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de la cirugía (consulte “Cómo obtener una segunda opinión” más adelante en este capítulo)
• Atención dental no rutinaria (los servicios cubiertos se limitan a cirugía de mandíbula o estructuras relacionadas,	

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico (continuación) configuración de fracturas de la mandíbula o huesos faciales, extracción de dientes para preparar la mandíbula para tratamientos de radiación de la enfermedad de cáncer neoplásico, o servicios que estarían cubiertos cuando los proporciona un médico) • Pruebas de alergia y tratamiento realizados en el consultorio de un médico (la cobertura incluye suero para alergias y servicios de inyección) Se aplicarán pagos de coseguro para los medicamentos inyectables e intravenosos cubiertos por Medicare para pacientes ambulatorios administrados en el ámbito de un consultorio médico. Consulte la sección “Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare” de esta tabla.	
Servicios de podiatría Los servicios cubiertos incluyen: • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (por ejemplo, dedo en martillo o espolones calcáneos) • Atención de rutina de los pies para los miembros que padecen determinadas afecciones médicas que comprometen las extremidades inferiores	**Dentro y fuera de la red** 20 % coseguro para las visitas a un especialista en podología de su grupo médico.
Servicios de quiropráctica Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Solo cubrimos la manipulación de la columna vertebral para corregir subluxaciones	**Dentro y fuera de la red** 20 % del monto aprobado por Medicare para cada visita.
Servicios de rehabilitación cardíaca Programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicios, educación y asesoramiento que están cubiertos para miembros que cumplen con determinadas condiciones con una recomendación del médico. El plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca que son habitualmente más rigurosos o intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.	**Dentro y fuera de la red** 20 % del monto aprobado por Medicare para cada visita al consultorio.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Servicios de rehabilitación para pacientes externos	
Los servicios cubiertos incluyen fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y del lenguaje. Los servicios de rehabilitación para pacientes externos son brindados en varios entornos para pacientes externos, como departamentos ambulatorios de hospitales, consultorios de terapeutas independientes y Centros de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facilities, CORFs).	**Dentro y fuera de la red** **Terapia ocupacional** $0 copago por cada visita al consultorio o a la clínica. **Fisioterapia y/o terapia del habla y del lenguaje** $0 copago por cada visita al consultorio o a la clínica.
Servicios de rehabilitación pulmonar	
Los programas integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para miembros que tengan una enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) moderada o muy grave y una recomendación para rehabilitación pulmonar emitida por el médico a cargo del tratamiento de la enfermedad respiratoria crónica.	**Dentro y fuera de la red** 20 % del monto aprobado por Medicare para cada visita de rehabilitación pulmonar.
Servicios de urgencia	
Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata pero que no es una emergencia se considera un servicio urgentemente necesario si se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan, o incluso si está dentro del área de servicio del plan y dado su tiempo, lugar y circunstancias no es razonable obtener este servicio de los proveedores de la red con los cuales el plan tiene contrato Su plan debe cubrir los servicios urgentemente necesarios y solo cobrarle los costos compartidos dentro de la red. Algunos ejemplos de servicios urgentemente necesarios son enfermedades y lesiones médicas imprevistas o brotes inesperados de afecciones existentes. Sin embargo, las visitas de rutina al proveedor médicamente necesarias, como los chequeos anuales, no se consideran urgentes,	$0 copago por cada consulta.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Servicios de urgencia (continuación) incluso si se encuentra fuera del área de servicio del plan o si la red del plan no está disponible temporalmente. No cubiertos fuera de los Estados Unidos, salvo bajo circunstancias limitadas, según lo definido por Medicare. Se aplicarán pagos de coseguro para los medicamentos inyectables e intravenosos cubiertos por Medicare para pacientes ambulatorios administrados en el ámbito de atención médica urgente. Consulte la sección “Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare” de esta tabla.	
Servicios del programa de tratamiento para opioides Los miembros de nuestro plan con trastorno por uso de opioides (Opioid Use Disorder, OUD) pueden recibir la cobertura de servicios para tratar los OUD a través de un Programa de tratamiento para opioides (Opioid Treatment Program, OTP), que incluye los siguientes servicios: • Medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA) y medicamentos agonistas y antagonistas para tratamiento asistido por medicamentos (Medication-Assisted Treatment, MAT) • Suministro y administración de medicamentos de MAT (si corresponde) • Asesoramiento sobre trastornos por consumo de sustancias • Terapia individual y grupal • Pruebas toxicológicas • Actividades de admisión • Evaluaciones periódicas	**Dentro de la red y fuera de la red** 20 % de la suma aprobada por Medicare.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Servicios dentales (cubiertos por Medicare) En general, los servicios dentales preventivos (como las limpiezas, los exámenes dentales de rutina y las radiografías dentales) no están cubiertos por Original Medicare. Sin embargo, Medicare paga actualmente los servicios dentales en un número limitado de circunstancias, concretamente cuando el servicio forma parte integral del tratamiento específico de la enfermedad primaria del beneficiario. Algunos ejemplos son la reconstrucción de la mandíbula tras una fractura o lesión, las extracciones dentales realizadas como preparación para la radioterapia de un cáncer que afecte a la mandíbula, o los exámenes bucales previos a un trasplante de riñón. Además, cubrimos: • Cirugía bucal médicamente necesaria que no esté relacionada con los dientes y las estructuras de soporte • Cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas • Reducción de fracturas de mandíbula o huesos faciales • Extracción de dientes para preparar la mandíbula para aplicar radioterapia por una enfermedad neoplásica • Servicios dentales pretrasplante cubiertos por Medicare • Tratamiento de malformaciones congénitas, quistes y neoplasias Consulte la sección “Servicios que no cubrimos (exclusiones)” más adelante en este capítulo para obtener información sobre procedimientos dentales adicionales que no están cubiertos.	**Dentro y fuera de la red** 20 % del monto aprobado por Medicare para cada visita al consultorio.
Servicios dentales (de rutina/no cubiertos por Medicare)* Además de los servicios mencionados arriba, VillageHealth ofrece los siguientes servicios dentales de rutina a través de los proveedores dentales contratados por VillageHealth. Los servicios dentales de rutina dentro de la red incluyen: • Examen bucal: hasta 2 visitas todos los años • Limpieza dental: hasta 2 visitas todos los años • Radiografías dentales: hasta 2 visitas todos los años. Las radiografías panorámicas de aleta de mordida tienen un límite de no más de una serie de cuatro placas en cualquier período de seis meses. Las radiografías dentales completas tienen un límite de un conjunto cada 24 meses consecutivos. (Este beneficio se proporciona	**Dentro de la red** $0 de copago por cada visita al consultorio. Consulte el programa de tarifas de DeltaCare® USA para otros copagos de beneficios dentales. **Fuera de la red** No cubierto

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Servicios dentales (de rutina/no cubiertos por Medicare)* (continuación) durante un período superior a un año y, por lo tanto, se lo considera un beneficio plurianual, y VillageHealth puede discontinuarlo o modificarlo de un año al otro sin mantener las obligaciones con respecto al contrato del año anterior). Este beneficio también incluye servicios dentales integrales. Para obtener una descripción completa de este beneficio, incluida cualquier limitación y exclusión adicional, consulte la lista de tarifas de DeltaCare® USA. La ortodoncia no está incluida en este plan de beneficios. Los miembros que no han tenido consultas regulares al dentista (al menos una cada seis meses) o que se les ha diagnosticado enfermedad de las encías pueden necesitar raspado periodontal, alisado radicular o desbridamiento bucal antes de poder proveerles la atención médica de rutina, como una limpieza regular. Es posible que tenga que pagar un costo compartido adicional por estos servicios. *Este beneficio no se aplica al monto máximo de su bolsillo.	
Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (skilled nursing facility, SNF) (Para encontrar una definición de atención en centros de enfermería especializada, consulte el Capítulo 12 de este documento. Los centros de atención de enfermería especializada a veces se denominan SNF). Tiene hasta 100 días cubiertos por período de beneficios. No se requiere una estancia hospitalaria previa. Debe cumplir los criterios de necesidad médica para la atención diaria especializada y recibir dicha atención del, o bajo la supervisión del, personal de terapia o enfermería especializada. El período de beneficios comienza el día que ingresa en el hospital o centro de atención de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza cuando no haya recibido servicios de atención médica para pacientes internados en un hospital (o atención médica especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si ingresa en el hospital o en el centro de atención de enfermería especializada después de que un	**Dentro de la red** Días 1 a 20: $0 copago por cada período de beneficios. Días 21 a 100: $204 copago por día de cada período de beneficios. 101 días en adelante: todos los costos Estas son las sumas de gastos compartidos para 2024 y pueden cambiar para 2025. VillageHealth le proporcionará las tarifas actualizadas tan

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (skilled nursing facility, SNF) (continuación) período de beneficios haya terminado, comenzará un período de beneficios nuevo. No hay límite en cuanto a la cantidad de períodos de beneficios. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario) • Comidas, incluidas dietas especiales • Servicios de enfermería especializada • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Medicamentos administrados como parte del plan de atención (esto incluye sustancias naturalmente presentes en el organismo, como los factores de coagulación de la sangre) • Sangre: incluidos almacenamiento y administración La cobertura de sangre completa y de concentrado de glóbulos rojos (así como también de otros componentes de la sangre) comienza a partir de la primera pinta de sangre que usted necesite. • Suministros médicos y quirúrgicos que habitualmente proveen los SNF • Pruebas de laboratorio que habitualmente proveen los SNF • y otros servicios de radiología que habitualmente proveen los SNF • Uso de aparatos, como sillas de ruedas, que habitualmente proveen los SNF • Servicios de médicos o proveedores médicos Generalmente, obtendrá la atención de los SNF en los centros de la red. No obstante, en determinadas condiciones que se	pronto como se publicadas. **Se aplican las reglas de autorización previa** **Fuera de la red** No cubierto. Sus beneficios de centros de atención de enfermería especializada se basan en la fecha de internación. Si ingresa en un centro de atención de enfermería especializada en 2025 y no le dan el alta hasta 2026, se aplicarán los copagos de 2025 hasta no haber recibido ningún tipo de atención para pacientes internados en un hospital de agudos, un SNF o un centro de salud mental para pacientes internados por 60 días seguidos.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (skilled nursing facility, SNF) (continuación) detallan más abajo, es posible que pueda pagar el gastos compartidos dentro de la red por un centro que no sea proveedor de la red si dicho centro acepta las sumas de pago de nuestro plan. • Un centro de convalecencia o una comunidad de atención continua para los jubilados donde estaba viviendo justo antes de ir al hospital (siempre que brinde los servicios de un centro de atención de enfermería especializada). • Un SNF donde su cónyuge esté viviendo en el momento en que usted se retire del hospital.	
Servicios hospitalarios para pacientes externos Cubrimos servicios médicamente necesarios que se le hayan brindado en el departamento para pacientes ambulatorios de un hospital para diagnóstico y tratamiento de una enfermedad o lesión. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Servicios en un departamento de emergencias o en una clínica ambulatoria, como servicios de observación o cirugía ambulatoria	**Servicios de emergencia** Consulte la sección “Atención de emergencia” de este cuadro. **Servicios de observación** Consulte las secciones “Atención de emergencia” o “Cirugía ambulatoria, incluidos los servicios prestados en centros ambulatorios hospitalarios y centros quirúrgicos ambulatorios” de este cuadro. **Cirugía ambulatoria** Consulte la sección “Cirugía ambulatoria, incluidos los servicios prestados en centros hospitalarios ambulatorios y centros de

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Servicios hospitalarios para pacientes externos (continuación)	cirugía ambulatoria" de este cuadro.
• Pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital • Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital • Suministros médicos como férulas y yesos	**Pruebas de laboratorio y de diagnóstico, radiografías, servicios radiológicos y suministros médicos** Consulte la sección "Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios" de este cuadro.
• Atención de la salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que se requeriría tratamiento como paciente internado sin ella	**Atención de salud mental y hospitalización parcial** Consulte las secciones "Atención de salud mental para pacientes ambulatorios" y "Servicios de hospitalización parcial" de este cuadro.
• Atención por dependencia química, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que se requeriría tratamiento como paciente internado sin ella	**Atención a la dependencia química** Consulte la sección "Servicios de abuso de sustancias para pacientes ambulatorios" de este cuadro.
• Ciertos medicamentos y productos biológicos que no puede autoadministrarse **Nota:** A menos que el proveedor haya dejado por escrito una orden de admisión como paciente internado, usted es un paciente externo y paga los montos de gastos compartidos por servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un "paciente externo". Si no está	**Medicamentos y productos biológicos que usted no puede administrarse a sí mismo** Consulte la sección "Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare" de este cuadro.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Servicios hospitalarios para pacientes externos (continuación) seguro de si es un paciente externo, consulte con el personal del hospital. También puede encontrar más información en la hoja informativa de Medicare llamada *¿Está usted internado o es un paciente externo? Si tiene Medicare, ¡consulte!* Esta hoja informativa está disponible en la Web en https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Usted puede llamar a estos números en forma gratuita, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.	
Servicios para dejar de fumar y consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco) Si consume tabaco, pero no tiene signos o síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco: cubrimos dos tentativas de orientación para dejarlo dentro de un período de 12 meses como un servicio preventivo sin costo para usted. Cada tentativa de orientación incluye hasta cuatro consultas personales. Si consume tabaco y se le ha diagnosticado una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando algún medicamento que puede resultar afectado por el tabaco: cubrimos servicios de asesoramiento para abandonar el hábito. Cubrimos dos tentativas de orientación para dejarlo, dentro de un período de 12 meses; no obstante, usted pagará los gastos compartidos aplicable. Cada tentativa de orientación incluye hasta cuatro consultas personales.	**Dentro y fuera de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio de pruebas de detección y asesoramiento para reducir el alcoholismo cubiertos por Medicare. Es posible que se apliquen costos compartidos para otros servicios que reciba durante la consulta.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Servicios para tratar enfermedades renales	
Los servicios cubiertos incluyen: • Servicios educativos sobre la enfermedad renal para enseñar sobre el cuidado del riñón y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas sobre su atención médica. Para los miembros con enfermedad renal crónica en etapa IV cuando reciben la recomendación del médico, cubrimos hasta seis sesiones de los servicios educativos sobre la enfermedad renal de por vida • Tratamientos de diálisis para pacientes externos (incluso tratamientos de diálisis cuando está transitoriamente fuera del área de servicio, tal como se explica en el Capítulo 3) • Tratamientos de diálisis para pacientes internados (si se lo ingresa al hospital para recibir atención especial) • Entrenamiento para autodiálisis (incluye entrenamiento para usted y para cualquier otra persona que lo ayude con los tratamientos de diálisis en el hogar) • Equipamiento y suministros de diálisis para el hogar • Ciertos servicios de apoyo a domicilio (como por ejemplo, si es necesario, recibir visitas por parte de trabajadores capacitados y especializados en diálisis para verificar cómo va con la autodiálisis en su casa, para ayudar en casos de emergencia y para revisar su equipo para diálisis y el suministro de agua) Ciertos medicamentos para diálisis se contemplan en el beneficio de cobertura de la Parte B de Medicare. Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte B, consulte la sección **Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare**. La diálisis de rutina no está cubierta fuera de Estados Unidos y sus territorios.	**Dentro y fuera de la red** **Servicios de educación sobre enfermedades renales** 20 % del monto aprobado por Medicare. **Servicios de diálisis** 20 % del monto aprobado por Medicare para cada tratamiento de diálisis cubierto por Medicare. La diálisis recibida como paciente hospitalizado estará cubierta por su beneficio para pacientes hospitalizados.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Servicios por trastornos por uso de sustancias tóxicas para pacientes externos Usted está cubierto para recibir servicios para tratar la dependencia química en un ámbito ambulatorio (terapia grupal o individual).	**Dentro y fuera de la red** 20 % de la suma aprobada por Medicare por cada consulta de terapia grupal o individual.
Sistema personal de auxilio para emergencias (PERS)* Una unidad electrónica domiciliaria o collar disponible para miembros que cumplen determinados criterios. **Contacte a Servicios para Miembros para obtener más detalles (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este documento).** *Este beneficio no se aplica al monto máximo que paga de su bolsillo.	**Dentro de la red** $0 copago **Fuera de la red** No cubiertos
Terapia médica nutricional Este beneficio es para las personas con diabetes, enfermedad renal (del riñón) (pero no con tratamiento de diálisis) o después de un trasplante con una remisión del médico. Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento individual durante el primer año que recibe los servicios de terapia nutricional clínica en virtud de Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier plan Medicare Advantage u Original Medicare) y 2 horas cada año, después de este. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambia, puede recibir más horas de tratamiento con la recomendación de un médico. El médico debe recetar estos servicios y renovar la recomendación todos los años si hay que continuar el tratamiento en el siguiente año calendario.	**Dentro y fuera de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros que reúnen los requisitos para los servicios de terapia nutricional clínica cubiertos por Medicare. Es posible que se apliquen costos compartidos para otros servicios que reciba durante la consulta.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Transporte (Rutinario)*	
El transporte de rutina se provee en taxi o en una furgoneta equipada para llevar silla de ruedas o camilla para servicios médicos calificados que no sean de emergencia. Esto no incluye transporte en ambulancia. Consulte la sección “Servicios de ambulancia” que se encuentra antes en esta tabla. Todos los servicios de transporte, incluidos los vehículos equipados para llevar silla de ruedas y camilla, deben cumplir con los criterios del plan. Cada viaje de ida no debe superar las 75 millas. Se requiere autorización previa para viajes de más de 50 millas. Los traslados deben cancelarse si ya no necesita el transporte. Si no se cancela antes de que se haya enviado el conductor, el traslado tendrá validez y se deducirá del límite anual de traslados del miembro. La organización del transporte se debe realizar con al menos 24 horas de anticipación (sin incluir los fines de semana) para un vehículo de pasajeros y con al menos 48 horas de anticipación (sin incluir los fines de semana) para el servicio de silla de ruedas y 72 horas para el servicio de camilla. Llame al Departamento de Transporte de VillageHealth al 1-844-714-2218 para programar un traslado. Este beneficio no incluye viajes a destinos no médicos, como supermercados, gimnasios y centros para personas mayores. **Consulte “Información importante sobre el beneficio de transporte de rutina”** al final de esta sección para obtener una descripción detallada del beneficio de transporte de rutina. *Este beneficio no se aplica al monto máximo de su bolsillo.	**Dentro de la red** $0 copago por cada viaje de ida. Tiene cobertura de hasta 50 viajes de ida por año (límite de hasta 75 millas en cada dirección) cuando utilice los proveedores de transporte contratados por VillageHealthy cuando se traslade para visitar a proveedores y centros médicos que califiquen. **Fuera de la red** Sin cobertura

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Tratamiento con ejercicios supervisados (Supervised Exercise Therapy, SET)	
El tratamiento con ejercicios supervisados (Supervised Exercise Therapy, SET) está cubierto para los miembros que tienen enfermedad arterial periférica (peripheral artery disease, PAD) sintomática y una remisión para PAD del médico responsable del tratamiento de la PAD. Se cubren hasta 36 sesiones en un período de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa de SET. El programa de SET debe cumplir con lo siguiente: • Consistir en sesiones que duren entre 30 a 60 minutos y que consten de un programa de kinesioterapia para PAD en pacientes con claudicación. • Llevarse a cabo en un entorno hospitalario para pacientes externos o en el consultorio de un médico. • Proporcionarse por el personal auxiliar calificado necesario para garantizar que los beneficios superen a los daños, y que esté capacitado en kinesioterapia para la PAD. • Estar bajo la supervisión directa de un médico, asistente médico, enfermero practicante o especialista en enfermería clínica, que debe estar capacitado en reanimación cardiopulmonar básica y avanzada. El SET podría cubrirse por 36 sesiones adicionales en un período de tiempo extendido, más allá de las 36 sesiones en 12 semanas, si un proveedor de atención médica considera que es médicamente necesario.	**Dentro y fuera de la red** 20 % del monto aprobado por Medicare para cada visita al consultorio.
Tratamientos de infusión a domicilio	
Los tratamientos de infusión en el hogar abarcan la administración por vía intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a una persona en su hogar. Los componentes necesarios para realizar un tratamiento de infusión en el hogar incluyen el medicamento (por ejemplo, antivíricos, inmunoglobulina), equipos (por ejemplo, una bomba) y suministros (por ejemplo, tubos y catéteres).	**Dentro y fuera de la red** **Usted paga lo siguiente por visita:** **Servicios profesionales de terapia de infusión a domicilio, incluidos los servicios de formación y educación y de supervisión** $0 copago

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Tratamientos de infusión a domicilio (continuación) Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios profesionales, incluidos los centros de atención de enfermería, brindados de acuerdo con el plan de atención médica • Capacitación y educación del paciente no cubiertas por el beneficio de equipo médico duradero • Monitoreo remoto • Servicios de monitoreo para la prestación de tratamientos de infusión en el hogar y suministro de medicamentos para infusión en el hogar brindados por un proveedor calificado de tratamientos de infusión en el hogar Los componentes necesarios para realizar la infusión en el hogar, como el medicamento para la infusión, el equipo y los suministros, están cubiertos por el beneficio de DME.	**Equipo médico duradero** Consulte la sección “Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados” de este capítulo para conocer el importe del gasto compartido. Para conocer el gasto compartido de los medicamentos de infusión utilizados con el equipo médico duradero, consulte la sección ‘Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare’ de este capítulo.
Visita anual de bienestar Si ha tenido la Parte B por más de 12 meses, puede tener una consulta anual de bienestar para establecer o actualizar un plan de prevención personalizado basado en los factores de riesgo y salud actuales. Está cubierta una vez cada 12 meses. **Nota:** Su primera consulta preventiva anual no puede realizarse dentro de los 12 meses de su consulta preventiva *Bienvenido a Medicare*. Sin embargo, no necesita haber realizado una consulta de *Bienvenido a Medicare* para tener cobertura para las consultas preventivas anuales después de haber tenido la Parte B por 12 meses.	**Dentro y fuera de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para consultas anuales de bienestar. Es posible que se apliquen costos compartidos para otros servicios que reciba durante la consulta.

Información importante acerca del beneficio de transporte de rutina

El servicio de transporte de rutina de VillageHealth es un beneficio complementario que no está cubierto por Original Medicare. El propósito principal del transporte de rutina es proveer transporte que no sea de emergencia para servicios médicamente necesarios. Cada viaje de ida no debe superar las 75 millas.

Información importante:

- Los servicios de transporte de rutina no tienen costo con este beneficio.
- Las reservas se deben realizar con al menos 24 horas de anticipación (sin incluir los fines de semana) para un vehículo de pasajeros y con al menos 48 horas de anticipación (sin incluir los fines de semana) para servicio con silla de ruedas y camilla.
- Servicio de ida y vuelta: El conductor se encontrará con el pasajero en la vereda de su domicilio o en otro lugar para el traslado. Este es el servicio que se presta normalmente a menos que se solicite otro tipo de servicio.
- Servicio puerta a puerta: El conductor irá hasta la puerta de su domicilio u otro lugar para brindarle asistencia limitada hasta el vehículo. Este servicio se debe solicitar al menos 72 horas antes de la reserva (sin incluir fines de semana). Se aplicará el criterio médico.
- Órdenes permanentes: Se pueden programar para citas recurrentes en el mismo horario y lugar cada semana.
- Los traslados “reservados” se pueden organizar cuando se debe acudir a citas que pueden llevar más tiempo del esperado. Los miembros pueden llamar VillageHealth al Departamento de Transporte de SCAN al 1-844-714-2218 cuando estén listos para ser recogidos en lugar de programar un horario específico para traerlos de regreso. Es posible que el conductor tarde hasta una hora en llegar después de que usted llame.
- Traslados compartidos - Los conductores pueden llevar a otros pasajeros en el vehículo con destinos alternativos durante su traslado.
- Un acompañante puede estar con un miembro de VillageHealth durante el traslado, pero este servicio debe solicitarse al realizar la reserva. El acompañante debe ser mayor de 18 años.
- Si el conductor no llega en 10 minutos, deberá llamar al Transporte de VillageHealth al 1-844-714-2218 para que le envíen a otro conductor. Se le dará otro horario de recogida.
- Los conductores son las únicas personas autorizadas para llevar pasajeros al destino original solicitado cuando se hizo la reserva.
- Los conductores de servicio de vehículo privado (Lyft o Uber) pueden realizar el transporte de rutina. Si no le gusta esta forma de transporte, debe indicarlo cuando se realiza la reserva.
- Los traslados se deben cancelar si el transporte ya no es necesario. Si el traslado no se cancela antes de que se envíe el conductor, el traslado se aplicará al límite anual de traslados del miembro y se deducirá de este.

Lo que NO está cubierto (exclusiones):

- Traslados a destinos que superan el límite de 75 millas de traslado de ida.
- Traslados que exceden su límite de traslados anual del plan de VillageHealth.
- Traslados a destinos no médicos, como supermercados, gimnasios y centros para adultos mayores.
- Traslados para visitas a proveedores y a centros médicos que no tienen cubierto con VillageHealth, como los centros de Asuntos de veteranos (VA).
- Equipos o vehículos especializados utilizados para transportar miembros que excedan lo que los proveedores que tienen contrato con VillageHealth pueden proveer.
- Servicio puerta a puerta en edificios donde no haya un ascensor que funcione.
- Asistencia “más allá de la puerta” o dentro del domicilio del miembro.
- No se ofrece reembolso por transporte organizado por el miembro. Todo el transporte debe ser proporcionado por proveedores contratados por SCAN.

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

Sección 3.1 Servicios que *no* cubrimos (exclusiones)

Esta sección le informa qué servicios están excluidos de la cobertura de Medicare y, por lo tanto, no cubre el plan.

En la siguiente tabla se enumeran los servicios y artículos que no están cubiertos bajo ninguna condición o que solo están cubiertos en condiciones específicas.

Si recibe servicios excluidos (no cubiertos), deberá pagarlos usted mismo, salvo en las condiciones específicas que se indican a continuación. Incluso si recibe los servicios excluidos en una sala de emergencia, los servicios excluidos siguen sin estar cubiertos y el plan no los pagará. La única excepción es si se presenta una apelación y se toma una decisión con respecto a un servicio tras una apelación por un servicio médico que deberíamos haber pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hayamos tomado de no cubrir un servicio médico, consulte Capítulo 9, Sección 5.3 en este documento).

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubiertos solo en situaciones específicas
Accesorios opcionales o adicionales a equipos médicos duraderos, aparatos correctivos o prótesis que son	**No cubiertos en ninguna situación**	

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubiertos solo en situaciones específicas
principalmente para la comodidad o conveniencia del miembro o para su uso principalmente en la comunidad, incluidas la remodelación del hogar y la modificación del vehículo		
Acupuntura		• Disponible para personas con dolor lumbar crónico en determinadas circunstancias.
Andadores de rodilla	**No cubiertos en ninguna situación**	
Artículos adquiridos por el miembro en línea o en un establecimiento minorista sin autorización previa.	**No cubiertos en ninguna situación**	
Artículos de equipos médicos duraderos que no cumplen principalmente un propósito médico y que no son razonables y necesarios para tratar una enfermedad o lesión. (Consulte Sección 2.1 “Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados” en este capítulo).		El equipo médico duradero adicional está cubierto en Medi-Cal (Medicaid) si cumple los criterios de nivel de atención del centro de enfermería estatal.
Artículos para incontinencia		Los suministros para la incontinencia no están cubiertos por Original Medicare. Sin embargo, los suministros para la incontinencia pueden estar disponibles a través del beneficio de pedido por correo OTC.
Atención de enfermería de tiempo completo en su hogar.	**No cubierto bajo y condición**	

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubiertos solo en situaciones específicas
Atención quiropráctica de rutina		• Se cubre la manipulación manual de la columna para corregir una subluxación.
Biorretroalimentación		A menos que sea médicamente necesario según las pautas de Medicare y que lo autorice un médico del plan, el director médico del plan (o una persona asignada) o SCAN Health Plan.
Cargos cobrados por la atención por sus familiares inmediatos o miembros de su hogar	**No cubierto bajo y condición**	
Cirugía o procedimientos cosméticos		• Se cubren en casos de lesión accidental o para mejorar el funcionamiento de un miembro deformado. • Se cubren todas las etapas de reconstrucción de mama después de una mastectomía, así como también la de la mama no afectada para producir una apariencia simétrica.
Cualquier servicio o material proporcionado por otro plan médico o de la vista o por un proveedor no contratado	**No cubiertos en ninguna situación**	
Cuidado asistencial El cuidado asistencial es aquel cuidado personal que no requiere la atención continua de personal médico o paramédico capacitado; por ejemplo, ayuda con las actividades de la vida cotidiana, como bañarse o vestirse.	**No cubierto bajo y condición**	

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubiertos solo en situaciones específicas
Cuidado de rutina de los pies.		• Se brinda cierta cobertura limitada conforme a las pautas de Medicare (por ejemplo, si usted tiene diabetes).
Dispositivos de apoyo para los pies		Calzado ortopédico o terapéutico para personas con enfermedad del pie diabético
Exámenes auditivos de rutina, audífonos o exámenes para colocar audífonos.	**No cubierto bajo y condición**	
Férulas dentales, prótesis dentales o cualquier tratamiento dental para los dientes, las encías o la mandíbula, o tratamiento dental relacionado con el síndrome de la articulación temporomandibular (TMJ)	**No cubiertos en ninguna situación**	
Habitación privada en el hospital.		• Solo se cubre cuando es médicamente necesario.
Los servicios por afecciones cubiertos por la indemnización al trabajador	**No cubiertos en ninguna situación**	
Marihuana medicinal	**No cubiertos en ninguna situación**	
Medicina alternativa complementaria (CAM) o medicina no convencional. Por ejemplo, la homeopatía, el yoga, la polaridad, las terapias de contacto curativo y el bioelectro-magnetismo, entre otras		A menos que sea médicamente necesario según las pautas de Medicare y que lo autorice un médico del plan, el director médico del plan (o una persona asignada) o SCAN Health Plan.

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubiertos solo en situaciones específicas
Objetos personales en su habitación del hospital o centro de atención de enfermería especializada, por ejemplo un teléfono o televisor.	**No cubierto bajo y condición**	
Pelucas (cualquier tipo y sus cuidados)	**No cubiertos en ninguna situación**	
Procedimientos, equipos y medicamentos médicos y quirúrgicos experimentales. Los productos y los procedimientos experimentales son aquellos determinados por Original Medicare que, generalmente, no son aceptados por la comunidad médica.		• Original Medicare puede cubrirlos en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o su plan. (Para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica, consulte la la Sección 5 del Capítulo 3).
Queratotomía radial, cirugía LASIK y otras ayudas para la baja visión.	**No cubiertos en ninguna situación**	
Reversión de procedimientos de esterilización o suministros anticonceptivos no recetados.	**No cubierto bajo y condición**	
Servicios anticipados recibidos fuera del área		Excepto la diálisis dentro de los Estados Unidos.
Servicios considerados no razonables y necesarios según las normas de Original Medicare	**No cubierto bajo y condición**	
Servicios de tratamiento residencial para el abuso de sustancias	**No cubiertos en ninguna situación**	
Servicios de un naturoterapeuta (emplean tratamientos naturales o alternativos).	**No cubierto bajo y condición**	

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubiertos solo en situaciones específicas
Servicios médicos y hospitalarios de un donante de trasplante cuando el receptor de un trasplante de órganos no es un miembro de VillageHealth	**No cubiertos en ninguna situación**	
Servicios prestados en centros de Asuntos de Veteranos (VA)		Los servicios de la sala de emergencias están cubiertos si son médicamente necesarios. (Consulte Atención de emergencia antes en este capítulo).
Servicios prestados en un centro del gobierno local, estatal o federal		Excepto cuando el pago en virtud del plan sea expresamente exigido por la ley federal o estatal o esté de acuerdo con las pautas de Medicare
Servicios prestados por encima de los límites de visitas o los máximos de beneficios	**No están cubiertas bajo ninguna condición**	
Servicios y/o materiales de la vista que tengan principalmente fines estéticos, lo que incluye, entre otros, lentes bifocales o trifocales mixtas (sin línea), lentes fotocromáticas, lentes tintadas, lentes progresivas o multifocales, el recubrimiento o laminado de la lente o las lentes, lentes UV (ultravioleta), lentes de policarbonato/índice alto, recubrimiento antirreflectante, recubrimiento resistente a los arañazos, pulido de bordes y otros procesos cosméticos, lentes de contacto no estándar o electivas y lentes planas (sin prescripción)	**No están cubiertas bajo ninguna condición**	

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubiertos solo en situaciones específicas
Servicios y tratamientos previamente programados o planificados para cualquier condición conocida y/o procedimientos electivos recibidos mientras se encuentra fuera del área de servicio.	**No cubiertos en ninguna situación**	
Suplementos nutricionales o fórmulas que se administran por vía oral		A menos que lo autorice un médico del plan, el director médico del plan (o una persona asignada) o SCAN Health Plan.
Terapia de mantenimiento		A menos que sea médicamente necesario según las pautas de Medicare y que lo autorice un médico del plan, el director médico del plan (o una persona asignada) o SCAN Health Plan.
Traslado en ambulancia para casos que no sean de emergencia		A menos que sea médicamente necesario según las pautas de Medicare y que lo autorice un médico del plan, el director médico del plan (o una persona asignada) o SCAN Health Plan.
Trasplantes de órganos no cubiertos por Medicare	**No cubiertos en ninguna situación**	
Tratamiento de afecciones derivadas de actos de guerra (declaradas o no) o de un acto de guerra que se produzca después de la fecha de entrada en vigor de su cobertura actual de las prestaciones del seguro hospitalario o de las prestaciones del seguro médico complementario	**No están cubiertas bajo ninguna condición**	
Tratamiento quirúrgico para la obesidad mórbida		A menos que sea médicamente necesario de acuerdo con las pautas de Medicare y autorizado

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubiertos solo en situaciones específicas
		por su médico o director médico del plan (o persona designada) o SCAN Health Plan.
Vacunas no cubiertas por Medicare. (Vea “Vacunas” en este capítulo).	**No cubiertos en ninguna situación**	
Zapatos ortopédicos o dispositivos de apoyo para los pies		• Si los zapatos forman parte de un soporte de pierna y están incluidos en el costo del soporte de pierna. Zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con enfermedad de pie diabético.

SECCIÓN 4 Anexo

Limitaciones del plan

VillageHealth plan tiene limitaciones para los siguientes elementos, procedimientos, beneficios, servicios, medicamentos, suministros y equipos:

- VillageHealth cubre todos los servicios médicos que sean médicamente necesarios, que estén cubiertos por Medicare, y que se obtengan de manera compatible con las normas del plan. Usted es responsable del pago total de los servicios no cubiertos por nuestro plan, o que se obtuvieron fuera de la red de manera no autorizada.
- Los proveedores del plan pueden plantear terapias alternativas que probablemente no tengan cobertura de Medicare o VillageHealth. No todas las terapias alternativas planteadas pueden ser médicamente necesarias. Todos los tratamientos requieren una autorización previa. Llame al Servicios para Miembros al número telefónico mencionado en el Capítulo 2.
- Los miembros son totalmente responsables de todos los gastos compartidos correspondientes como se menciona en el Capítulo 4. Los gastos compartidos no son negociables.

CAPÍTULO 5:

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

SECCIÓN 1 Introducción

En este capítulo se **explican las normas para utilizar la cobertura para los medicamentos de la Parte D.** Consulte en el Capítulo 4 para conocer los beneficios de medicamentos de la parte B de Medicare y los beneficios de medicamentos para enfermos terminales.

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

En general, el plan cubrirá los medicamentos siempre que cumpla las siguientes reglas básicas:

- Debe tener un proveedor (un médico, dentista u otro prescriptor) que le haga una receta que debe ser válida según la ley estatal aplicable.
- El prescriptor no debe figurar en las listas de exclusión o preclusión de Medicare.
- En general, debe acudir a una farmacia de la red para surtir su receta. (Consulte la sección 2, en este capítulo. *O puede surtir su receta a través del servicio de pedido por correo del plan*.)
- Su medicamento debe estar en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan (nosotros la denominamos Lista de medicamentos para abreviarla). (Consulte la Sección 3 en este capítulo.)
- Su medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. Una indicación médicamente aceptada es un uso del medicamento que está aprobado por la FDA o avalado por ciertas referencias. (Para obtener más información sobre cómo obtener una indicación médicamente aceptada, consulte la Sección 3 en este capítulo.)
- Su medicamento puede requerir aprobación antes de que lo cubramos. (Consulte la Sección 4 en este capítulo para obtener más información sobre las restricciones en su cobertura).

SECCIÓN 2 Obtenga sus medicamentos con receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan

Sección 2.1 Adquiéralos en una farmacia de la red

En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta están cubiertos *solo* si los obtiene en las farmacias de la red del plan. (Para obtener más información sobre cuándo cubriríamos los medicamentos con receta que obtiene en farmacias fuera de la red, consulte la Sección 2.5).

Una farmacia de la red es aquella que ha celebrado un contrato con el plan para proporcionar los medicamentos con receta cubiertos. El término medicamentos cubiertos significa todos los medicamentos con receta de la Parte D que están en la Lista de medicamentos del plan.

Sección 2.2 Farmacias de la red

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

Para encontrar una farmacia de la red, puede buscar en el *Directorio de proveedores y farmacias*, visite nuestro sitio web (www.villagehealthca.com), y/o llamar a Servicios para Miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este documento).

Puede ir a cualquiera de las farmacias de la red. Algunas de las farmacias de la red ofrecen gastos compartidos preferido, que puede ser más bajo que el gastos compartidos en una farmacia que ofrece gastos compartidos estándar. El *Directorio de proveedores y farmacias* le indicará las farmacias de la red que ofrecen gastos compartidos preferido. Para obtener más información sobre si los gastos que paga de su bolsillo podrían ser distintos para diferentes medicamentos comuníquese con nosotros.

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

Si la farmacia que estaba usando deja de formar parte de la red del plan, deberá buscar una nueva farmacia dentro de la red. O si la farmacia de la que usted es cliente permanece en la red, pero ya no ofrece un gastos compartidos preferido, tal vez desee cambiar a una red diferente o farmacia preferida, si se encuentra disponible. Para encontrar otra farmacia en su área, puede obtener ayuda a través de Servicios para Miembros o buscar en el *Directorio de proveedores y farmacias*. También puede encontrar información en nuestro sitio web en www.villagehealthca.com.

¿Y si necesita una farmacia especializada?

Algunos medicamentos con receta deben obtenerse en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen lo siguiente:

- Farmacias que proveen medicamentos para tratamientos de infusión en el hogar.
- Farmacias que proveen medicamentos para las personas que residen en un centro de atención a largo plazo (Long Term Care, LTC) Generalmente, un centro de LTC (como un asilo de ancianos) tiene su propia farmacia. Si tiene dificultad para acceder a sus beneficios de la Parte D en un centro de LTC, comuníquese con Servicios para Miembros.
- Farmacias que brinden servicios al Programa de salud para la población india estadounidense urbana o tribal, del Servicio de Salud para la Población India Estadounidense (no está disponible en Puerto Rico). Salvo en caso de emergencia, solo los indios estadounidenses o los nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias dentro de la red.
- Farmacias que proveen medicamentos que están limitados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) para ciertos lugares o que requieren un manejo especial, la coordinación del proveedor o el aprendizaje sobre su uso. Para encontrar una farmacia especializada, busque en el *Directorio de proveedores y farmacias* www.villagehealthca.com o llame al Servicios para Miembros.

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

El servicio de pedido por correo del plan requiere permite que solicite **hasta un 100 suministro de días**.

Nuestra red de farmacias incluye farmacias de pedido por correo que ofrecen gasto compartido estándar y gasto compartido preferido. Puede recibir sus medicamentos con receta cubiertos en cualquier farmacia de la red de pedido por correo y es posible que los costos sean menores en la farmacia de pedido por correo con gasto compartido preferido.

Para obtener formularios de pedido e información sobre cómo obtener sus medicamentos con receta por correo llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este documento).

Por lo general, el pedido a la farmacia será entregado el servicio de pedido por correo le llegará en 14 días como máximo. Si su prescripción médica tarda más de 14 días en procesarse, puede comunicarse con Servicios para Miembros para que aprueben una renovación en una farmacia local. Aplicarán copagos de las farmacias minoristas.

Nuevas recetas que la farmacia recibe directamente del consultorio de su médico. La farmacia surtirá y entregará automáticamente las recetas nuevas de los medicamentos que reciba de los proveedores de atención médica, sin verificar con usted primero, si:

- Utilizó los servicios de pedido por correo con este plan en el pasado o
- Se inscribió para la entrega automática de todas las recetas nuevas recibidas directamente de los proveedores de atención médica. Puede solicitar la entrega automática de todas las recetas nuevas en cualquier momento Llame al 1-866-553-4125, durante las 24 horas, los 7 ías de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Si nunca utilizó los servicios de pedido por correo de este plan, la farmacia lo contactará para confirmar su orden antes de enviarla cuando un proveedor de atención médica ingrese su primera receta médica directamente a la farmacia. Asegúrese de hacerle saber a la farmacia sus medios de contacto más usados llamando al 1-866-553-4125, durante las 24 horas, los 7 ías de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Si recibe un medicamento con receta automáticamente por correo que no desea, y no se comunicaron con usted para saber si la quería antes de que sea enviado, puede ser elegible para un reembolso.

Si utilizó el pedido por correo en el pasado y no desea que la farmacia surta automáticamente y envíe cada receta nueva, comuníquese con nosotros Llame al 1-866-553-4125, durante las 24 horas, los 7 ías de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Si usted nunca ha utilizado nuestro servicio de entrega de pedidos por correo y/o si decide interrumpir el surtido automático de nuevas recetas, la farmacia se pondrá en

contacto con usted cada vez que reciba una nueva receta de un proveedor de atención médica para ver si desea que el medicamento sea surtido y sea enviado inmediatamente. Es importante que usted responda cada vez que la farmacia lo contacte para informarles si enviar, retrasar o cancelar la nueva receta.

Para cancelar su inscripción en los envíos automáticos de nuevas recetas recibidas directamente del consultorio del proveedor de atención médica, comuníquese con nosotros Llame al 1-866-553-4125, durante las 24 horas, los 7 ías de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Renovaciones de medicamentos de pedido por correo con receta. Para la reposición de los medicamentos, existe la opción de inscribirse en un programa de reposición automática. En este programa, comenzaremos a procesar su siguiente resurtido automáticamente cuando nuestros registros muestren que se está por quedar sin el medicamento. La farmacia se comunicará con usted antes del envío de cada resurtido para asegurarse de que necesite más medicamento. Usted puede cancelar los resurtidos si tiene suficiente medicamento o si el medicamento ha cambiado.

Si decide no utilizar el programa de reposición automática pero desea que la farmacia de pedido por correo le envíe la receta, póngase en contacto con la farmacia 14 días antes del vencimiento de la receta actual. De este modo, se asegurará de que el pedido se envíe a tiempo.

Para no ser parte del programa que prepara automáticamente resurtidos de pedido por correo, póngase en contacto con nosotros a través de Llame al 1-866-553-4125, durante las 24 horas, los 7 ías de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Si recibe automáticamente por correo un resurtido que no desea, puede solicitar un reembolso.

Sección 2.4 Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo

Cuando obtiene un suministro de medicamentos a largo plazo, sus gastos compartidos pueden ser menores. El plan ofrece dos formas de obtener un suministro a largo plazo (también denominado suministro extendido) de medicamentos de mantenimiento en la Lista de medicamentos del plan. (Los medicamentos de mantenimiento son aquellos que toma con regularidad para una afección crónica o a largo plazo).

1. Algunas farmacias minoristas de la red le permitirán obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. En su *Directorio de proveedores y farmacias* (www.villagehealthca.com) se detallan las farmacias de la red que proporcionan suministros a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar a Servicios para Miembros para obtener más información.
2. Asimismo, puede recibir medicamentos de mantenimiento a través de nuestro programa de pedido por correo. Consulte en la Sección 2.3 para obtener más información.

Sección 2.5 Cuándo utilizar una farmacia que no está dentro de la red del plan

En determinadas circunstancias, su medicamento con receta puede estar cubierto

Por lo general, cubrimos los medicamentos que se obtienen en una farmacia fuera de la red *solo* si no puede utilizar una farmacia de la red. Para ayudarle, contamos con farmacias de la red fuera del área de servicio, en las que puede obtener los medicamentos con receta como miembro de nuestro plan. **Primero consulte con Servicios para Miembros** para comprobar si existe alguna farmacia de la red cerca. Es posible que pagar la diferencia entre lo que paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia de la red.

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

- Si no puede conseguir un medicamento cubierto en el debido tiempo dentro de nuestra área de servicio porque no hay farmacias de la red dentro de una distancia en auto razonable que le proporcionen un servicio de 24 horas.
- Si está tratando de surtir un medicamento con receta cubierto que habitualmente no está disponible en una farmacia minorista de la red o un servicio de farmacia por correo.
- Si está viajando dentro de los EE. UU., pero fuera del área de servicio del plan, y se enferma o se queda sin sus medicamentos con receta, cubriremos las recetas surtidas en una farmacia fuera de la red si sigue todas nuestras normas de cobertura identificadas en este documento y el formulario y si no estuviera disponible una farmacias de la red.
- Los surtidos fuera de la red están limitados a un suministro para 30 días y se evaluarán caso por caso.

¿Cómo solicitar un reembolso al plan?

Generalmente, si debe usar una farmacia fuera de la red, deberá pagar el costo total (y no la parte normal que le corresponde) en el momento en que surta la receta. Puede solicitarnos que le reembolsemos la parte que nos corresponde pagar del costo del medicamento. (En la Sección 2 del Capítulo 7, se explica cómo 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 indica qué medicamentos de la Parte D están cubiertos

El plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario).* En esta *evidencia de cobertura,* **la denominamos la Lista de medicamentos para abreviarla**.

El plan, con la colaboración de un equipo de médicos y farmacéuticos, selecciona los medicamentos de la lista. La lista cumple los requisitos de Medicare y fue aprobada por Medicare.

Los medicamentos de la Lista de medicamentos son solo los cubiertos por la parte D de Medicare

Por lo general, cubriremos los medicamentos incluidos en la Lista de medicamentos del plan, siempre y cuando siga las otras normas de cobertura explicadas en este capítulo y el uso del medicamento sea una indicación médicamente aceptada. Una indicación médicamente aceptada es un uso del medicamento que se encuentra:

- aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos para el diagnóstico o la afección para los que se receta, o
- avalado por ciertas referencias, como la American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de Información Micromedex DRUGDEX.

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

Un medicamento medicamentos de marca es un medicamento recetado que se vende bajo un nombre de marca registrada propiedad del fabricante del medicamento. Los productos biológicos son fármacos más complejos de lo habitual. En la Lista de medicamentos, cuando nos referimos a medicamentos, esto podría significar un fármaco o un producto biológico.

Un medicamento genérico es un medicamento recetado que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento medicamentos de marca. Los productos biológicos tienen alternativas que se llaman biosimilares. Por lo general, los genéricos y biosimilares funcionan igual de bien que el medicamento medicamentos de marca o el producto biológico original y por lo general tienen un costo más bajo. Existen sustitutos genéricos de medicamentos disponibles para muchos medicamentos medicamentos de marca y alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son biosimilares intercambiables y, según la ley estatal, pueden sustituir al producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, al igual que los medicamentos genéricos pueden sustituir a los medicamentos medicamentos de marca.

Consulte el Capítulo 12 para obtener definiciones de los tipos de medicamentos que pueden aparecer en la Lista de medicamentos.

¿Qué *no* se incluye en la Lista de medicamentos?

El plan no cubre todos los medicamentos con receta.

- En algunos casos, la ley no permite que ningún plan de Medicare cubra ciertos tipos de medicamentos (para más información sobre este tema, consulte la Sección 7.1 de este capítulo).

- En otros casos, hemos decidido no incluir un medicamento en particular en nuestra Lista de medicamentos. En algunos casos, es posible que pueda obtener un medicamento que no figura en la Lista de medicamentos. Para más información, consulte en el Capítulo 9.

Sección 3.2 Hay cinco niveles de gastos compartidos para los medicamentos incluidos en la Lista de medicamentos

Todos los medicamentos de la Lista de medicamentos del plan se encuentran en uno de los cinco niveles de gastos compartidos. En general, cuanto mayor sea el nivel de gastos compartidos, mayor será el costo del medicamento que le corresponderá pagar:

- Nivel de gasto compartido 1: Genéricos preferidos. Este nivel incluye medicamentos genéricos (el nivel más bajo).
- Nivel de gasto compartido 2: Genéricos. Este nivel incluye medicamentos genéricos.
- Nivel de gasto compartido 3: Marca preferida. Este nivel incluye insulina, otros medicamentos de marca y algunos medicamentos genéricos.
- Nivel de gasto compartido 4: Medicamento no preferido. Este nivel incluye medicamentos de marca y algunos medicamentos genéricos.
- Nivel de gasto compartido 5: Nivel especializado. Este nivel incluye medicamentos especializados (el nivel más alto).

Para saber en qué nivel de gastos compartidos está su medicamento, consulte la Lista de medicamentos del plan.

En el Capítulo 6 (*Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D*) se incluye el monto que debe pagar por los medicamentos en cada nivel de gastos compartidos.

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

Hay cinco formas de averiguarlo:

1. Consulte la Lista de medicamentos más reciente que le enviamos vía electrónica.
2. Visite el sitio web del plan (www.villagehealthca.com). La Lista de medicamentos en el sitio web siempre es la más actualizada.
3. Llame a Servicios para Miembros para saber si un medicamento en particular está incluido en la Lista de medicamentos del plan o para pedir una copia de la lista.
4. Utilice la “Herramienta de beneficio en tiempo real” del plan (www.villagehealthca.com o llame a Servicios para Miembros). Con esta herramienta puede buscar medicamentos en la Lista de medicamentos para ver una estimación de lo que pagará y si hay medicamentos alternativos en la Lista de medicamentos que podrían tratar la misma afección.

5. Envíe un correo electrónico a MemberServices@scanhealthplan.com y solicite una copia de la “Lista de medicamentos”.

SECCIÓN 4 Hay restricciones respecto de la cobertura de algunos medicamentos

Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?

Para ciertos medicamentos con receta, existen normas especiales que restringen cómo y cuándo el plan los cubre. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrolló estas normas para ayudarlo a usted y al proveedor a usar los medicamentos del modo más eficaz. Para averiguar si alguna de estas restricciones se aplica a un medicamento que está tomando o desea tomar, consulte la Lista de medicamentos.

Cada vez que un medicamento seguro y de bajo costo funcione médicamente tan bien como uno de mayor costo, las normas del plan están destinadas a alentarlo a usted y al proveedor a utilizar esa opción más económica.

Tenga en cuenta que a veces un medicamento puede aparecer más de una vez en la Lista de medicamentos. Esto se debe a que los mismos medicamentos pueden diferir en función de la potencia, la cantidad o la forma del medicamento recetado por el médico, y pueden aplicarse diferentes restricciones o gastos compartidos a las distintas versiones del medicamento (por ejemplo, 10 mg frente a 100 mg; uno al día frente a dos al día; comprimido frente a líquido).

Sección 4.2 ¿Qué tipos de restricciones hay?

Las secciones siguientes le brindan más información acerca de los tipos de restricciones que establecemos para ciertos medicamentos.

Si hay una restricción para su medicamento, por lo general, significa que usted o su proveedor deberán seguir pasos adicionales para que el plan le cubra el medicamento. Póngase en contacto con Servicios para Miembros para saber lo que necesitarían hacer usted o el proveedor para obtener la cobertura del medicamento. **Si desea pedirnos que eliminemos la restricción, tendrá que usar el proceso de decisiones de cobertura para solicitarnos una excepción.** Podemos estar o no de acuerdo en eliminar la restricción. (Consulte en el Capítulo 9.)

Obtención de la aprobación del plan por adelantado

Para determinados medicamentos, usted o el proveedor necesitan obtener la aprobación del plan antes de que aceptemos cubrir el medicamento. Este proceso se denomina **autorización previa**. Se lleva a cabo para garantizar la seguridad de la medicación y ayudar a orientar el uso adecuado de ciertos medicamentos. Si no obtiene esta aprobación, es posible que el plan no cubra el medicamento.

Límites de cantidad

En el caso de algunos medicamentos, limitamos la cantidad de medicamento que puede obtener al momento de surtir una receta. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro tomar solo una píldora al día de un medicamento determinado, podemos limitar la cobertura de su medicamento con receta a no más de una píldora por día.

SECCIÓN 5 ¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera en que usted querría que lo estuviera?

Sección 5.1 Hay algunas cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera en que usted querría que lo estuviera

Hay situaciones en las que está tomando un medicamento recetado o un medicamento que usted y su proveedor piensan que debería estar tomando y que no está en nuestro Formulario o está en el Formulario con ciertas restricciones. Por ejemplo:

- El medicamento puede no estar cubierto en absoluto. O tal vez una versión genérica del medicamento tenga cobertura, pero la versión de marca que desea tomar no está cubierta.
- El medicamento está cubierto, pero se aplican normas o restricciones adicionales respecto de la cobertura de ese medicamento, tal como se explicó en la Sección 4.
- El medicamento está cubierto, pero se encuentra en un nivel de gastos compartidos que hace que su parte de los costos sea más alta de lo que cree que debería ser.
- Puede tomar medidas si el medicamento no se encuentra cubierto del modo en que quisiera que lo estuviese. **Si el medicamento no figura en la Lista de medicamentos o si se encuentra restringido, consulte en la Sección 5.2 para obtener información sobre lo que puede hacer.**
- **Si su medicamento está en un nivel de gastos compartidos que hace que sus costos sean más altos de lo que cree que deberían ser, consulte la Sección 5.3 para obtener información sobre lo que puede hacer.**

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

Si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o está restringido, estas son las opciones:

- Puede obtener un suministro temporal del medicamento.
- Puede cambiar a otro medicamento.
- Puede solicitar una **excepción** y pedirle al plan que cubra el medicamento o que retire las restricciones del medicamento.

Puede obtener un suministro temporal

En determinadas circunstancias, el plan debe proporcionar un suministro temporal de un medicamento que ya esté tomando. Este suministro temporal le da tiempo para consultar con el proveedor sobre el cambio de cobertura.

Para tener derecho a un suministro temporal, el medicamento que ha estado tomando **ya no debe figurar en la Lista de medicamentos del plan** O **se encuentra ahora restringido de algún modo**.

- **Si es un miembro nuevo,** cubriremos un suministro temporal del medicamento durante el primer **90 días** de su afiliación al plan.
- **Si estuvo en el plan el año pasado,** cubriremos un suministro temporal del medicamento durante el primer **90 días** del año calendario.
- Este suministro provisional será por un máximo de 30 días (para aquellos miembros que no se encuentran en un centro de atención médica a largo plazo) o un suministro de 31 días (para aquellos miembros que se encuentran en un centro de atención médica a largo plazo). Si su receta médica está indicada para menos días, permitiremos que realice múltiples resurtidos hasta un suministro máximo de 30 días (para aquellos miembros que no se encuentran en un centro de atención médica a largo plazo centro) o un suministro de 31 días para aquellos miembros que se encuentran en un centro de atención médica a largo plazo. El medicamento con receta debe obtenerse en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo puede proporcionarle el medicamento en menores cantidades por vez para evitar el uso indebido).
- **Para aquellos miembros que han estado en el plan durante más de 90 días y residen en un centro de atención a largo plazo y necesitan un suministro de inmediato:**

  Cubriremos un suministro de emergencia de de 31 días de un medicamento en particular, o menos si su receta es por menos días. Esto es adicional al suministro temporal que se mencionó antes.
- **Para aquellos miembros que se trasladan de un centro de atención médica a largo plazo (LTC) o una hospitalización a su domicilio:**
  Cubriremos un suministro temporal de medicamentos durante un máximo de 30 días, o menos si su receta médica está indicada para menos días.
- **Para aquellos miembros que se trasladan de su casa o una hospitalización a un centro de atención médica a largo plazo (LTC):**
  Cubriremos un suministro temporal de medicamentos durante un máximo de 31 días, o menos si su receta médica está indicada para menos días.

En caso de dudas sobre un suministro temporal, comuníquese con Servicios para Miembros.

En el período durante el cual utilice el suministro temporal de un medicamento, debe consultar con el proveedor para decidir lo que debe hacer cuando se agote este suministro temporal. Tiene dos opciones:

1) Puede cambiar a otro medicamento

Consulte con el proveedor si existe un medicamento diferente cubierto por el plan que pueda funcionar igual de bien para usted. Puede llamar a Servicios para Miembros para solicitar una Lista de medicamentos cubiertos que sirvan para tratar la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que funcione para usted.

2) Puede solicitar una excepción

Usted y el proveedor pueden solicitarle al plan hacer una excepción y cubrir el medicamento del modo en que desearía que estuviese cubierto. Si el proveedor indica que existen razones médicas que justifican que nos pida una excepción, el proveedor puede ayudarlo a solicitar una excepción. Por ejemplo, usted puede pedirle al plan que cubra un medicamento, aunque no esté en la Lista de medicamentos del plan. O puede pedirle al plan hacer una excepción y cubrir el medicamento sin restricciones.

Si usted y el proveedor desean solicitar una excepción, consulte en la Sección 6.4 del Capítulo 9 que le explica el modo de hacerlo. Explica los procedimientos y plazos que ha establecido Medicare para asegurarse de que su solicitud se trate de modo inmediato y justo.

Sección 5.3 ¿Qué puede hacer si su medicamento está en un nivel de gastos compartidos que usted considera demasiado elevado?

Si un medicamento está en un nivel de gastos compartidos que usted considera muy alto, puede hacer lo siguiente:

Puede cambiar a otro medicamento

Si el medicamento se encuentra en un nivel de gastos compartidos que considera muy alto, consulte con el proveedor. Puede haber un medicamento diferente en un nivel de gastos compartidos inferior que podría funcionar igual de bien para usted. Comuníquese con Servicios para Miembros para solicitar una Lista de medicamentos cubiertos que sirvan para tratar la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que funcione para usted.

Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitar al plan que haga una excepción en el nivel de gastos compartidos para que pague menos por el medicamento. Si su proveedor dice que usted tiene razones médicas que justifican que nos pida una excepción, su proveedor puede ayudarlo a solicitar una excepción a la norma.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, la Sección 6.4 del Capítulo 9 se explica qué hacer. También se mencionan los procedimientos y plazos que ha establecido Medicare para asegurarse de que su solicitud se maneje en forma inmediata y justa.

Los medicamentos del Nivel 5: (Nivel especializado) no son elegibles para este tipo de excepción. No disminuimos el monto de gastos compartidos para los medicamentos en este nivel.

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

Sección 6.1 La Lista de medicamentos puede sufrir modificaciones durante el año

La mayoría de los cambios en la cobertura para medicamentos tienen lugar al comienzo de cada año (1 de enero). Sin embargo, durante el año, el plan puede realizar algunos cambios en la Lista de medicamentos. Por ejemplo, el plan podría hacer lo siguiente:

- **Agregue o elimine medicamentos de la Lista de medicamentos**.
- **Pasar un medicamento a un nivel de gastos compartidos más alto o más bajo**.
- **Agregar o eliminar una restricción en la cobertura de un medicamento**.
- **Reemplazar un medicamento de marca por con una versión genérica del medicamento**.
- **Reemplazar un producto biológico original con una versión biosimilar intercambiable del producto biológico.**

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

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

Sección 6.2 ¿Qué sucede si hay cambios en la cobertura para un medicamento que está tomando?

Información sobre cambios en la cobertura de medicamentos

Cuando se producen cambios en la Lista de medicamentos, publicamos información en nuestra página web sobre dichos cambios. También actualizamos nuestra Lista de medicamentos en línea periódicamente. Esta sección describe los tipos de cambios que podemos realizar en la Lista de medicamentos y cuándo recibirá un aviso directo si se realizan cambios en un medicamento que está tomando.

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

- **Agregar nuevos medicamentos a la Lista de medicamentos e inmediatamente eliminar o realizar cambios a un medicamento similar en la Lista de medicamentos.**

- Al agregar una nueva versión de un medicamento a la Lista de medicamentos, podemos eliminar inmediatamente un medicamento similar de la Lista de medicamentos, mover el medicamento similar a una nivel gastos compartidos diferente, agregar nuevas restricciones o ambas cosas. La nueva versión del medicamento será en el mismo nivel gastos compartidos o en uno más bajo y con las mismas o menos restricciones.
- Realizaremos estos cambios inmediatos solo si agregamos una nueva versión genérica de una marca o agregamos ciertas nuevas versiones biosimilares de un producto biológico original que ya estaba en la Lista de medicamentos.
- Es posible que realicemos estos cambios de inmediato y le informemos más adelante, incluso si está tomando el medicamento que estamos eliminando o realizando cambios. Si está tomando el medicamento similar en el momento en que realizamos el cambio, le informaremos sobre cualquier cambio específico que hayamos realizado.

- **Agregar medicamentos a la Lista de medicamentos y eliminar o realizar cambios en un medicamento similar en la Lista de medicamentos con previo aviso.**
  - Al agregar otra versión de un medicamento a la Lista de medicamentos, podemos eliminar un medicamento similar de la Lista de medicamentos, moverlo a un nivel de costo compartido diferente, agregar nuevas restricciones o ambas cosas. La versión del medicamento que agreguemos será en el mismo nivel o en uno inferior gastos compartidos y con las mismas o menos restricciones.
  - Realizaremos estos cambios solo si agregamos una nueva versión genérica de un medicamento de marca o agregamos ciertas nuevas versiones biosimilares de un producto biológico original que ya estaba en la Lista de medicamentos.
  - Le informaremos al menos 30 días antes de realizar el cambio, o le notificaremos sobre el cambio y cubriremos un surtido de 30 días de la versión del medicamento que está tomando.
- **Eliminación de medicamentos inseguros y otros medicamentos de la Lista de medicamentos que se retiran del mercado.**
  - A veces un medicamento puede ser considerado inseguro o retirado del mercado por otro motivo. Si esto ocurre, el plan eliminará inmediatamente el medicamento de la Lista de medicamentos. Si está tomando ese medicamento, se lo comunicaremos después de realizar el cambio.
- **Realizar otros cambios a los medicamentos incluidos en la Lista de medicamentos.**
  - Podemos hacer otras modificaciones una vez que haya comenzado el año que afecten a los medicamentos que usted toma. Por ejemplo, nos basamos en las advertencias en recuadros de la FDA o en las nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare.
  - Le informaremos al menos 30 días antes de realizar estos cambios, o le notificaremos sobre el cambio y cubriremos un surtido de 30 días adicional del medicamento que está tomando.

Si realizamos alguno de estos cambios en cualquiera de los medicamentos que está tomando, hable con quien emite la receta acerca de las opciones que funcionarían mejor para usted, incluido el cambio a un medicamento diferente para tratar su afección o solicitar una decisión de cobertura para satisfacer cualquier nueva restricción sobre el medicamento que está tomando. Usted o la persona que emite la receta puede solicitarnos una excepción para continuar con la cobertura del medicamento o la versión del medicamento que ha estado tomando. Para obtener más información sobre cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción, consulte el Capítulo 9.

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

Podemos hacer ciertos cambios en la Lista de medicamentos que no se describieron anteriormente. En estos casos, el cambio no se aplicará si está tomando el medicamento al momento del cambio; sin embargo, estos cambios probablemente lo afectarán a partir del 1 de enero del siguiente año del plan si permanece en el mismo plan.

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

- Pasamos su medicamento a un nivel de gastos compartidos más alto.
- Establecimos una restricción nueva respecto del uso del medicamento.
- Quitamos el medicamento de la Lista de medicamentos.

Si ocurre alguno de estos cambios con respecto a un medicamento que toma (pero no a causa de un retiro del mercado, un medicamento genérico que reemplaza a un medicamento de marca registrada u otro cambio mencionado en las secciones anteriores), entonces el cambio no afectará el uso o lo que paga como la parte del costo que le corresponde hasta el 1 de enero del año siguiente.

No le informaremos directamente de este tipo de cambios durante el año en curso del plan. Deberá consultar la Lista de medicamentos para el próximo año del plan (cuando la lista se encuentre disponible durante el periodo de inscripción abierta) para comprobar si existe algún cambio en los medicamentos que está tomando que lo afectará durante el próximo año del plan.

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

Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos

En esta sección se describen los tipos de medicamentos con receta que se excluyen. Esto significa que Medicare no paga estos medicamentos.

Si recibe algún medicamento que esté excluido, deberá pagarlo usted mismo. Si apela y se determina que el medicamento solicitado no se encuentra excluido en virtud de la parte D, lo pagaremos o lo cubriremos (para obtener información sobre cómo apelar una decisión, consulte el Capítulo 9).

A continuación, se presentan tres normas generales sobre medicamentos que el plan de medicamentos recetados de Medicare no cubre en la Parte D:

- La cobertura para medicamentos de la Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que estaría cubierto en la Parte A o Part B de Medicare.
- Nuestro plan no cubre un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos o sus territorios.
- Nuestro plan no puede cubrir el uso *no aprobado* de un medicamento cuando el uso no está respaldado por ciertas referencias, como el Servicio de Información del Listado de Medicamentos del Hospital Americano (American Hospital Formulary Service Drug Information) y el Sistema de Información Micromedex DRUGDEX. *Uso no aprobado* es cualquier uso distinto al indicado en la etiqueta de un medicamento aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA).

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

- Medicamentos sin receta (también denominados medicamentos de venta libre).
- Medicamentos utilizados para estimular la fertilidad.
- Medicamentos utilizados para el alivio de la tos o los síntomas del resfriado.
- Medicamentos para fines estéticos o para promover el crecimiento del cabello.
- Vitaminas con receta y productos minerales, salvo las vitaminas prenatales y preparaciones de flúor.
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil.
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la anorexia, la pérdida de peso o el aumento de peso.
- Medicamentos para pacientes externos cuyo fabricante pretenda exigir como condición de venta que los exámenes asociados o servicios de supervisión se compren exclusivamente al fabricante.

Si está recibiendo “Ayuda adicional” de parte para pagar sus medicamentos con receta, el programa “Ayuda adicional” no pagará los medicamentos que por lo general no cubre. Sin embargo, si tiene una cobertura para medicamentos a través de Medicaid, el programa Medicaid de su estado pueden cubrir algunos medicamentos con receta que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare. Comuníquese con el programa Medicaid de su estado para determinar la cobertura para medicamentos disponible para usted. (Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto de Medicaid en la Sección 6 del Capítulo 2).

SECCIÓN 8 Obtener un medicamento con receta

Sección 8.1 Proporcione su información de miembro

Para surtir la receta, proporcione los datos de afiliación al plan, que se encuentran en la tarjeta de afiliación, en la farmacia de la red que elija. La farmacia de la red facturará automáticamente al plan *nuestra* parte del costo de los medicamentos. Usted deberá pagarle a la farmacia *su* parte del costo en el momento de retirar su medicamento con receta.

Sección 8.2 ¿Qué sucede si no tiene su informaciónde miembro?

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

Si la farmacia no recibe la información necesaria, **es posible que deba pagar el costo total del medicamento con receta cuando lo retire.** (Entonces **puede solicitarnos que le reembolsemos** la parte que nos corresponde. Consulte el Capítulo 7, Sección 2 para obtener información sobre cómo solicitar el reembolso al plan).

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

Sección 9.1 ¿Qué sucede si está en un hospital o centro de atención de enfermería especializada y el plan cubre su estadía?

Si ingresa en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada para una estadía que cubre el plan, generalmente cubriremos el costo de los medicamentos con receta durante la estadía. Una vez que salga del hospital o centro de atención de enfermería especializada, el plan cubrirá sus medicamentos recetados, siempre y cuando estos cumplan todas nuestras normas para la cobertura descritas en este Capítulo.

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

Por lo general, un centro de atención a largo plazo (LTC) (como una casa de reposo) posee su propia farmacia o una farmacia que le provee medicamentos para todos sus residentes. Si usted reside en un centro de atención a largo plazo (LTC), puede obtener los medicamentos con receta a través de la farmacia del centro de la que usted es cliente, mientras que sea parte de la red.

Consulte el *Directorio de proveedores y farmacias* www.villagehealthca.com para conocer si la farmacia del centro de LTC o de la que es cliente forma parte de la red. Si no lo es, o si necesita más información o asistencia, póngase en contacto con Servicios para Miembros. Si

se encuentra en un LTC, debemos asegurarnos de que pueda recibir normalmente los beneficios de la parte D a través de la red de farmacias del LTC.

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

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

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

Si actualmente posee otra cobertura de medicamentos recetados a través de su empleador o grupo de jubilación (o el de su cónyuge o pareja de hecho), póngase en contacto con **ese administrador de beneficios de grupo**. El administrador puede ayudarlo a determinar el modo en el que funcionará la cobertura actual para medicamentos con receta en relación con el plan.

En general, si posee cobertura por empleo o grupo de jubilación, la cobertura que le brindemos será *complementaria* a la cobertura de grupo. Eso significa que la cobertura de su grupo pagaría primero.

Nota especial sobre la cobertura acreditable:

Cada año, el empleador o grupo de jubilación debe enviarle una notificación en la que se indica si la cobertura de medicamentos recetados para el siguiente año calendario es acreditable.

Si la cobertura del plan del grupo es acreditable, significa que el plan posee una cobertura de medicamentos que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare.

Guarde esta notificación sobre la cobertura acreditable, dado que podría necesitarla más adelante. Si se inscribe en un plan de Medicare que incluye cobertura para medicamentos de la Parte D, podría necesitar estos avisos para demostrar que mantuvo la cobertura acreditable. En caso de no haber recibido la notificación de cobertura acreditable, solicite una copia al administrador de beneficios del empleador o del plan de jubilación, al empleador o al sindicato.

Sección 9.4 ¿Qué sucede si se encuentra en un hospicio certificado por Medicare?

El centro de cuidados paliativos y el plan no cubren el mismo medicamento al mismo tiempo. Si está inscripto en un centro de cuidados paliativos de Medicare y necesita un medicamento contra las náuseas, un laxante, un analgésico o un ansiolítico que no cubre el centro porque no se relaciona con su enfermedad terminal o sus afecciones relacionadas, el plan debe ser notificado por el prescriptor o por el proveedor del centro de cuidados paliativos de que el

medicamento no se relaciona con la enfermedad o afección antes de que el plan pueda cubrir el medicamento. Para evitar retrasos en la recepción de estos medicamentos que el plan debería cubrir, solicite al proveedor de cuidados paliativos o al prescriptor que se lo notifique antes de que se surta la receta.

En el caso de que anule la elección del centro de cuidados paliativos o sea dado de alta del centro, el plan debe cubrir sus medicamentos como se explica en este documento. Para evitar demoras en la farmacia cuando finaliza un beneficio del centro de cuidados paliativos de Medicare, presente la documentación en la farmacia para verificar la anulación o el alta.

SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad y administración de los medicamentos

Sección 10.1 Programas que ayudan a los miembros a utilizar los medicamentos en forma segura

Llevamos a cabo revisiones sobre los usos de medicamentos para nuestros miembros para ayudarles a asegurarse de que estén recibiendo una atención segura y adecuada.

Hacemos una revisión cada vez que usted obtiene un medicamento con receta. También revisamos nuestros registros regularmente. Durante estas revisiones, buscamos problemas potenciales, como estos:

- Posibles errores en los medicamentos
- Medicamentos que pueden no ser necesarios porque está tomando otro similar medicamento para tratar la misma afección
- Medicamentos que pueden no ser seguros o apropiados debido a su edad o sexo
- Ciertas combinaciones de medicamentos que podrían hacerle daño si se toman al mismo tiempo
- Recetas de medicamentos que tienen ingredientes a los que usted es alérgico
- Posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que esté tomando
- Cantidades inseguras de analgésicos opioides

Si detectamos un posible problema en su uso de los medicamentos, colaboraremos con su proveedor para corregir el problema.

Sección 10.2 Programa de administración de medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a usar de manera segura los medicamentos opioides

Contamos con un programa que ayuda a garantizar que los miembros utilicen de modo seguro los opioides recetados y otros medicamentos de los que se abusa con frecuencia. Este programa se denomina Programa de Manejo de Medicamentos (DMP). Si usted utiliza medicamentos opioides que recibe de varios prescriptores o farmacias, o si recientemente

tuvo una sobredosis de opioides, podemos hablar con sus prescriptores para asegurarnos de que su uso de los medicamentos opioides sea apropiado y médicamente necesario. Con los prescriptores, si decidimos que su consumo de los medicamentos opioides o benzodiazepina con receta puede no ser seguro, podemos limitar la forma en que usted obtenga estos medicamentos. Si lo incluimos en el DMP, las limitaciones pueden ser:

- solicitarle que obtenga todas las recetas de los medicamentos opioides o benzodiazepina de ciertas farmacias
- solicitarle que obtenga todas las recetas de medicamentos opioides o benzodiazepina de ciertos prescriptores
- limitar la cantidad de medicamentos opioides o benzodiazepina que le cubriremos

Si consideramos que una o más de estas limitaciones se deben aplicar, le enviaremos una carta por adelantado. En la carta se le indicará si limitaremos la cobertura de estos medicamentos para usted, o si se le exigirá que obtenga las recetas para estos medicamentos solo con un prescriptor o farmacia específico. Tendrá la posibilidad de comunicarnos los prescriptores o las farmacias a los que prefiere acudir, y de brindarnos cualquier otra información que considere importante que conozcamos. Después de haber tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar la cobertura de estos medicamentos, le enviaremos otra carta con la confirmación de la limitación. Si considera que cometimos un error o no coincide con la decisión que tomamos o la limitación que establecimos, usted y el recetador tienen derecho a solicitarnos una apelación. En caso de apelar, revisaremos el caso y le informaremos la nueva decisión. Si continuamos rechazando alguna parte de su solicitud relacionada con las limitaciones que se aplican a su acceso a los medicamentos, enviaremos automáticamente su caso a un revisor independiente fuera de nuestro plan. Consulte el capítulo 9 para obtener información sobre cómo solicitar una apelación.

Es posible que no se lo incluya en el DMP si padece ciertas afecciones médicas, como dolor relacionado con cáncer o depranocitosis, si recibe cuidados paliativos, terminales o de un centro de cuidados paliativos, o si vive en un centro de cuidados de largo plazo.

Sección 10.3 Programa de manejo del tratamiento farmacológico (MTM) programa para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos

Tenemos un programa que puede ayudar a nuestros miembros con necesidades de salud complejas. Nuestro programa se llama Programa de Administración de Terapia con Medicamentos (MTM). Este programa es voluntario y gratuito. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrolló el programa para nosotros para ayudarnos a asegurarnos de que nuestros miembros obtengan el mayor beneficio de los medicamentos que toman.

Algunos miembros que tienen ciertas enfermedades crónicas y toman medicamentos que exceden una cantidad específica de costos de medicamentos o están en un Programa de Administración de Medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a usar sus opioides de manera segura, pueden obtener servicios a través de un programa MTM. Si califica para el programa, un farmacéutico u otro profesional de la salud pueden realizar una revisión integral de todos sus medicamentos. Durante la revisión, puede hablar sobre sus medicamentos, sus

costos y cualquier problema o pregunta que tenga sobre sus medicamentos recetados y de venta libre. Recibirá un resumen escrito con una lista de tareas recomendadas que incluye los pasos que debe seguir para obtener los mejores resultados de sus medicamentos. También recibirá una lista de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que está tomando, cuánto toma y cuándo y por qué lo hace. Además, los miembros del programa MTM recibirán información sobre la eliminación segura de medicamentos recetados que son sustancias controladas.

Le recomendamos consultar con el médico sobre la lista de tareas y los medicamentos recomendados. Lleve un resumen a su consulta o en cualquier momento que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica. Además, mantenga la Lista de medicamentos actualizada siempre (por ejemplo, junto con su identificación) en caso de asistir al hospital o a la sala de emergencias.

Si tenemos un programa que se adapte a sus necesidades, lo inscribiremos automáticamente en él y le enviaremos información. Si usted decide no participar, notifíquelo y lo retiraremos. Si tiene alguna pregunta sobre este programa, comuníquese con Servicios para Miembros.

CAPÍTULO 6:

Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D

¿Recibe actualmente ayuda para pagar sus medicamentos?

Si participa en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos, **parte de la información de esta *Evidencia de cobertura* sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D puede no aplicarse en su caso.** le enviamos un inserto separado, que se denomina *Evidence of Coverage Rider for People Who Get "Extra Help" Paying for Prescription Drugs (Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben "Ayuda adicional" para pagar los medicamentos con receta), también denominada Low-Income Subsidy Rider* o *LIS Rider* (*Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos* o *Cláusula adicional LIS*), que le informa sobre la cobertura de sus medicamentos. Si no posee este inserto, comuníquese con Servicios para Miembros y solicite la *Cláusula adicional LIS*.

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Utilice este capítulo junto con la otra documentación que explica la cobertura para medicamentos

Este capítulo se centra en lo que usted paga por medicamentos recetados de la Parte D. Para simplificar las cosas, en este capítulo usamos el término "medicamento" en el sentido de un medicamento recetado de la Parte D. Como se explica en el Capítulo 5, no todos los medicamentos son medicamentos de la Parte D: algunos medicamentos tienen cobertura de la Parte A o Parte B de Medicare y otros medicamentos están excluidos de la cobertura de Medicare por ley.

Para comprender la información de pago, necesita saber qué medicamentos están cubiertos, dónde obtener sus medicamentos con receta y cuáles son las normas por seguir cuando usted recibe sus medicamentos cubiertos. En el capítulo 5, secciones 1 a 4, se explican estas normas. Cuando utiliza la "Herramienta de beneficio en tiempo real" del plan para buscar cobertura de medicamentos (consulte el capítulo 5, sección 3.3), el costo que se muestra se facilita en "tiempo real", lo cual significa que el costo que ve en la herramienta refleja una estimación de lo que se espera que pague usted en ese momento. También puede obtener la información proporcionada por la "Herramienta de beneficio en tiempo real" llamando a Servicios para Miembros.

Sección 1.2 Tipos de costos que es posible que deba pagar de su bolsillo por los medicamentos cubiertos

Hay diferentes tipos de gastos de bolsillo para los medicamentos de la Parte D. El monto que usted paga por un medicamento se denomina **gastos compartidos**; hay tres maneras en las que se le puede solicitar que pague.

- **Deducible** es el monto que usted paga por los medicamentos antes de que el plan comience a pagar la parte que le corresponde.
- **Copago** es el monto fijo que usted paga cada vez que obtiene un medicamento con receta.

- **Coseguro** es un porcentaje del costo total que usted paga cada vez que obtiene un medicamento con receta.

Sección 1.3 Cómo calcula Medicare los costos que paga de su bolsillo

Medicare tiene normas acerca de lo que cuenta y lo que *no* cuenta para los gastos que paga de su bolsillo. Estas son las normas que debemos seguir para llevar un registro de los gastos que paga de su bolsillo.

Estos pagos se incluyen en los costos que paga de su bolsillo

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

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

Es importante quién paga:

- Si **usted** hace estos pagos, se incluyen en los costos que paga de su bolsillo.
- Estos pagos *también se incluyen* en los costos de su bolsillo si los efectúa en su nombre **otra persona u organización.** Esto incluye los pagos por sus medicamentos realizados por un amigo o pariente, por la mayoría de las organizaciones benéficas, programas de asistencia de medicamentos para el SIDA, un Programa estatal de asistencia farmacéutica que esté calificado por Medicare, planes de salud de empleador o sindicato o por el Servicio de salud para la población india estadounidense. También se incluyen los pagos hechos por el programa “Ayuda adicional” de Medicare.

Paso a la Etapa de cobertura catastrófica:

Cuando usted (o los que pagan en su nombre) haya pagado de su bolsillo un total de $2,000 en el año calendario, pasará de la Etapa de cobertura inicial a la Etapa de cobertura catastrófica.

Estos pagos no se incluyen en los costos que paga de su bolsillo

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

- Medicamentos que compra fuera de los Estados Unidos y sus territorios
- Medicamentos que nuestro plan no cubre
- Medicamentos que obtiene en una farmacia fuera de la red que no cumplen con los requisitos del plan para la cobertura fuera de la red
- Medicamentos que no pertenecen a la Parte D, incluidos los medicamentos con receta cubiertos por la Parte A o la Parte B y otros medicamentos excluidos de la cobertura por Medicare
- Pagos que usted realiza por medicamentos con receta que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos con receta de Medicare
- Pagos por sus medicamentos que realizan los Asuntos de veteranos
- Pagos por sus medicamentos realizados por un tercero con la obligación legal de pagar los costos de los medicamentos con receta (por ejemplo, compensación laboral)
- Pagos realizados por fabricantes de medicamentos según el Programa de descuento para fabricantes

Recordatorio: si cualquier otra organización, como las que mencionamos más arriba, paga parte o la totalidad de los costos que paga de su bolsillo por los medicamentos, usted debe informarlo a nuestro plan llame a Servicios para Miembros.

¿Cómo se puede llevar un registro total de los costos que paga de su bolsillo?

- **Nosotros le ayudaremos.** *El informe de la Explanation of Benefits (EOB) de la Parte D* que recibirá incluye el importe actual de sus gastos de bolsillo. Cuando este importe alcance $2,000, este informe le indicará que ha dejado la Initial Coverage Stage y ha pasado a la etapa de cobertura catastrófica.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** En la Sección 3.2, se describe lo que usted puede hacer para asegurarse de que los registros que tengamos de lo que ha gastado estén completos y actualizados.

SECCIÓN 2 El precio que paga por un medicamento depende de la etapa de pago de medicamentos en la que esté al obtener el medicamento

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

Hay tres **etapas de pago de medicamentos** para su cobertura de medicamentos recetados bajo VillageHealth. El monto que paga depende de la etapa en la que se encuentra cuando obtiene un surtido o un resurtido de su medicamento recetado. Los detalles de cada etapa se encuentran en Secciones 4 en 6 este capítulo. Las etapas son:

Etapa 1: Etapa de deducible anual

Etapa 2: Etapa de cobertura inicial

Etapa 3: Etapa de cobertura catastrófica

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

Sección 3.1 Le enviamos un informe mensual llamado *Explicación de Beneficios de la Parte D* (*EOB de la Parte D)*

Nuestro plan hace un seguimiento de los costos de sus medicamentos recetados y de los pagos que ha realizado cuando obtiene sus medicamentos recetados o un resurtido en la farmacia. De esta manera, podemos decirle cuándo ha pasado de una etapa de pago de medicamentos a la siguiente etapa. En particular, hay dos tipos de costos de los que hacemos un seguimiento:

- Llevamos un registro de cuánto ha pagado. Esto se denomina **gastos que paga de su bolsillo**. Esto incluye lo que pagó cuando recibió un medicamento cubierto de la Parte D, cualquier pago por sus medicamentos realizado por familiares o amigos, y cualquier pago por sus medicamentos realizado por “Ayuda adicional” de Medicare, planes médicos de empleadores o sindicatos, Indian Health Service, programas de asistencia para medicamentos contra el SIDA, organizaciones benéficas y la mayoría de los programas estatales de asistencia farmacéutica (State Pharmaceutical Assistance Programs, SPAP).
- Llevamos el control de sus **costos totales de medicamentos**. Este es el total de todos los pagos realizados por sus medicamentos de la Parte D cubiertos. Incluye lo que el plan pagó, lo que usted pagó y lo que otros programas u organizaciones pagaron por sus medicamentos de la Parte D cubiertos.

Si usted surtió uno o más medicamentos con receta a través del plan durante el mes anterior, le enviaremos una *EOB de la Parte D*. La *EOB de la Parte D* incluye:

- **Información para ese mes.** Este informe proporciona los detalles de pago sobre los medicamentos con receta que obtuvo el mes anterior. Muestra el total de costos de los medicamentos, lo que el plan pagó y lo que usted y otros pagaron en su nombre.
- **Los totales para el año desde el 1 de enero.** A esto se lo denomina información del año hasta la fecha. Muestra los costos totales de los medicamentos y los pagos totales por sus medicamentos desde el inicio del año.
- **Información sobre los precios de los medicamentos.** Esta información mostrará el precio total del medicamento e información sobre aumentos de precio desde el primer surtido para cada solicitud de receta de la misma cantidad.
- **Hay disponibles recetas alternativas a menor precio.** Incluirá información sobre otros medicamentos disponibles con menor gastos compartidos para cada reclamo de medicamento con receta, si es aplicable.

Sección 3.2 Ayúdenos a mantener al día nuestra información sobre sus pagos de los medicamentos

Para hacer un seguimiento de los costos de sus medicamentos y de los pagos que efectúa por estos, utilizamos los registros que recibimos de las farmacias. Puede ayudarnos a mantener su información correcta y actualizada de la siguiente manera:

- **Muestre su tarjeta de miembro cada vez que obtenga un medicamento con receta.** Esto nos ayuda a asegurarnos de conocer las recetas que está surtiendo y lo que está pagando.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** Es posible que, en ocasiones, usted deba pagar la totalidad del costo de un medicamento con receta. En estos casos, no recibimos automáticamente la información que necesitamos para llevar un registro de los gastos que paga de su bolsillo. Para ayudarnos a llevar un registro de los gastos que paga de su bolsillo, denos copias de sus recibos. **Estos son ejemplos de momentos en los que debe darnos copias de los recibos de sus medicamentos:**
    - cuando usted compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuento que no sea parte del beneficio de nuestro plan;
    - cuando realiza un copago por los medicamentos que se proporcionan en virtud de un programa de asistencia al paciente del fabricante del medicamento;
    - cada vez que compra medicamentos cubiertos en una farmacia fuera de la red u otras veces que paga el precio total de un medicamento cubierto en circunstancias especiales.
    - Si le facturan un medicamento cubierto, puede pedirle a nuestro plan que pague la parte del costo que le corresponde. Para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo, consulte el Capítulo 7, Sección 2.

- **Envíenos la información sobre los pagos que terceros hayan realizado por usted.** Los pagos realizados por otras personas u organizaciones también se tienen en cuenta en los costos que paga de su bolsillo. Por ejemplo, para los costos que paga de su bolsillo, se tienen en cuenta los pagos realizados por un Programa estatal de asistencia de medicamentos para el SIDA, un Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP), el Servicio de salud para la población india estadounidense y la mayoría de las organizaciones benéficas. Mantenga un registro de estos pagos y envíenoslos para que podamos hacer un seguimiento de sus costos.
- **Revise el informe que le enviamos por escrito.** Cuando reciba una *EOB de la Parte D*, revísela para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si le parece que el informe está incompleto o tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Miembros.Puede acceder a los resúmenes electrónicos EOB de la Parte D ingresando a **Express-Scripts.com**. Luego, debe ir a **Seleccionar preferencias de comunicación** debajo de **Mi Cuenta**. Haga clic en **Editar preferencias** y después elija la opción de tener en línea su material impreso. Después recibirá sus resúmenes de la EOB de la Parte D de Medicare en línea y no por correo. Es gratuito y puede regresar a los resúmenes de la EOB en papel en cualquier momento. Los que ingresan por primera vez al sitio deberán registrarse con su número de ID del miembro de VillageHealth. Asegúrese de guardar estos informes.

SECCIÓN 4 Durante la Etapa del deducible, usted paga el costo total de los medicamentos Nivel 2: Genéricos, Nivel 3: Marca preferida, Nivel 4: Medicamento no preferido, Nivel 5: Nivel especializado

La Etapa del deducible es la primera etapa de pago de la cobertura para medicamentos. El deducible no se aplica a los productos de insulina cubiertos ni a la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, incluidas las vacunas contra la culebrilla, el tétanos y los viajes. Pagará un deducible anual de $370 en los medicamentos de Nivel 2: Genéricos, Nivel 3: Marca preferida, Nivel 4: Medicamento no preferido, Nivel 5: Nivel especializado. **Debe pagar el costo total de sus medicamentos de Nivel 2: Genéricos, Nivel 3: Marca preferida, Nivel 4: Medicamento no preferido, Nivel 5: Nivel especializado** hasta que alcance el monto del deducible del plan. Para todos los demás medicamentos, no deberá pagar ningún deducible. El **costo total** suele ser inferior al precio total habitual del medicamento, puesto que el plan ha negociado costos más bajos para la mayoría de los medicamentos en las farmacias de la red.

Una vez que haya pagado $370 por los medicamentos de Nivel 2: Genéricos, Nivel 3: Marca preferida, Nivel 4: Medicamento no preferido, Nivel 5: Nivel especializado, sale de la Etapa del deducible y pasa a la Etapa de cobertura inicial.

SECCIÓN 5 Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga su parte

Sección 5.1 Lo que paga por un medicamento depende del medicamento en sí y de dónde lo obtiene

Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos con receta cubiertos y usted paga su parte (el copagos o coseguro de coseguro). La parte que le corresponde del costo varía según el medicamento y dónde obtiene los medicamentos con receta.

El plan tiene niveles de cinco gastos compartido

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

- Nivel de costo compartido 1: Genéricos preferidos. Este nivel incluye medicamentos genéricos (el nivel más bajo).
- Nivel de costo compartido 2: Genéricos. Este nivel incluye medicamentos genéricos.
- Nivel de costo compartido 3: Marca preferida. Este nivel incluye insulina, otros medicamentos de marca registrada y algunos medicamentos genéricos.
    - Usted paga $35 por el suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.
- Nivel de costo compartido 4: Medicamento no preferido. Este nivel incluye medicamentos de marca y algunos medicamentos genéricos.
- Nivel de costo compartido 5: Nivel especializado. Este nivel incluye medicamentos especializados (el nivel más alto).

Para saber en qué nivel de gastos compartido está su medicamento, consulte la Lista de medicamentos del plan.

Sus opciones de farmacia

El monto que usted paga por un medicamento está determinado según el lugar donde obtenga el medicamento:

- Una farmacia minorista de la red que ofrece gastos compartidos estándares. Es posible que sus costos sean inferiores en las farmacias que ofrecen gastos compartidos preferidos.
- Una farmacia minorista de la red que ofrece gastos compartidos preferidos.
- Una farmacia que no es de la red de nuestro plan. Cubrimos medicamentos con receta obtenidos en farmacias fuera de la red solamente en situaciones limitadas. Para saber

cuándo cubriremos un medicamento con receta médica surtido en una farmacia fuera de la red, consulte el Capítulo 5, Sección 2.5.

- La farmacia de pedido por correo del plan.

Para obtener más información sobre las opciones de farmacias y la obtención de los medicamentos con receta, consulte el Capítulo 5 de el *Directorio de proveedores y farmacias* del plan a www.villagehealthca.com.

Sección 5.2 Una tabla que muestra sus costos por un suministro para *un mes* de un medicamento

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

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

A veces, el costo del medicamento es menor que su copago. En esos casos, usted paga el precio más bajo del medicamento en lugar del copago.

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

Nivel		**Gastos compartidos minorista estándar (dentro de la red)** (suministro hasta de 30 días)	**Gastos compartidos minorista preferido (dentro de la red)** (suministro hasta de 30 días)	**Gastos compartidos de pedidos por correo estándar** (suministro hasta de 30 días)	**Gastos compartidos de pedidos por correo preferido** (suministro hasta de 30 días)	**Gastos compartidos de atención a largo plazo (LTC)** (suministro hasta de 31 días)	**Gastos compartidos fuera de la red*** (La cobertura se limita a determinadas situaciones; consulte el Capítulo 5 para más detalles). (suministro hasta de 30 días)
Gasto compartido Nivel 1 (Genéricos preferidos)		$5 copago	$0 copago	$5 copago	$0 copago	$5 copago	$5 copago
Gasto compartido Nivel 2 (Genéricos)		$7 copago	$2 copago	$7 copago	$2 copago	$7 copago	$7 copago
Gasto compartido Nivel 3 (Marca preferida)	**Insulina**	$35 copago	$35 copago	$35 copago	$35 copago	$35 copago	$35 copago
	Otros medicamentos	25 % del costo total	25 % del costo total	25 % del costo total	25 % del costo total	25 % del costo total	25 % del costo total
Gasto compartido Nivel 4 (Medicamento no preferido)		25 % del costo total	25 % del costo total	25 % del costo total	25 % del costo total	25 % del costo total	25 % del costo total
Gasto compartido Nivel 5 (Nivel especializado)		25 % del costo total	25 % del costo total	25 % del costo total	25 % del costo total	25 % del costo total	25 % del costo total

* Puede obtener medicamentos en una farmacia fuera de la red, pero debe pagar más de lo que paga en una farmacia dentro de la red.

** Si recibe “Ayuda adicional”, la Parte Del costo que debe solventar de los medicamentos con receta cubiertos de la Parte D puede variar según el nivel de Ayuda adicional que reciba. Para obtener información adicional sobre el costo de los medicamentos, consulte el anexo (la cláusula adicional LIS).

No pagará más de $35 por el suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto independientemente del nivel de gastos compartidos, incluso aunque no haya pagado su deducible.

Consulte la Sección 8 de este capítulo para obtener más información sobre los gastos compartidos de las vacunas de la Parte D.

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

Por lo general, el monto que paga por un medicamento con receta cubre el suministro para un mes completo. Es posible que, en algunos casos, usted o su médico deseen que usted tenga un suministro de un medicamento para menos de un mes (por ejemplo, cuando prueba por primera vez un medicamento). También puede pedirle a su médico que le recete y a su farmacéutico que le dispense un suministro para menos de un mes completo de sus medicamentos si esto le ayudará a planificar mejor las fechas de resurtido de diferentes medicamentos con receta.

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

- Si es responsable de pagar un coseguro, paga un porcentaje del costo total del medicamento. Como el coseguro depende del costo total del medicamento, su costo será menor, ya que el costo total del medicamento será menor.
- Si usted es responsable de un copago del medicamento, solo pagará la cantidad de días del medicamento que usted recibe en lugar de un mes entero. Calcularemos la cantidad que paga por día por su medicamento (el gastos compartidos diario) y lo multiplicaremos por la cantidad de días del medicamento que recibe.

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

Para algunos medicamentos, puede obtener un suministro a largo plazo (también denominado suministro extendido). Un suministro a largo plazo es un suministro de para 100 días.

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

- A veces, el costo del medicamento es menor que su copago. En esos casos, usted paga el precio más bajo del medicamento en lugar del copago.

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

Nivel		Gastos compartidos minorista estándar (dentro de la red) (suministro de 100 días)	Gastos compartidos minorista preferido (dentro de la red) (suministro de 100 días)	Gastos compartidos para Pedido por correo estándar (suministro de 100 días)	Gastos compartidos para Pedido por correo preferido (suministro de 100 días)
Gastos compartidos de Nivel 1 (Genéricos preferidos)		$15 copago	$0 copago	$15 copago	$0 copago
Gastos compartidos de Nivel 2 (Genéricos)		$21 copago	$6 copago	$21 copago	$6 copago
Gastos compartidos de Nivel 3 (Marca preferida)	**Insulina**	$105 copago	$105 copago	$105 copago	$105 copago
	Otros medicamentos	25 % del costo total	25 % del costo total	25 % del costo total	25 % del costo total
Gastos compartidos de Nivel 4 (Medicamento no preferido)		25 % del costo total	25 % del costo total	25 % del costo total	25 % del costo total
Gastos compartidos de Nivel 5 (Nivel especializado)		El suministro a largo plazo no está disponible para medicamentos de nivel 5	El suministro a largo plazo no está disponible para medicamentos de nivel 5	El suministro a largo plazo no está disponible para medicamentos de nivel 5	El suministro a largo plazo no está disponible para medicamentos de nivel 5

No pagará más de $70 por el suministro para hasta dos meses o $105 por el suministro para hasta tres meses de cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de gasto compartido, incluso aunque usted no haya pagado su deducible.

Si recibe “Ayuda Adicional” la Parte Del costo que debe solventar de los medicamentos con receta Parte D cubiertos puede variar según el nivel de Ayuda Adicional que reciba. Para más información sobre el costo de los medicamentos, consulte el inserto separado (“Cláusula adicional LIS”).

Sección 5.5 Permanecerá en la Etapa de cobertura inicial hasta que los costos que paga de su bolsillo alcancen los $2,000

Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que los costos que pague de su bolsillo totales alcancen los $2,000. Usted pasa a la Etapa de cobertura catastrófica.

La *EOB de la Parte D* que usted recibirá lo ayudará a llevar un registro del monto que usted, el plan y terceros han gastado en su nombre durante el año. No todos los miembrosllegan al límite de $2,000 límite de paga de su bolsillo en un año.

Le informaremos si usted alcanza este monto. Si alcanza este monto, pasará de la Etapa de cobertura inicial a la Etapa de cobertura catastrófica. Para saber cómo Medicare calcula los gastos que paga de su bolsillo, consulte la Sección 1.3.

SECCIÓN 6 Durante la etapa de cobertura catastrófica, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

Usted ingresa a la Etapa de cobertura catastrófica cuando los costos que paga de su bolsillo alcanzan el límite de $2,000 para el año calendario. Una vez que está en la Etapa de cobertura catastrófica, se quedará en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.

- Durante esta etapa de pago, usted no pagas nada de los medicamentos cubiertos de la Parte D.

SECCIÓN 7 Información de beneficios adicionales

Medicamentos preparados y su cobertura:

Los medicamentos preparados se elaboran mezclando o alterando los medicamentos con receta existentes por una variedad de motivos. A veces, un individuo no puede utilizar la versión estándar del producto debido a una alergia a uno de sus ingredientes. En otros casos, la forma farmacéutica correcta no se encuentra disponible en el corto plazo, por lo tanto se necesita transformar los medicamentos ofrecidos comercialmente en una formulación diferente. Para las personas que no pueden tragar comprimidos o cápsulas, los procedimientos de preparación pueden personalizar un medicamento en un polvo, líquido, pastilla, supositorio u otra formulación.

Los medicamentos preparados no están aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA), a diferencia de los medicamentos enumerados en nuestro formulario. Sin la supervisión de la FDA, existe un factor de riesgo adicional involucrado cuando se elabora un producto preparado porque no se analiza para determinar la pureza, estabilidad, seguridad, efectividad o dosificación. Debido a que la calidad del producto preparado puede estar comprometida, la FDA recomienda administrar un producto aprobado que haya sido sometido a análisis rigurosos en lugar de medicamentos preparados en la medida de lo posible.

Nuestro plan no cubre todos los medicamentos preparados. En algunos casos, ciertos medicamentos preparados están “excluidos” de la cobertura por parte de Medicare. En otros casos, hemos decidido no cubrir un producto preparado en particular. Para asegurar la utilización apropiada de medicamentos compuestos, pueden aplicarse restricciones y ciertas normas; por ejemplo, requisitos para Autorización previa y Límite de cantidad, etc.

Se aconseja a nuestros miembros que utilicen medicamentos compuestos solo cuando sea médicamente necesario. Si tiene alguna inquietud sobre los medicamentos preparados y su cobertura, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este documento) o visite nuestro sitio web (www.villagehealthca.com).

SECCIÓN 8 Vacunas de la Parte D. Lo que pagas depende de cómo y dónde las obtiene

Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas – Algunas vacunas se consideran beneficios médicos y están cubiertas por la Parte B. Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas en la Lista de medicamentos del plan. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos sin costo alguno para usted, incluso si no ha pagado su deducible. Consulte la Lista de medicamentos de su plan o póngase en contacto con Servicios para Miembros para obtener información sobre cobertura y gastos compartidos en relación con vacunas específicas.

Nuestra cobertura de las vacunas de la Parte D consta de dos partes:

- La primera parte de la cobertura es el costo de **la vacuna en sí.**
- La segunda parte de la cobertura es el costo de **aplicarle la vacuna** (a veces se lo denomina administración de la vacuna).

El costo de la vacuna de la Parte D depende de tres factores:

1. **Si la vacuna está recomendada para adultos por una organización llamada Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP).**
   - La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos están recomendadas por el ACIP y no le cuestan nada a usted.
2. **Dónde recibe la vacuna.**
   - La vacuna en sí puede entregarse en una farmacia o en un consultorio médico.
3. **Quién le aplica la vacuna.**
   - Un farmacéutico u otro proveedor puede aplicar la vacuna en la farmacia. Otra alternativa es que la aplique un proveedor en un consultorio médico.

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

- A veces, cuando se le aplica una vacuna, tiene que pagar el costo total tanto de la vacuna en sí como del proveedor que se la aplica. Puede solicitarle a nuestro plan que

le devuelva la parte que le corresponde pagar del costo. En el caso de la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, esto significa que se le reembolsará todo lo que haya pagado.

- Otras veces, cuando se le aplique una vacuna, pagará sólo la parte del costo que le corresponda de acuerdo con su beneficio de la Parte D. Por la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, no pagará nada.

A continuación se presentan tres ejemplos de formas en las que podría recibir una vacuna de la Parte D.

Situación 1: Le aplican la vacuna de la Parte D en una farmacia de la red. (Tener esta opción o no depende de dónde viva usted. Algunos estados no permiten que las farmacias apliquen ciertas vacunas).

- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, usted no pagará nada.
- Para otras vacunas de la Parte D, usted pagará a la farmacia sus coseguro o copagos por la vacuna en sí, lo cual incluye el costo de la aplicación de la vacuna.
- Nuestro plan pagará el resto de los costos.

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

- Cuando reciba la vacuna, quizás deba pagar el costo total de la vacuna propiamente dicha y el costo del proveedor que se la aplica.
- Luego, puede pedirle a nuestro plan que pague nuestra parte del costo utilizando los procedimientos que se describen en el capítulo 7.
- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, le reembolsarán todo el monto que haya pagado. Para otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará la cantidad que pagó menos los coseguro o copagos de la vacuna (incluida la aplicación), y menos la diferencia que exista entre el monto que le cobre el médico y lo que normalmente pagamos. (Si recibe “Ayuda adicional”, le reembolsaremos la diferencia).

Situación 3: Usted compra la vacuna de la Parte D en la farmacia y luego la lleva al consultorio de su médico, donde se le administrará.

- Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, no pagará nada por la vacuna.
- Para otras vacunas de la Parte D, pagará a la farmacia un coseguro o copagos por la vacuna en sí.
- Cuando su médico le administre la vacuna, es posible que deba pagar el costo total de este servicio.

- Entonces, puede solicitarle a nuestro plan que le pague la parte que nos corresponde del costo a través de los procedimientos descritos en Capítulo 7.
- Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, recibirá un reembolso por el monto total abonado.

Es posible que no todos los consultorios médicos puedan procesar la vacuna de la Parte D y/o la tarifa administrativa de forma electrónica.

CAPÍTULO 7:

Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios o medicamentos cubiertos

A veces, cuando reciba atención médica o un medicamento con receta, es posible que deba pagar el costo total. Otras veces, se dará cuenta de que ha pagado más de lo que pensaba que debía pagar según las normas de cobertura del plan o que reciba una factura de un proveedor. En estos casos, puede pedirle a nuestro plan que le devuelva el dinero (a la acción de devolver el dinero a menudo se le llama reembolso). Usted tiene derecho a recibir el reintegro de nuestro plan cuando ha pagado más de la parte que le corresponde pagar por el costo de servicios médicos o medicamentos cubiertos por nuestro plan. Es posible que deba cumplir algunas fechas límite para que le devuelvan el dinero. Consulte la Sección 2 de este capítulo.

A veces, también puede suceder que reciba una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que recibió o, posiblemente, por más que su parte del costo compartido, como se analiza en el documento. Primero, trate de resolver la factura con el proveedor. Si eso no funciona, envíenos la factura en lugar de pagarla usted. Examinaremos la factura y decidiremos si los servicios deben estar cubiertos. Si decidimos que deben estar cubiertos, le pagaremos al proveedor directamente. Si decidimos no pagarla, notificaremos al proveedor. Usted nunca debe pagar más que el gastos compartidos permitido por el plan. Si este proveedor tiene contrato con nosotros, usted igualmente tiene derecho a recibir tratamiento.

Estos son ejemplos de situaciones en las que puede que deba solicitarle al plan que le devuelva el dinero o que pague una factura que ha recibido:

1. **Cuando recibe atención médica de emergencia o de urgencia de un proveedor fuera de la red de nuestro plan.**

   Fuera del área de servicio, puede recibir servicios de emergencia o de urgencia de cualquier proveedor, independientemente de que el proveedor pertenezca o no a nuestra red. En esos casos,

   - solo es responsable de pagar la parte del costo que le corresponde a usted por los servicios de emergencia o de urgencia. Los proveedores de emergencia tienen la obligación legal de brindar atención de emergencia. Si usted, paga el monto total en el momento de recibir el servicio, pídanos que le reembolsemos el monto del costo que nos corresponde pagar. Envíenos la factura junto con la documentación de los pagos que haya realizado.
   - Puede recibir una factura del proveedor en la que le solicite un pago que usted cree que no le corresponde. Envíenos la factura, junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado.
     - Si se le debe algo al proveedor, le pagaremos directamente.
     - Si ya ha pagado más de su parte del costo del servicio, determinaremos cuánto debía y le reembolsaremos su parte del costo.

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

Los proveedores de la red siempre deben facturar directamente al plan y pedirle solo su parte del costo. Pero a veces cometen errores y le piden que pague más de lo que le corresponde.

- Usted solo tiene que pagar el monto gastos compartidos cuando recibe servicios cubiertos. No permitimos a los proveedores agregar cargos adicionales, lo que se denomina facturación de saldos. Esta protección (que nunca paga más que el monto de sus gastos compartidos) se aplica aun cuando pagamos menos de lo que el proveedor factura por un servicio, incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.
- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red cuyo monto usted considera que es más de lo que debe pagar, envíenosla. Nos pondremos en contacto con el proveedor directamente y resolveremos el problema de facturación.
- Si ya le ha pagado una factura a un proveedor de la red, pero cree que pagó demasiado, envíenosla junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado y pídanos reembolsarle la diferencia entre el monto que pagó y el que debe según el plan.

3. Si está inscrito retroactivamente en nuestro plan

Algunas veces, la inscripción de una persona en un plan es retroactiva. Esto significa que el primer día de la inscripción ya había pasado. La fecha de inscripción pudo incluso haber sido el año pasado).

Si se inscribió retroactivamente en nuestro plan y pagó de su bolsillo por sus medicamentos o servicios cubiertos después de la fecha de inscripción, puede solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde. Deberá enviarnos cierta documentación como recibos y facturas para que coordinemos su rembolso.

4. Cuando surte un medicamento con receta en una farmacia fuera de la red

Si usted va a una farmacia fuera de la red, la farmacia probablemente no pueda presentarnos el reclamo directamente a nosotros. Si esto sucede, usted deberá pagar el costo total de sus medicamentos con receta.

Conserve el recibo y envíenos una copia cuando solicite el reembolso de nuestra parte del costo. Recuerde que solo cubrimos farmacias fuera de la red en circunstancias limitadas. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5 para ver un análisis de estas circunstancias. Es posible que no le devolvamos la diferencia entre lo que pagó por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el monto que pagaríamos en una farmacia dentro de la red.

5. **Cuando usted paga el costo completo de un medicamento con receta porque no lleva con usted su tarjeta de miembro del plan**

   Si usted no lleva con usted su tarjeta de miembro del plan, puede pedirle a la farmacia que llame al plan o busque la información de inscripción del plan. Sin embargo, si la farmacia no puede obtener la información sobre la inscripción que necesita de inmediato, es posible que deba pagar usted mismo el costo total del medicamento con receta.

   Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso de la parte que nos corresponde del costo. Es posible que no le devolvamos el costo total que pagó si el precio en efectivo que pagó es mayor que nuestro precio negociado por el medicamento recetado.

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

   Usted puede pagar el costo total del medicamento con receta porque se da cuenta de que el medicamento no tiene cobertura por alguna razón.

   - Por ejemplo, el medicamento puede no estar en la “Lista de medicamentos” del plan o podría tener un requisito o restricción que usted no conocía o que no cree que debería aplicarse a usted. Si usted decide obtener el medicamento de inmediato, es posible que deba pagar su costo total.
   - Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso. En algunas situaciones, puede ser necesario obtener más información de su médico para reembolsarle nuestra parte del costo. Es posible que no le devolvamos el costo total que pagó si el precio en efectivo que pagó es mayor que nuestro precio negociado por el medicamento recetado.

Todos los ejemplos anteriores corresponden a tipos de decisiones de cobertura. Esto significa que si rechazamos su solicitud de pago, usted puede apelar nuestra decisión. En el Capítulo 9 de este documento se incluye información sobre cómo presentar una apelación.

SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que recibió

Puede solicitarnos que le devolvamos el dinero enviándonos una solicitud por escrito. Si envía una solicitud por escrito, envíe su factura y la documentación de cualquier pago que haya realizado. ’Le recomendamos que haga una copia de su factura y de los recibos para usted. **Debe presentarnos el reclamo dentro de los 12 meses en caso de reclamos médicos y 36 meses para reclamos de medicamentos con receta** a partir de la fecha en que recibió el servicio, elemento o medicamento.

Para asegurarse de que nos esté proporcionando toda la información que necesitamos para tomar una decisión, usted puede llenar nuestro formulario de reclamaciones para solicitar su pago.

- No tiene que utilizar el formulario, pero nos será útil para procesar la información de manera más rápida.
- Descargue una copia del formulario de nuestro sitio web (www.villagehealthca.com) o llame a Servicios para Miembros y pida el formulario.

Para reclamos médicos, envíe su solicitud de pago por correo junto con cualquier factura detallada, los registros médicos o el comprobante o recibo de pago a la siguiente dirección:

VillageHealth
ATTN: Claims Department [Departamento de reclamos]
P.O. Box 21543
Eagan, MN 55121

Para reclamos por medicamentos con receta, envíe su solicitud de pago por correo junto con las facturas o los recibos que tenga a esta dirección:

Express Scripts
ATTN: Medicare Part D
P.O. Box 14718
Lexington, KY 40512-4718

SECCIÓN 3 Analizaremos su solicitud de pago y decidiremos si le pagaremos o no

Sección 3.1 Comprobamos si debemos cubrir el servicio o el medicamento y cuánto debemos

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

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento están cubiertos y que usted ha seguido todas las normas, pagaremos nuestra parte del costo. Si ya ha pagado por el servicio o medicamento, le enviaremos por correo su reembolso de nuestra parte del costo. Si aún no ha pagado por el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo el pago directamente al proveedor.
- Si tomamos la decisión de *no* cubrir el medicamento o la atención médica o si usted *no* cumplió con todas las normas, no pagaremos la parte que nos corresponde del costo. Le enviaremos una carta explicando las razones por las que no le estamos enviando el pago y su derecho a apelar esa decisión.

Sección 3.2 Si le comunicamos que no pagaremos, en su totalidad o en parte, el medicamento o la atención médica, puede presentar una apelación

Si usted piensa que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago o en el monto que estamos pagando, puede presentar una apelación. Si usted presenta una apelación, significa que nos está pidiendo que cambiemos la decisión que tomamos al rechazar su solicitud de pago. El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Para obtener los detalles de cómo realizar esta apelación, consulte el Capítulo 9 de este documento.

CAPÍTULO 8:

Sus derechos y responsabilidades

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

Sección 1.1 Debemos proporcionarle información de una manera que sea conveniente para usted y sus sensibilidades culturales (en otros idiomas que no sean el español, en braille, en tamaño de letra grande, en otros formatos alternativos, etc.)

Su plan tiene la obligación de asegurar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se brinden de una manera respetuosa de las culturas y que sean accesibles a todos los inscritos, incluidos aquellos con un dominio limitado del inglés, habilidades de lectura limitadas, incapacidad auditiva o aquellos de diversos orígenes culturales y étnicos. Entre los ejemplos de cómo un plan puede cumplir esos requisitos de accesibilidad se incluyen, a título enunciativo, la provisión de servicios de traductores, intérpretes, teleescritores o conexión a TTY (teléfono de texto o teléfono de teleescritor).

Nuestro plan cuenta con servicios de interpretación disponibles para responder a las preguntas de los miembros que no hablan inglés. Los materiales impresos están disponibles en inglés y en español. También podemos proporcionarle información en sistema braille, en tamaño de letra grande o en otros formatos alternativos sin costo alguno, si lo necesita. Debemos proporcionarle información sobre los beneficios del plan que sea accesible y apropiada para usted. Para obtener información sobre nosotros de una manera que sea conveniente para usted, llame a Servicios para Miembros.

Nuestro plan tiene la obligación de darles a las mujeres inscritas la opción de tener acceso directo a un especialista de salud de la mujer dentro de la red para los servicios de atención médica de rutina y preventivos.

Si los proveedores de una especialidad de la red del plan no están disponibles, es responsabilidad del plan encontrar proveedores de la especialidad fuera de la red que le brinden la atención necesaria. En este caso, usted solo pagará los gastos compartidos dentro de la red. Si se encuentra en una situación en la que no hay especialistas de la red del plan que cubran un servicio que usted necesita, llame al plan para obtener información sobre a dónde debe dirigirse para obtener este servicio por un gastos compartidos dentro de la red.

Si tiene dificultades para obtener la información sobre nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted o para ver a un especialista en salud de la mujer o encontrar un especialista de la red, llame para presentar un reclamo ante Servicios para Miembros al 1-800-399-7226. También puede presentar un reclamo ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente en la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

Debemos proporcionarle información de una manera que sea conveniente para usted (en otros idiomas que no sean el inglés, en braille, grabación de audio, letra grande u otros formatos alternativos, etc.)

Su plan debe garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se brinden de una manera culturalmente competente y sean accesibles para todos los afiliados, incluidos aquellos con dominio limitado del inglés, habilidades limitadas de lectura, discapacidad auditiva o aquellos con diversidad cultural y orígenes étnicos. Los ejemplos de cómo un plan puede cumplir con estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros, la provisión de servicios de traducción, servicios de interpretación, teletipos o conexión TTY (teléfono de texto o teletipo).

Nuestro plan tiene servicios de interpretación gratuitos disponibles para responder preguntas de los miembros que no hablan inglés. Los materiales escritos están disponibles en inglés y español. También podemos brindarle información en braille, en letra grande u otros formatos alternativos sin costo alguno si lo necesita. Estamos obligados a brindarle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted. Para obtener información sobre nosotros de una manera que funcione para usted, llame a Servicios para Miembros.

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

Si los proveedores de la red del plan para una especialidad no están disponibles, es responsabilidad del plan ubicar proveedores especializados fuera de la red que le brindarán la atención necesaria. En este caso, solo pagará el costo compartido dentro de la red. Si se encuentra en una situación en la que no hay especialistas en la red del plan que cubran un servicio que necesita, llame al plan para obtener información sobre dónde acudir para obtener este servicio con costos compartidos dentro de la red.

Si tiene algún problema para obtener información de nuestro plan en un formato accesible y adecuado para usted, consultar a un especialista en salud de la mujer o encontrar un especialista de la red, llame para presentar una queja ante Servicios para Miembros al 1-800-399-7226. También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente a la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

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

Como miembro de nuestro plan, usted tiene derecho a seleccionar un médico de preferencia (POC) en la red del plan para que le provea y coordine sus servicios cubiertos (el Capítulo3 contiene más detalles sobre este tema). Llame al Servicios para Miembros para saber qué médicos aceptan pacientes nuevos (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este documento). No es necesario que obtenga recomendaciones.

Como miembro del plan, tiene derecho a programar citas con los proveedores de la red del plan y recibir los servicios cubiertos que estos le brinden *dentro de un plazo razonable*. Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunos de los especialistas cuando necesite dicha atención médica. También tiene derecho a obtener sus medicamentos con receta o a resurtirlos en cualquiera de las farmacias de nuestra red, sin demoras prolongadas.

Si usted considera que no está recibiendo la atención médica o sus medicamentos de la Parte D dentro de un período razonable, la Sección 10 del Capítulo 9 de este documento le explica lo que puede hacer. (Si hemos rechazado la cobertura para su atención médica o sus medicamentos y no está de acuerdo con nuestra decisión, la Sección 4 del Capítulo 9 le explica lo que puede hacer).

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

Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de sus registros médicos y su información de salud personal. Protegemos su información de salud personal según lo exigido por estas leyes.

- Su información de salud personal incluye la información personal que nos suministró cuando se inscribió en este plan, así como sus registros médicos y otra información médica y de salud.
- Tiene derechos relacionados con su información y control sobre cómo se usa su información de salud. Le enviamos un aviso por escrito, que se denomina **Notice of Privacy Practice** (Aviso sobre prácticas de privacidad), en el que se le informa sobre estos derechos y se le explica cómo protegemos la privacidad de la información de salud.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información de salud?

- Nos aseguramos de que personas no autorizadas no vean ni cambien sus registros.
- Salvo en las circunstancias que se indican abajo, si tenemos la intención de dar su información a cualquier persona que no le brinde atención o pague su atención, *tenemos la obligación de obtener antes el permiso por escrito de usted o de una persona a la que usted haya dado el poder legal de tomar decisiones en su nombre*.
- Hay ciertas excepciones que no nos obligan a obtener antes su permiso por escrito. Estas excepciones las permite o exige la ley.
    - Se nos exige divulgar información de salud a agencias del gobierno que controlan la calidad de la atención médica.
    - Como usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, se nos exige proporcionarle a Medicare su información de salud, incluida la información acerca de sus medicamentos con receta de la Parte D. Si Medicare divulga su información para investigación u otros usos, esto se hará de acuerdo con los estatutos y reglamentaciones federales; normalmente, esto requiere que no se comparta la información que lo identifique a usted de forma individual.

Usted puede ver la información en sus registros y saber cómo ha sido compartida con otros

Usted tiene derecho a ver sus registros médicos poder del plan y a obtener una copia de sus registros. Estamos autorizados a cobrarle un cargo por hacer las copias. También tiene derecho a pedirnos que agreguemos información o corrijamos sus registros médicos. Si usted nos pide hacer esto, trabajaremos con su proveedor de atención médica para decidir si los cambios deben realizarse.

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

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su información de salud personal, llame a Servicios para Miembros.

Notificación de las normas de privacidad de SCAN

ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. LÉALA ATENTAMENTE.

SCAN Health Plan, SCAN Desert Health Plan, Inc., SCAN Health Plan Nevada, Inc., SCAN Health Plan Texas, Inc., y SCAN Health Plan New Mexico, colectivamente denominadas en esta notificación como (“SCAN”), deben mantener por ley la privacidad de su información médica y proporcionarle esta Notificación sobre nuestras obligaciones legales y normas de privacidad. Debemos cumplir las normas de privacidad descritas en esta Notificación mientras se encuentre vigente. Esta Notificación entró en vigor el 14 de mayo de 2013 y fue revisada por última vez el 11 de abril de 2023. Esta notificación de privacidad está sujeta a cambios y seguirá en vigencia hasta que la reemplacemos o modifiquemos.

Protección de su privacidad

En SCAN, comprendemos la importancia de mantener la confidencialidad de su información médica y estamos comprometidos a utilizar la información sobre su salud de acuerdo a las leyes estatales y federales. Esta Notificación explica cómo utilizamos su información médica y describe cómo podemos compartir su información médica con otros involucrados en su atención médica. Esta Notificación también enumera sus derechos relacionados con su información médica y cómo puede ejercer esos derechos.

Información médica protegida

Para los fines de esta Notificación, “información médica” o “información” hace referencia a la información médica protegida o PHI. La información médica protegida se define como la información que identifica quién es usted y se relaciona con su salud o condición física o mental, prestación de atención médica o pago por atención médica pasados, presentes o futuros.

Cómo utilizamos su información médica

SCAN utiliza y comparte su información médica con los fines de tratamiento, pago, funciones de atención médica y otros usos permitidos o requeridos por la ley local, estatal y federal.

Tratamiento

SCAN puede utilizar o divulgar su información médica a sus proveedores de atención médica (doctores, hospitales, farmacias y otros cuidadores) que la soliciten en relación con su tratamiento sin su autorización escrita. Tenga presente que sus registros médicos están guardados en el consultorio de su médico. Estos son algunos ejemplos de cómo SCAN puede compartir su información:

- Podemos compartir información con su médico o grupo médico cuando sea necesario para que usted reciba tratamiento.
- Podemos compartir información sobre usted con un hospital para que reciba la atención adecuada.
- Podemos compartir información sobre usted con proveedores del plan que participen en la prestación de sus servicios de atención médica. Esto incluye compartir su información de salud como parte de un intercambio de información de salud local, estatal o nacional o “HIE”.

Pago

SCAN puede utilizar y divulgar su información de salud con fines de pago de los servicios de atención médica que usted recibe, sin su autorización por escrito. Esto puede incluir el pago de reclamos, la elegibilidad, la administración de utilización y las actividades de administración de cuidados. Por ejemplo:

- Podemos proporcionar su información de elegibilidad a su grupo médico para que le paguen de manera precisa y a tiempo.
- Podemos compartir información sobre usted con un hospital para garantizar que los reclamos se facturen de forma adecuada.
- Podemos proporcionar su información a un tercero para garantizar que a su médico y hospital les paguen de manera precisa y a tiempo.

Funciones de atención médica

SCAN puede utilizar o divulgar su información médica para apoyar diversas actividades comerciales sin autorización escrita. Las funciones de atención médica están relacionadas con las funciones comerciales normales de SCAN. Por ejemplo, podemos compartir información con otros para cualquiera de los siguientes propósitos:

- actividades de administración de calidad y mejoras, como actividades de acreditación y revisiones por expertos,
- actividades de contratación con proveedores del plan y distribuidores,
- investigación y estudios, como encuesta de satisfacción del miembro,
- actividades de cumplimiento y regulatorias,

- actividades de gestión de riesgos,
- estudios y programas poblacionales y de control de enfermedades, y
- actividades de reclamos y apelaciones.

SCAN no puede utilizar o divulgar su información médica genética para propósitos de suscripción.

Otros usos y divulgaciones permitidos

SCAN puede utilizar o divulgar su información médica sin su autorización escrita para los siguientes propósitos en determinadas circunstancias:

- para agencias estatales y federales que tienen el derecho legal de recibir datos, por ejemplo, para asegurarse de que SCAN está haciendo los pagos correspondientes y para asistir a los programas Medicaid Federal/Estatal,
- para las actividades de salud pública, como la presentación de informes de brote de enfermedades o ayuda ante catástrofes,
- para actividades de control gubernamental de atención médica, como investigaciones por fraude y abuso o la Administración Federal de Alimentos y Medicamentos (FDA),
- para procedimientos judiciales, de arbitraje y administrativos, por ejemplo, en respuesta a una orden judicial, citación u orden de allanamiento,
- para un investigador del tribunal sucesorio para determinar la necesidad de conservación o tutela,
- para fines de aplicación de la ley, por ejemplo, proporcionar información limitada para ubicar a una persona desaparecida,
- para estudios de investigación que cumplen todos los requisitos de la ley de privacidad, como la investigación relacionada con la prevención de enfermedades o discapacidades,
- para evitar una amenaza seria e inminente a la salud o la seguridad,
- para comunicarse con usted sobre nuevos beneficios o cambios en el Plan médico Medicare o SCAN,
- para comunicarse con usted y recordarle sus visitas/suministros,
- para crear un banco de datos a través del cual usted no pueda ser identificado,
- para fines relacionados con cuestiones de abuso y negligencia de niños o ancianos,
- en casos de muerte, para un médico forense, médico examinador, director de funeraria u organización de procuración de órganos,
- para funciones gubernamentales especializadas, como proporcionar información para actividades de seguridad nacional y militar,
- para reclamos o autoridades de indemnizaciones laborales según lo requerido por las leyes estatales de indemnización laboral,

- para el patrocinador de un plan médico grupal o un plan de beneficios de asistencia pública de empleados,
- para funcionarios de aplicación de la ley, si usted es un recluso o se encuentra bajo custodia. Esto estaría autorizado en caso de ser necesario para prestarle a usted los servicios médicos o para la protección y seguridad de otros,
- para amigos o familiares en la medida necesaria para ayudar con su atención médica o con el pago de su atención médica, si usted no puede autorizar la divulgación, por ejemplo, en una emergencia médica,
- según lo exija o permita de otro modo la ley federal, estatal o local.

Otros usos o divulgaciones no descritas en esta Notificación solo pueden realizarse con su autorización escrita. Por ejemplo, SCAN necesita su autorización antes de divulgar su PHI para lo siguiente: (1) la mayoría de los usos y divulgaciones de notas de psicoterapia; (2) los usos y divulgaciones con fines de comercialización; y (3) los usos y divulgaciones que impliquen la venta de PHI. Usted puede revocar su autorización en cualquier momento siempre y cuando la solicitud de revocación sea por escrito y el plan no se base en su autorización para realizar una acción específica.

Intercambio de su información médica con otros

Como parte de las actividades comerciales normales, SCAN comparte su información con los proveedores del plan contratados (por ejemplo, grupos médicos, hospitales, compañías de gestión de beneficios de farmacia, proveedores de servicios sociales, etc.). También compartiremos su PHI con otras empresas y socios comerciales que realizan diferentes tipos de actividades para nuestro plan de salud. También podemos utilizar su PHI para recordarle sus citas. Podemos utilizar su PHI para darle información sobre otros tratamientos u otros beneficios y servicios relacionados con la salud.

SCAN además trabaja para garantizar que su PHI esté disponible para usted en cumplimiento con la norma de bloqueo de información establecida por la Ley de Remedios del Siglo XXI.

También podemos utilizar y compartir su PHI directa o indirectamente con intercambios de información de salud (HIE) para pagos, operaciones de atención médica y tratamientos. En todos los casos donde su información médica se comparta con los proveedores del plan, contamos con un contrato escrito que contiene referencias expresas designadas para proteger la privacidad de su información médica. Nuestros proveedores del plan deben mantener la confidencialidad de su información médica y proteger la privacidad de nuestra información conforme a la ley estatal y federal, al igual que SCAN protege su información médica.

Sus derechos respecto a su información médica

Usted puede otorgarnos autorización escrita para utilizar su información médica o para divulgarla a cualquier persona por cualquier propósito. Si nos otorga una autorización, puede revocarla por escrito en cualquier momento. Sin embargo, su revocación no afectará ningún uso o divulgación permitida mediante su autorización mientras esté vigente.

Derecho a solicitar restricciones

Usted tiene el derecho de solicitarnos restringir el modo de utilizar y divulgar su información destinada a tratamientos, pagos o funciones de atención médica según lo descrito en la Notificación. Usted también tiene el derecho de solicitarnos restringir la información que hemos pedido para darle a familiares o a otras personas involucradas en su atención médica. No obstante, no estamos obligados a aceptar estas restricciones. Si rechazamos su solicitud, le notificaremos por escrito explicándole la razón por la que fue rechazado. Si aceptamos su solicitud de restringir la información médica, no utilizaremos ni divulgaremos su información médica protegida para ese fin, excepto que sea necesario para proporcionar tratamiento en una emergencia. Consulte la definición de “emergencia” en su *Evidencia de cobertura*. Tampoco debemos cumplir con su restricción si la ley requiere que divulguemos la información o cuando la información es necesaria para su tratamiento.

Usted también tiene el derecho de cancelar una solicitud de restricción que hayamos otorgado. Puede hacerlo por teléfono o por escrito. También tenemos el derecho de cancelar la restricción si usted estuviera de acuerdo o si le informamos por escrito su cancelación. Si hacemos esto, solo corresponderá a la información médica que creemos o recibamos después de haberle informado.

Su solicitud de restricción debe hacerse por escrito y debe proporcionarnos información específica necesaria para completar su solicitud. Esto incluye la información que desee que se restrinja y las personas a quienes quiere que se le apliquen los límites.

Derecho a inspección y copia

Usted tiene derecho a evaluar y obtener una copia de su información médica que esté en nuestro poder. Puede incluir registros usados para coberturas, reclamos y otras decisiones como miembro de SCAN. Nota Importante: No tenemos copias completas de su historia clínica. *Si usted quiere ver, obtener una copia o hacer cambios en sus registros médicos, comuníquese con su proveedor*.

Su solicitud debe hacerse por escrito y debe incluir la información específica necesaria para completar la solicitud. Si se comunica con Servicios para los miembros, le enviaremos un formulario para hacer esto (los números de teléfono se enumeran debajo en este documento). O si lo prefiere, puede mandarnos su solicitud por escrito a:

SCAN Health Plan
Atención: Member Services (Request to Inspect and Copy)
3800 Kilroy Airport Way
Long Beach, CA 90801-5616

Si conservamos un registro médico electrónico que contiene su información médica, usted tiene el derecho de solicitar que le enviemos una copia de su información médica a usted o a un tercero que usted designe. Podemos cobrar una tarifa razonable por el costo de producir la copia electrónica de su información médica y por los gastos de envío si correspondiera. Usted debe pagar esta tarifa antes que se le entregue las copias. Usted también puede solicitar que le proporcionemos un resumen de la información sobre su información médica protegida en lugar de la información completa. En ese caso, usted debe pagar el costo de preparar el resumen de la información antes de entregársela.

En ciertas situaciones, podemos rechazar su solicitud de inspeccionar u obtener una copia de su información médica. Si rechazamos su solicitud, le notificaremos por escrito explicándole la razón por la que fue rechazado. Nuestra carta también incluirá información sobre cómo puede solicitar una revisión de nuestro rechazo si usted está autorizado a dicha revisión. Usted está autorizado a solicitar una revisión de nuestro rechazo en tres instancias solamente. Estas tres instancias involucran situaciones donde un profesional de atención médica autorizado haya determinado que dicho acceso pusiera en peligro la vida o la seguridad física de usted o de otra persona. Nuestra carta también le explica sobre cualquier otro derecho que tiene para presentar un reclamo. Estos son los mismos derechos descriptos en esta Notificación.

Derecho a solicitar una enmienda de la PHI

Usted tiene derecho a solicitar que enmendemos su información médica. Su solicitud debe realizarse por escrito y debe explicar el motivo por el cual la información debería enmendarse. Su solicitud debe enviarse a Servicios para los miembros en la dirección indicada en la sección Quejas de esta Notificación.

Denegaremos su solicitud si no la presenta por escrito o si no incluye los motivos de su solicitud. También podemos denegar su solicitud si nos pide que enmendemos información que es (1) precisa y completa, (2) no es parte de la información médica que conserva SCAN, (3) no es parte de la información que usted estaría autorizado a inspeccionar o copiar, o (4) no fue creada por e SCAN, a menos que el creador de la información no estuviera disponible para enmendarla.

Si denegamos su solicitud, le entregaremos una explicación por escrito. Esta carta le explicará a usted cómo puede presentar un reclamo a nosotros o al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. También le explicará su derecho a presentar una declaración de discrepancia con nuestra negación y otros derechos que pudiera tener.

Si aceptamos su solicitud de enmendar la información, haremos los cambios solicitados en su enmienda. Pero primero nos comunicaremos con usted para identificar a las personas que quiera notificar y que nos autorice a hacerlo. Haremos los esfuerzos razonables para informar a las otras personas de la enmienda e incluir los cambios en cualquier divulgación futura de esa información.

Derecho a recibir comunicaciones confidenciales

Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted de manera confidencial sobre su información médica por medios alternativos o a una ubicación alternativa (por ejemplo, mediante correspondencia a una dirección de apartado postal o facsímil a un número designado). Su solicitud debe realizarse por escrito y debe indicar claramente que si su solicitud no es otorgada podría ponerlo a usted en riesgo. SCAN dará lugar a las solicitudes razonables.

Derecho a recibir un informe de las divulgaciones

Usted tiene derecho a recibir un informe de las divulgaciones con respecto a su información médica. Habitualmente el informe incluye las divulgaciones encontradas en la sección titulada Otros usos y divulgaciones permitidos. El informe no abarcará aquellas divulgaciones

realizadas a los fines de tratamiento, pago y funciones de atención médica y las que usted ha autorizado.

Todas las solicitudes para un informe deben realizarse por escrito y deben incluir la información específica necesaria para completar su solicitud. Este requisito de informe es aplicable durante seis años desde la fecha de la divulgación, comenzando con las divulgaciones que ocurrieron después del 14 de abril de 2003, a menos que usted solicite un período de tiempo menor. Si usted solicita este informe más de una vez en un período de 12 meses, le podemos cobrar una tarifa razonable para producir el informe de divulgaciones. Antes de hacer esto, le notificaremos la tarifa y le daremos la posibilidad de retirar o limitar su solicitud con el fin de reducir la tarifa.

Derecho a recibir notificación de una violación de la información médica protegida

Usted tiene derecho a recibir una notificación de una adquisición, acceso o divulgación no autorizados de su información médica. SCAN proporcionará cualquier notificación requerida legalmente de cualquier uso, adquisición, acceso o divulgación no autorizados de su información médica.

Derecho a recibir copias de esta Notificación

Usted tiene derecho a recibir una copia adicional de esta Notificación en cualquier momento.

Si tiene alguna pregunta sobre nuestra Notificación de las normas de privacidad o desea solicitar una copia adicional de la Notificación, comuníquese con Servicios para los miembros a los números de teléfono que se enumeran debajo en esta notificació: O puede escribir a:

SCAN Health Plan
Atención: Privacy Office
3800 Kilroy Airport Way, Ste 100
Long Beach, CA 90806

O envíe un correo electrónico a la Oficina de Privacidad a PrivacyOffice@scanhealthplan.com o un fax al 1-562-308-1365.

También puede visitar nuestro sitio web y descargar una versión para imprimir de la Notificación en www.villagehealthca.com.

Cómo presentar un reclamo sobre nuestras normas de privacidad

Si usted cree que SCAN violó sus derechos de privacidad o no está de acuerdo con una decisión que tomamos sobre el acceso a su información médica, puede presentar una queja por escrito a la Oficina de Privacidad de SCAN.

Quejas a SCAN

Si usted quiere presentar una queja, escriba a:

SCAN Health Plan
Atención: Privacy Office
3800 Kilroy Airport Way, Ste 100
Long Beach, CA 90806

O envíe un correo electrónico a PrivacyOffice@scanhealthplan.com o un fax al 1-562-308-1365.

Si necesita ayuda para completar una queja, puede llamar al Servicios para los miembros de SCAN a los números de teléfono que se enumeran debajo en esta notificación.

Quejas ante el gobierno federal

Usted también puede notificar al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. para presentar una queja al gobierno federal.

SCAN respalda su derecho a proteger la privacidad de su información personal y médica. No tomaremos represalias de ninguna forma si usted elige presentar un reclamo a nosotros o al Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. La presentación de una queja no afectará sus beneficios de SCAN o de Medicare.

Presente un reclamo al gobierno federal aquí:

U.S. Department of Health and Human Services
Office of Civil Rights
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019 (TTY: 1-800-537-7697)

Los formularios de queja están disponibles en https://www.hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint/index.html.

Quejas al estado (solo miembros de doble elegibilidad para California)

Para los miembros inscritos en planes de salud duales de Medicare y Medi-Cal (Medicaid), también puede ponerse en contacto con:

DHCS Privacy Office
c/o: Office of HIPAA Compliance
California Department of Health Care Services
P.O. Box 997413, MS 0010
Sacramento, CA 95899-7413
Teléfono: 1-916-445-4646 (voz)
(877) 735-2929 (TTY/TDD)
Correo electrónico: incidents@dhcs.ca.gov

Cambios en esta Notificación

Los términos de esta Notificación corresponden a todos los registros que contienen su información médica creada o conservada por SCAN. Nos reservamos el derecho de revisar o enmendar esta Notificación de las normas de privacidad. Cualquier revisión o enmienda a la Notificación entrará en vigor para todos los registros que hayamos creado o conservado en el pasado. Dicha revisión o enmienda también entrará en vigor para cualquiera de sus registros que podamos crear o conservar en el futuro. Si nosotros revisamos esta Notificación, usted recibirá una copia.

SCAN cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina, excluye a las personas ni las trata de forma diferente por motivos de raza, color, religión, sexo (incluido embarazo, orientación sexual o identidad de género), nacionalidad, edad (40 o más), discapacidad e información genética (incluidos los antecedentes médicos familiares).

SCAN proporciona ayudas y servicios gratuitos a las personas con incapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, por ejemplo, a través de intérpretes de lenguaje de señas capacitados y a través de información escrita en otros formatos (en letra de imprenta grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).

SCAN proporciona servicios de idiomas gratuitos a las personas que no hablan inglés, por ejemplo, a través de intérpretes calificados y a través de información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, comuníquese con Servicios para miembros de SCAN al teléfono de los planes médicos estatales correspondientes.

Si cree que SCAN no ha prestado estos servicios o ha discriminado de otra manera por motivos de raza, color, religión, sexo (incluido embarazo, orientación sexual o identidad de género), nacionalidad, edad (40 o más), discapacidad e información genética (incluidos los antecedentes médicos familiares), puede presentar un reclamo en persona, por teléfono, correo o fax en:

SCAN Member Services
Atención: Grievance and Appeals Department
P.O. Box 22644
Long Beach, CA 90801-5644
Teléfono: para miembros de CA: 1-800-559-3500; para miembros de NM: 1-855-826-7226; para miembros de NV: 1-855-827-7226; para miembros de TX: 1-855-844-7226; y para miemros de AZ: 1-855-650-7226 (TTY: 711)
FAX: 1-562-989-0958

O complete el formulario “Presentar un reclamo” en nuestro sitio web: https://www.scanhealthplan.com/contact-us/file-a-grievance.

Si necesita ayuda para presentar una queja, Servicios para miembros de SCAN está disponible para ayudarlo.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. por vía electrónica a través del Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en: https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsfo por correo postal o por teléfono a:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019 (TTY: 1-800-537-7697)

Los formularios de queja están disponibles en https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/index.html.

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

Como miembro de VillageHealth, usted tiene derecho a obtener de nosotros varios tipos de información.

Si desea cualquiera de estos tipos de información, llame a Servicios para Miembros:

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera del plan.
- **Información sobre los proveedores y las farmacias de nuestra red.** Usted tiene derecho a obtener información sobre las calificaciones de los proveedores y las farmacias de nuestra red y cómo les pagamos.
- **Información acerca de su cobertura y las normas que debe seguir para usarla.** Los Capítulos 3 y 4 proporcionar información sobre los servicios médicos. Los Capítulos 5 y 6 proporcionar información sobre la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D.
- **Información sobre por qué algo no tiene cobertura y qué puede hacer usted al respecto.** En el Capítulo 9 se brinda información sobre cómo pedir una explicación por escrito de por qué un servicio médico o un medicamento de la Parte D no tiene cobertura o si su cobertura está restringida. En el Capítulo 9 también se proporciona información sobre cómo pedirnos que cambiemos una decisión, lo que también se llama apelación.

Sección 1.5 Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su atención

Usted tiene derecho a conocer sus opciones de tratamiento y participar en las decisiones sobre su atención médica

Tiene derecho a obtener toda la información completa de sus médicos y de otros proveedores de atención médica. Sus proveedores le deben explicar su afección y sus opciones de tratamiento *de manera tal que usted comprenda*.

Usted también tiene derecho a participar de la toma de decisiones sobre su atención médica. Para ayudarlo a tomar decisiones con sus médicos acerca de qué tratamiento es mejor para usted, sus derechos son los siguientes:

- **Saber acerca de todas sus opciones.** Usted tiene el derecho a ser informado acerca de todas las opciones de tratamiento que se recomiendan para su afección, independientemente de su precio o si son cubiertas por nuestro plan. También incluye la información sobre los programas que nuestro plan ofrece para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos y usarlos de forma segura.
- **Saber acerca de los riesgos.** Usted tiene el derecho a que se le informe sobre los riesgos involucrados en su atención médica. Se le debe informar por adelantado si alguna atención médica o tratamiento propuesto es parte de un experimento de

investigación. Usted siempre tiene la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.

- **El derecho a decir "no".** Tiene derecho a negarse a recibir el tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a retirarse de un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja quedarse. También tiene el derecho a dejar de tomar su medicamento. Desde luego que, si rechaza el tratamiento o deja de tomar los medicamentos, usted acepta la responsabilidad plena de lo que le ocurra a su cuerpo como consecuencia de ello.

Tiene derecho a dar instrucciones sobre lo que debe hacerse en caso que no estuviera en condiciones de tomar decisiones médicas

Para obtener información adicional sobre las directivas anticipadas, puede acceder a oag.ca.gov/consumers/general/care.

A veces, las personas no pueden tomar decisiones sobre su atención médica por sí solas a causa de algún accidente o enfermedad grave. Usted tiene derecho a decir lo que desea que suceda si está en esta situación. Esto significa que *si quiere*, usted puede:

- Llenar un formulario por escrito para otorgarle **a otra persona la autoridad legal para tomar decisiones médicas por usted** en caso de que alguna vez no tenga la capacidad de tomar decisiones por sí mismo.
- **Darle a sus médicos instrucciones por escrito** acerca de cómo desea que manejen su atención médica en caso de que no tenga la capacidad para tomar decisiones por sí mismo.

Los documentos legales que puede utilizar para dar sus instrucciones con anticipación para estos casos se denominan **directivas anticipadas**. Existen diferentes tipos de directivas anticipadas y nombres diferentes para ellas. Los documentos llamados **testamento vital** y el **poder notarial para la atención médica** son ejemplos de directivas anticipadas.

Si desea utilizar una directiva anticipada para dar a conocer sus instrucciones, esto es lo que debe hacer:

- **Obtener el formulario.** Puede pedir un formulario de directiva anticipada a su abogado, a un asistente social o conseguirlo en algunas tiendas de artículos para oficina. A veces se pueden obtener formularios de instrucciones anticipadas de organizaciones que ofrecen información sobre Medicare.
- **Complete y firme el formulario.** Independientemente del lugar donde obtenga este formulario, tenga en cuenta que se trata de un documento legal. Usted debe considerar solicitarle a un abogado que lo ayude a prepararlo.
- **Entregarles copias a las personas pertinentes.** Usted debe entregarles una copia del formulario al médico y a la persona que nombre en el formulario como la persona que tomará las decisiones en su nombre si usted no puede hacerlo. Le conviene darles copias a algunos amigos cercanos o miembros de la familia. Conserve una copia en su casa.

Si sabe con anticipación que deberá hospitalizarse y ha firmado instrucciones anticipadas, **lleve una copia cuando vaya al hospital**.

- El hospital le preguntará si ha firmado un formulario de instrucciones anticipadas y si lo lleva con usted.
- Si no ha firmado un formulario de instrucciones anticipadas, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntarán si desea firmar uno.

Recuerde, es su elección si desea llenar un formulario de instrucciones anticipadas (inclusive si desea firmar uno estando en el hospital). Según la ley, nadie puede negarse a brindarle atención ni puede discriminarlo por haber firmado o no instrucciones anticipadas.

¿Qué pasa si sus instrucciones no se siguen?

Si usted ha firmado una directiva anticipada y considera que el médico o el hospital no siguieron las instrucciones que aparecen en ella, usted puede presentar un reclamo con el Departamento de Salud de California.

Sección 1.6 Usted tiene derecho a presentar quejas y pedirnos reconsiderar decisiones que hayamos tomado

Si tiene algún problema, inquietud o queja y necesita solicitar cobertura o presentar una apelación, en el Capítulo 9 de este documento se le informa lo que puede hacer. Independientemente de lo que haga (pedir una decisión de cobertura, presentar una apelación o presentar una queja), **tenemos la obligación de tratarlo de manera justa.**

Sección 1.7 ¿Qué puede hacer si siente que está siendo tratado injustamente o que sus derechos no son respetados?

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

Si siente que no se le ha tratado con imparcialidad o que no se han respetado sus derechos debido a su raza, discapacidad, religión, sexo, salud, origen étnico, credo (creencias), edad, orientación sexual, o nacionalidad, debe llamar a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a la Oficina de Derechos Civiles de su localidad.

¿Se trata de algo diferente?

Si siente que no se le ha tratado con imparcialidad o que sus derechos no han sido respetados, *y no* se trata de discriminación, puede obtener ayuda para tratar el problema que está enfrentando:

- Puede **llamar a Servicios para Miembros**.
- Puede **llamar al Programa estatal de asistencia sobre el seguro médico**. Para obtener más información consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
- O bien **puede llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos

Hay varios sitios donde puede obtener más información sobre sus derechos:

- Puede **llamar a Servicios para Miembros** (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este documento).
- Puede **llamar al SHIP**. Para obtener más información, visite Capítulo 2, Sección 3.
- Puede comunicarse con **Medicare**.
  - Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación *Derechos y protecciones de Medicare*. (Esta publicación está disponible en: www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf.)
  - O llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan

Lo que tiene que hacer como miembro del plan se enumera a continuación. Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros.

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las normas que debe seguir para obtenerlos.** En este *Evidencia de cobertura* sabrá lo que está cubierto y las normas que debe cumplir para obtener estos servicios cubiertos.
  - Los Capítulos 3 y 4 dan más detalles sobre sus servicios médicos.
  - Los Capítulos 5 y 6 dan más detalles sobre su cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.
- **Si, además de nuestro plan, tiene cobertura de otro seguro de salud u otra cobertura para medicamentos con receta, debe comunicárnoslo.** Capítulo 1 le informa sobre la coordinación de estos beneficios.

- **Dígales al médico y a otros proveedores de atención médica que está inscrito en nuestro plan.** Muestre la tarjeta de miembro del plan cada vez que obtenga atención médica o medicamentos con receta de la Parte D.
- **Permita que sus médicos y otros proveedores lo ayuden dándoles información, haciendo preguntas y realizando un seguimiento de su atención.**
  - Para ayudarlo a obtener la mejor atención, cuénteles a sus médicos y otros profesionales de la salud sobre sus problemas de salud. Siga las instrucciones y planes de tratamiento que usted y sus médicos acordaron.
  - Asegúrese de que sus médicos sepan todos los medicamentos que está tomando, incluidos los medicamentos de venta libre, vitaminas y suplementos.
  - Si tiene preguntas, no dude en hacerlas y obtener respuestas que pueda comprender.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que usted actúe de una manera que contribuya al buen funcionamiento del consultorio de su médico, hospitales y otras oficinas.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:
  - Debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare para seguir siendo miembro del plan.
  - Para la mayoría de sus servicios médicos o medicamentos cubiertos por el plan, usted debe pagar su parte del costo al recibir el servicio o el medicamento.
  - Si debe pagar una multa por inscripción tardía, debe pagar la multa para mantener su cobertura para medicamentos con receta.
  - Si debe pagar el monto adicional por la Parte D debido a sus ingresos anuales, debe pagar este monto directamente al gobierno para seguir siendo miembro del plan.
- **Incluso si se muda *dentro* del área de servicio de nuestro plan, debemos estar al tanto** para mantener actualizado su registro de membresía y para saber cómo podemos comunicarnos con usted.
- **Si se muda *fuera* del área de servicio de nuestro plan, no puede seguir siendo miembro de nuestro plan.**
- Si se muda, también es importante que se lo comunique al Seguro Social (o a la Junta de jubilación para ferroviarios).

CAPÍTULO 9:

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

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Lo que debe hacer si tiene un problema o una inquietud

Este capítulo explica dos tipos de procesos para el manejo de problemas e inquietudes:

- Para algunos problemas, debe usar el **proceso para decisiones de cobertura y apelaciones**.
- Para otros problemas, debe usar el **proceso para presentar quejas; también llamado quejas**.

Ambos procesos han sido autorización por Medicare. Cada proceso tiene un conjunto de normas, procedimientos y plazos que usted y nosotros debemos seguir.

La guía de la Sección 3 lo ayudará a identificar el proceso correcto a utilizar y lo que debe hacer.

Sección 1.2 Acerca de los términos legales

Existe terminología legal para algunas de las normas, procedimientos y tipos de plazos que se explican en este capítulo. Para facilitar las cosas, este capítulo:

- Usa palabras más simples en vez de utilizar ciertos términos legales. Por ejemplo, en este capítulo aparece presentar una queja en lugar de interponer un reclamo, decisión de cobertura en lugar de determinación de la organización o determinación de cobertura o determinación de riesgo, y organización de revisión independiente en lugar de Entidad de revisión independiente.
- También se evita al máximo el uso de abreviaturas.

No obstante, puede resultarle útil, y, a veces, es bastante importante, conocer los términos legales correctos. Saber qué términos emplear le permitirá comunicarse con mayor precisión obtener la ayuda o información adecuadas para usted. Para ayudarlo a saber qué términos utilizar, incluimos términos legales cuando damos los detalles para el manejo de determinados tipos de situaciones.

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada

Siempre estamos a su disposición para ayudarle. Incluso si tiene un reclamo sobre el trato que le damos, estamos obligados a respetar su derecho a reclamar. Por lo tanto, siempre debe dirigirse al Servicios para Miembros para obtener ayuda. Pero en algunas situaciones es posible que también quiera la ayuda o la orientación de alguien que no tenga relación con nosotros. A continuación se mencionan dos entidades que pueden ayudarle.

Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (SHIP)

Cada estado tiene un programa gubernamental con asesores capacitados. El programa no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan médico. Los asesores de este programa pueden ayudarle a comprender el proceso que debe utilizar para tratar el problema que tenga. Además, ellos también pueden responder sus preguntas, darle más información y orientarlo sobre lo que debe hacer.

Los servicios de los asesores de SHIP son gratuitos. Encontrará los números de teléfono y las direcciones web en el Capítulo 2, Sección 3 de este documento.

Medicare

También puede ponerse en contacto con Medicare para obtener ayuda. Estas son las opciones de contacto con Medicare:

- Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 ías a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- También puede visitar la página web de Medicare (www.medicare.gov).

SECCIÓN 3 ¿Qué proceso debe utilizar para tratar su problema?

Si tiene un problema o una inquietud, solo necesita leer las partes del capítulo que se aplican a su situación. La guía que sigue le será útil.

¿Su problema o inquietud tiene que ver con sus beneficios o cobertura?

Esto incluye problemas sobre si la atención médica (artículos médicos, servicios y/o medicamentos recetados de la Parte B) están cubiertos o no, la forma en que están cubiertos y los problemas relacionados con el pago de la atención médica.

Sí.

Vaya a la sección siguiente de este capítulo, **Sección 4, Guía de los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones.**

No.

Vaya a la **Sección 10**, al final de este capítulo: **Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes**.

DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES

SECCIÓN 4 Guía de los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones

Sección 4.1 Cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: panorama general

Las decisiones y apelaciones de cobertura se refieren a problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura de su atención médica (servicios, suministros, y medicamentos con receta de la Parte B, incluido el pago). Para simplificar, solemos referirnos a los suministros médicos, los servicios y los medicamentos con receta de la Parte B de Medicare como **atención médica**. Usted usa el proceso de decisiones y apelaciones de cobertura para determinar asuntos tales como si algo tiene cobertura o no y la forma en que está cubierto.

Cómo solicitar decisiones de cobertura antes de recibir los beneficios

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y su cobertura, o con respecto al monto que pagaremos por su atención médica. Por ejemplo, si su médico de la red del plan lo deriva a un especialista médico que no pertenece a la red, esta derivación se considera una decisión de cobertura favorable a menos que su médico de la red pueda demostrar que usted recibió un aviso de denegación estándar para este especialista médico, o que la *Evidencia de cobertura* deje claro que el servicio recomendado no está cubierto bajo ninguna condición. Usted o su médico también puede contactarnos y pedirnos una decisión de cobertura si su médico no está seguro de si cubriremos un servicio médico particular o nos rehusamos a brindarle la atención médica que usted cree que necesita. En otras palabras, si usted quiere saber si cubriremos una atención médica antes de recibirla, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura para usted. En circunstancias limitadas, una solicitud de decisión de cobertura será desestimada, lo que significa que no revisaremos la solicitud. La solicitud se desestimará, por ejemplo, si la solicitud está incompleta, si alguien presenta la solicitud en su nombre pero no está legalmente autorizado para hacerlo o si usted pide que se retire su solicitud. Si desestimamos una solicitud de decisión de cobertura, le enviaremos un aviso en el que se explicará por qué se ha desestimado la solicitud y cómo solicitar una revisión de la desestimación.

Tomamos una decisión de cobertura cada vez que decidimos qué tiene usted cubierto y cuánto pagamos nosotros. En algunos casos, podríamos decidir que la atención médica no está cubierta o ya no tiene cobertura de Medicare para usted. Si está en desacuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura, ya sea antes o después de recibir un beneficio, y usted no está satisfecho, puede **apelar** la decisión. Una apelación es una manera formal de pedirnos revisar y modificar una decisión de cobertura que hayamos tomado. En ciertas circunstancias,

que analizaremos más adelante, puede solicitar una **apelación rápida** o acelerada de una decisión de cobertura. Su apelación es tratada por revisores diferentes a los que tomaron la decisión original.

Cuando usted apela una decisión por primera vez, se la llama apelación de nivel 1. En este tipo de apelación, revisamos la decisión de cobertura que hemos tomado para comprobar si seguimos adecuadamente todas las normas. Cuando hayamos completado la revisión, le comunicaremos nuestra decisión.

En circunstancias limitadas, una solicitud de apelación de nivel 1 será desestimada, lo que significa que no revisaremos la solicitud. La solicitud se desestimará, por ejemplo, si la solicitud está incompleta, si alguien presenta la solicitud en su nombre pero no está legalmente autorizado para hacerlo o si usted pide que se retire su solicitud. Si desestimamos una solicitud de apelación de nivel 1, le enviaremos una notificación en la que explicaremos por qué se ha desestimado la solicitud y cómo solicitar una revisión de la desestimación.

Si rechazamos una parte o la totalidad de su apelación de nivel 1 de atención médica, la apelación pasará automáticamente a ser una apelación de nivel 2 a cargo de una organización revisora independiente sin vínculo con nosotros.

- Usted no necesita hacer nada para iniciar una apelación de nivel 2. Las normas de Medicare exigen que elevemos automáticamente su apelación de atención médica al Nivel 2 si no estamos totalmente de acuerdo con su apelación de Nivel 1.
- Consulte la **sección 5.4** de este capítulo para obtener más información sobre las apelaciones de nivel 2 para atención médica.
- Las apelaciones de la Parte D se tratan en mayor detalle en la sección 6 de este capítulo.

Si no está satisfecho con la decisión tomada en la apelación de nivel 2, quizás pueda avanzar a otros niveles de apelación (en la sección 9 de este capítulo se explican los procesos de apelación de nivel 3, 4 y 5).

Sección 4.2 Cómo obtener ayuda cuando está pidiendo una decisión de cobertura o presentando una apelación

Estos son los recursos si decide solicitar algún tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- Puede **llamar a Servicios para Miembros**.
- Puede **obtener ayuda gratuita** de su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico.
- **Su médico puede realizar la solicitud por usted.** Si su médico le ayuda con una apelación superior al Nivel 2, tendrá que ser designado como su representante. Llame a Servicios para Miembros y pida el formulario de *Nombramiento de representante*. (El formulario también está disponible en la página web de Medicare en

www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en www.scanhealthplan.com/appointment-of-representative-form).

  - En el caso de atención médica o medicamentos recetados de la Parte B, su médico puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si se rechaza su apelación de Nivel 1, se la enviará automáticamente al Nivel 2.
  - Para los medicamentos con receta de la Parte D, su médico u otra persona autorizada a dar recetas puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si se rechaza su apelación de Nivel 1, su médico o el profesional que le receta puede solicitar una apelación de Nivel 2.

- **Puede solicitar que alguien actúe en su nombre.** Si así lo desea, puede designar a otra persona para que actúe en su nombre como su representante para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
  - Si quiere que un amigo, pariente, u otra persona sea su representante, llame a Servicios para Miembros y pida el formulario *Nombramiento de representante*. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en www.scanhealthplan.com/appointment-of-representative-form). El formulario le otorga a esa persona la autorización de actuar en su nombre. El formulario debe estar firmado por usted y por la persona que usted desea que actúe en su nombre. Usted debe darle al plan una copia del formulario firmado.
  - Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos terminar nuestra revisión si no lo recibimos. Si no recibimos el formulario antes de la fecha límite para tomar una decisión sobre su apelación, su solicitud de apelación será desestimada. Si esto sucede, le enviaremos un aviso por escrito en el que se explicará su derecho de pedirle a una organización de revisión independiente que revise nuestra decisión de rechazar su apelación.

- **Usted también tiene derecho a contratar a un abogado.** Puede comunicarse con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado de su colegio de abogados local u otro servicio de recomendación. También existen grupos que le proporcionarán servicios legales gratuitos si usted reúne los requisitos. Sin embargo, **no es obligatorio que contrate a un abogado** para que pida algún tipo de decisión de cobertura o la apelación de una decisión.

Sección 4.3 ¿En qué sección de este capítulo se incluyen detalles de su situación?

Existen cuatro diferentes de situaciones que suponen decisiones de cobertura y apelaciones. Dado que cada situación tiene diferentes normas y plazos, damos los detalles de cada una en una sección aparte:

- **Sección 5** de este capítulo: Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura.

- **Sección 6** de este capítulo: Sus medicamentos con receta de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
- **Sección 7** de este capítulo: Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que le están dando de alta demasiado pronto.
- **Sección 8** de este capítulo: Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto (*se aplica solo a estos servicios:* atención médica a domicilio, en un centro de atención de enfermería especializada y servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos [Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF]).

Si no está seguro de qué sección debe estar usando, llame a Servicios para Miembros. También puede obtener ayuda o información de organizaciones gubernamentales, como el programa SHIP.

SECCIÓN 5 Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura

Sección 5.1 Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura para atención médica o si desea que le reembolsemos nuestra parte del costo de su atención

En esta sección se describen los beneficios que tiene en cuanto de atención médica. Estos beneficios se detallan en el Capítulo 4 de este documento: *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)*. En algunos casos, se aplican reglas diferentes a una solicitud de un medicamento con receta de la Parte B. En esos casos, le explicaremos en qué se diferencian las reglas de los medicamentos con receta de la Parte B de las reglas de los elementos y servicios médicos.

En esta sección indicamos lo que usted puede hacer si se encuentra en alguna de estas cinco situaciones:

1. No está recibiendo determinada atención médica que desea y cree que esta atención está cubierta por nuestro plan. **Solicite que se tome una decisión de cobertura. Sección 5.2**.
2. Nuestro plan no autorizará la atención médica que desea brindarle su médico u otro proveedor médico, y usted cree que el plan cubre dicha atención. **Solicite que se tome una decisión de cobertura. Sección 5.2**.
3. Recibió atención médica que cree que el plan debería cubrir, pero le hemos comunicado que no la pagaremos. **Presente una apelación. Sección 5.3**.
4. Recibió atención médica y pagó por esta, y cree que el plan debería cubrirla, por lo que quiere solicitarle que le reembolse el costo de esta atención. **Envíenos la factura. Sección 5.5**.

5. Se le comunica que la cobertura que tenía para determinados servicios de atención médica que estaba recibiendo se reducirá o interrumpirá, y usted cree que esto podría perjudicar su salud. **Presente una apelación. Sección 5.3**.

   Nota: Si la cobertura que se va a interrumpir es para atención hospitalaria, atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF), debe leer las secciones 7 y 8 de este capítulo. Se aplican reglas especiales a estos tipos de atención.

Sección 5.2 Paso a paso: cómo puede solicitar una decisión de cobertura

Términos legales
Cuando una decisión de cobertura implica su atención médica, se denomina **determinación de la organización.** Una decisión de cobertura rápida se denomina **determinación acelerada.**

<u>Paso 1:</u> Decida si necesita una decisión de cobertura estándar o una decisión de cobertura rápida.

Una decisión de cobertura estándar suele tomarse en un plazo de 14 días calendario o 72 horas para los medicamentos de la Parte B. Una decisión de cobertura rápida se toma generalmente en un plazo de 72 horas, para los servicios médicos, o de 24 horas para los medicamentos de la Parte B. Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir estos dos requisitos:

- Solo puede solicitar cobertura para artículos y/o servicios médicos (no solicitudes de pago por artículos y/o servicios ya recibidos).
- Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solo* si el uso de los plazos estándares podría *causar un daño grave a su salud o perjudicar su capacidad de funcionamiento*.
- **Si su médico nos dice que su 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 apoyo de su médico, decidiremos si su salud requiere que le demos una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta con la siguiente información:
  - Explicación de que utilizaremos los plazos estándares.
  - Explicación de que si su médico solicita la decisión de cobertura rápida, le daremos automáticamente una decisión de cobertura rápida.
  - Explicación de que puede presentar un reclamo rápido sobre nuestra decisión de darle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó.

Paso 2: Pedir a nuestro plan que tome una decisión de cobertura o una decisión de cobertura rápida.

- Empiece llamando, escribiendo o enviando un fax a nuestro plan para solicitar que autoricemos o demos cobertura a la atención médica que desea. Usted, o su médico, o su representante pueden hacer esto. En el Capítulo 2 encontrará la información de contacto.

Paso 3: Estudiamos su solicitud de cobertura de atención médica y le damos nuestra respuesta.

Para las decisiones de cobertura estándar utilizamos los plazos estándares.

Esto significa que le daremos una respuesta en un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud **de un artículo o servicio médico**. Si solicita un **medicamento con receta de la Parte B de Medicare**, le daremos una respuesta **en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud.

- **Sin embargo**, si pide más tiempo, o si necesitamos más información que pueda beneficiarle **podemos tardar hasta 14 días calendario más** si solicita un artículo o servicio médico. Si decidimos tomar días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomar días adicionales para decidir si solicita un medicamento con receta de la Parte B.
- Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar un reclamo rápido. Responderemos a su reclamo tan pronto como tomemos la decisión. (El proceso para presentar un reclamo es diferente al proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Consulte la Sección 10 de este capítulo para obtener información sobre los reclamos).

En el caso de las decisión de cobertura rápida, usamos un plazo acelerado.

Una decisión de cobertura rápida significa que responderemos en un plazo de 72 horas si solicita un artículo o servicio médico. Si solicita un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, le responderemos en un plazo de 24 horas.

- **Sin embargo,** si pide más tiempo, o si necesitamos más información que pueda beneficiarle, **podemos tardar hasta 14 días calendario más**. Si decidimos tomar días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomar días adicionales para decidir si solicita un medicamento con receta de la Parte B.
- Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar un reclamo rápido. (Consulte la Sección 10 de este capítulo para obtener información sobre los reclamos). Lo llamaremos en cuanto hayamos tomado una decisión.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una explicación por escrito de por qué la rechazamos.

Paso 4: Si rechazamos su solicitud de cobertura de atención médica, puede apelar.

- Si rechazamos su solicitud, usted tiene derecho a pedirnos reconsiderar la decisión presentando una apelación. Esto significa volver a pedir la cobertura de atención médica que desea. Si presenta una apelación, significa que pasa al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 5.3 Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos legales
Una apelación al plan acerca de una decisión de cobertura de atención médica se denomina una **reconsideración** del plan. Una apelación rápida también se denomina **reconsideración acelerada.**

Paso 1: Decida si necesita una apelación estándar o una apelación rápida.

Una apelación estándar suele realizarse en un plazo de 30 días calendario o 7 días calendario para medicamentos de la Parte B. Una apelación rápida suele hacerse en un plazo de 72 horas.

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre la cobertura de un tipo de atención médica que todavía no ha recibido, usted o su médico tendrá que decidir si necesita una apelación rápida. Si su médico nos indica que su estado de salud requiere una apelación rápida, se la concederemos.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión de cobertura rápida que se explican en la Sección 5.2 de este capítulo.

Paso 2: Solicite a nuestro plan una apelación o una apelación rápida

- **Si solicita una apelación estándar, preséntela por escrito.** También puede solicitar un apelación llamándonos por teléfono. En el Capítulo 2 encontrará la información de contacto.
- **Si solicita una apelación rápida, hágalo por escrito o llámenos.** En el Capítulo 2 encontrará la información de contacto.
- **Debe presentar su solicitud de apelación en un plazo de 65 días calendario** desde la fecha que figura en el aviso escrito que le enviamos para informarle la respuesta de la decisión de cobertura. Si se vence este plazo y tiene una buena razón para haberlo dejado vencer, deberá explicar el motivo del retraso cuando presente su apelación. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Algunos ejemplos de una causa justificada pueden ser una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le brindamos información incorrecta o incompleta sobre la fecha límite para solicitar una apelación.
- **Puede pedir una copia de la información relativa a su decisión médica. Usted y su médico pueden añadir más información para apoyar su apelación.**

Paso 3: Evaluamos su apelación y le damos una respuesta.

- Cuando nuestro plan revisa su apelación, examinamos cuidadosamente toda la información. Comprobamos si hemos seguido todas las normas cuando dijimos que no a su solicitud.
- Recopilaremos más información si es necesario, posiblemente poniéndonos en contacto con usted o con su médico.

Plazos para una apelación rápida

- En el caso de las apelaciones rápidas, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 72 horas después de recibir su apelación**. Le daremos una respuesta antes si es necesario por su salud.
  - **Sin embargo**, si solicita tiempo adicional o si necesitamos recabar más información que podría beneficiarle, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si solicita un artículo o servicio médico. Si decidimos tomar días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para tomar una decisión si solicita un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
  - Si no le damos una respuesta en 72 horas (o al final de la prórroga, en caso de que tomemos días adicionales), estamos obligados a enviar automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que será revisada por una organización de revisión independiente. En la Sección 5.4 se explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que ha solicitado,** debemos autorizar o proporcionar la cobertura que hemos acordado en un plazo de 72 horas después de recibir su apelación.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que ha solicitado,** le enviaremos nuestra decisión por escrito y remitiremos automáticamente su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación.

Plazos para una apelación estándar

- Para las apelaciones estándares, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 30 días calendario** después de recibir su apelación. Si su solicitud es de un medicamento con receta de la Parte B de Medicare que no ha recibido, le daremos una respuesta en **un plazo de 7 días calendario** luego de haber recibido su apelación. Le comunicaremos nuestra decisión antes si es necesario por su afección médica.
  - **Sin embargo**, si solicita tiempo adicional o si necesitamos recabar más información que podría beneficiarle, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si solicita un artículo o servicio médico. Si decidimos tomar días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomar días adicionales para decidir si solicita un medicamento con receta de la Parte B.
  - Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar un reclamo rápido. Cuando presente un reclamo rápido, le daremos una respuesta a su

queja en un plazo de 24 horas. (Consulte la Sección 10 de este capítulo para obtener información sobre los reclamos).

- Si no le damos una respuesta en el plazo establecido (o al final de la prórroga), enviaremos su solicitud a una apelación de Nivel 2, donde una organización de revisión independiente la revisará. En la Sección 5.4 se explica el Nivel 2 del proceso de apelación.

- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos autorizar o brindar la cobertura en un plazo de 30 días calendario si solicitó un artículo o servicio médico, o **en un plazo de 7 días calendario** si solicitó un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- **Si nuestro plan rechaza una parte o la totalidad de su apelación,** enviaremos automáticamente su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.

Sección 5.4 Paso a paso: cómo se realiza una apelación de Nivel 2

Términos legales
El nombre formal de la organización de revisión independiente es **Entidad de revisión independiente.** En ocasiones se denomina la **IRE.**

La **organización de revisión independiente es una organización independiente que contrata Medicare**. Esta organización no está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Se encarga de determinar si la decisión que tomamos es correcta o si debe cambiarse. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: La organización de revisión independiente revisa su apelación.

- Le enviaremos a esta organización la información sobre su apelación. A esta información se la denomina su **archivo de caso. Usted tiene derecho a solicitarnos una copia del archivo de su caso**.
- Usted tiene derecho a proporcionarle a la Organización de revisión independiente información adicional para sustentar su apelación.
- Los revisores de la Organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente la información relacionada con su apelación.

Si se le concedió una apelación rápida en el Nivel 1, también se le concederá una apelación rápida en el Nivel 2.

- En el caso de la apelación rápida, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** de recibir su apelación.
- Sin embargo, si solicita un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita recabar más información que pudiera beneficiarlo, **puede llevar hasta 14 días calendario más**. La organización de revisión independiente no puede

tomarse tiempo adicional para tomar la decisión si solicita un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

Si usted tuvo apelación estándar en el Nivel 1, también se le concederá una apelación estándar en el Nivel 2.

- En el caso de la apelación estándar, si solicita un artículo o servicio médico, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 30 días calendario** de recibir su apelación. Si solicita 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 de los 7 días calendario** de haber recibido su apelación.
- Sin embargo, si solicita un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita recabar más información que pudiera beneficiarlo, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales**. La organización de revisión independiente no puede tomarse tiempo adicional para decidir si usted solicita 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 esta organización acepta una parte o la totalidad de la solicitud de un artículo o servicio médico,** debemos autorizar la cobertura de la atención médica en un plazo de 72 horas o prestar el servicio en un plazo de 14 días calendario después de recibir la decisión de la organización de revisión para las solicitudes estándares. En el caso de las solicitudes aceleradas, tenemos un plazo de 72 horas desde la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión.
- **Si la organización de revisión acepta una parte o la totalidad de una solicitud de un medicamento recetado de la Parte B de Medicare**, debemos autorizar o proporcionar el medicamento recetado de la Parte B en un plazo de **72 horas** de recibir la decisión de la organización de revisión para las **solicitudes estándares.** Para las **solicitudes aceleradas**, tenemos **24 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión.
- **Si esta organización rechaza una parte o la totalidad de su apelación**, significa que está de acuerdo con nosotros en que su solicitud (o parte de ella) de cobertura de atención médica no debe autorizarse. (Esto se llama **mantener la decisión** o **rechazar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta con la siguiente información:
  - Explicando su decisión.
  - Notificándole el derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de atención médica cumple con un determinado mínimo. La notificación escrita que reciba de la organización de revisión independiente le indicará el importe en dólares que debe cumplir para continuar el proceso de apelación.

- Le indicará cómo presentar una apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si su caso reúne los requisitos, puede elegir si desea continuar con su apelación.

- Hay otros tres niveles en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (lo que representa un total de cinco niveles de apelación). Si decide avanzar para presentar una apelación de Nivel 3, tendrá los detalles de cómo hacerlo en el aviso escrito que recibirá después de la apelación de Nivel 2.
- Un juez administrativo o un abogado litigante manejan la apelación de Nivel 3. En la Sección 9 de este capítulo, se explica más acerca de los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

Sección 5.5 ¿Qué sucede si nos está pidiendo nuestra parte de una factura que ha recibido por concepto de atención médica?

En el Capítulo 7 se describen las situaciones en las cuales es posible que deba solicitar un reembolso o el pago de una factura que le envió un proveedor. También le dice cómo enviarnos la documentación en la cual nos solicita el pago.

La solicitud de reembolso implica una decisión de cobertura de parte nuestra

Si nos envía la documentación correspondiente para solicitar un reembolso, nos está pidiendo que tomemos una decisión de cobertura. Para tomar esta decisión de cobertura, comprobaremos si la atención médica que pagó está cubierta. También comprobaremos si ha seguido todas las normas para utilizar su cobertura para la atención médica.

- **Si decimos que sí a su solicitud, puede suceder lo siguiente**: Si la atención médica tiene cobertura y siguió todas las normas, le enviaremos el pago de nuestra parte del costo, generalmente dentro de los 30 días calendario, pero a más tardar 60 días calendario después de recibir su solicitud. Si aún no ha pagado por la atención médica, enviaremos el pago directamente al proveedor.
- **Esto es lo que sucede si rechazamos su petición**: Si la atención médica *no* está cubierta, o usted *no* siguió todas las normas, no enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta en la que le informamos que no pagaremos por la atención médica y los motivos de esta decisión.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar su solicitud, **puede presentar una apelación**. Si presenta una apelación, nos está solicitando que modifiquemos una decisión de cobertura que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

Para hacer esta apelación, siga el proceso de apelación que se describe en la Sección 5.3. En los casos de apelaciones relativas a un reembolso, tenga en cuenta lo siguiente:

- tenemos que darle nuestra respuesta en un plazo de 60 días calendario después de recibir su apelación. Si solicita que le reembolsemos la atención médica que ya ha recibido y pagado usted mismo, no se le permite solicitar una apelación rápida.

- Si la organización de revisión independiente decide que tenemos que efectuar el pago, debemos enviárselo a usted o al proveedor de en un plazo de 30 días calendario. Si aceptamos su apelación en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviarle el pago que solicitó a usted o al proveedor en un plazo de 60 días calendario.

SECCIÓN 6 Medicamentos con receta de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Sección 6.1 Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para recibir un medicamento de la Parte D o si quiere que le reembolsemos un medicamento de la Parte D

Los beneficios incluyen la cobertura para muchos medicamentos con receta. Para estar cubierto, su medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. (Para obtener más información sobre cómo obtener una indicación médicamente aceptada, consulte el Capítulo 5). Si desea conocer los detalles de los medicamentos de la Parte D, las normas, las restricciones y los costos, consulte los capítulos 5 y 6. **En esta sección se tratan solamente los medicamentos de la Parte D.** Para simplificar las cosas, en general, hablaremos de *medicamento* en el resto de esta sección en lugar de repetir cada vez las expresiones *medicamento con receta cubierto para pacientes ambulatorios* o *medicamento de la Parte D*. También utilizamos el término Lista de medicamentos en lugar de *Lista de medicamentos cubiertos* o *Formulario*.

- Si no sabe si un medicamento está cubierto o si cumple las normas, puede preguntarnos. Algunos medicamentos requieren nuestra aprobación antes de que los cubramos.
- Si en la farmacia le dicen que su receta no puede surtirse tal como está escrita, le entregarán un aviso por escrito en el que se explica cómo ponerse en contacto con nosotros para pedir una decisión de cobertura.

Decisiones de cobertura y apelaciones de la Parte D

Término legal
Una decisión inicial de cobertura sobre sus medicamentos de la Parte D se llama **“determinación de cobertura”.**

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre la cantidad que pagaremos por sus medicamentos. En esta sección se explica lo que puede hacer si se encuentra en alguna de las siguientes situaciones:

- Pedir que se cubra un medicamento de la Parte D que no está en la *Lista de medicamentos cubiertos* del plan. **Pida una excepción. Sección 6.2**

- Pedirnos que no apliquemos una restricción a la cobertura del plan para un medicamento (como límites en la cantidad de medicamento que puede obtener, autorización previa o el requisito de probar otro medicamento primero). **Pida una excepción. Sección 6.2**
- Solicitar el pago de un importe inferior en gastos compartidos por un medicamento cubierto en un nivel superior gastos compartidos. **Pida una excepción. Sección 6.2**
- Pedir la autorización previa de un medicamento. **Solicite que se tome una decisión de cobertura. Sección 6.4**
- Pagar un medicamento recetado que ya ha comprado. **Puede pedirnos un reembolso. Sección 6.4**

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de cobertura, puede apelar nuestra decisión.

En esta sección se le indica cómo pedir las decisiones de cobertura y cómo solicitar una apelación.

Sección 6.2 ¿Qué es una excepción?

Términos legales
Solicitar la cobertura de un medicamento que no está en la Lista de medicamentos en ocasiones se denomina solicitar una **excepción al formulario.** Solicitar la eliminación de una restricción en la cobertura de un medicamento en ocasiones se denomina solicitar una **excepción al formulario** Pedir que se pague un precio más bajo por un medicamento cubierto no preferido en ocasiones se denomina solicitar una **excepción de nivel.**

Si un medicamento no está cubierto de la manera que a usted le gustaría, puede pedirnos que hagamos una **excepción**. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura.

Para que consideremos la solicitud de una excepción, su médico o la persona autorizada a dar recetas tendrán que explicar los motivos médicos por los que necesita que se apruebe la excepción. Aquí están tres ejemplos de excepciones que usted, su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden pedirnos que hagamos:

1. **Cubrir un medicamento de la Parte D para usted que no figura en nuestra Lista de medicamentos.** Si aceptamos hacer una excepción y cubrimos un medicamento que no figura en la Lista de medicamentos, deberá pagar el gastos compartidos que se aplique a los medicamentos en Nivel 4 (Fármaco no preferido). No puede solicitar que hagamos una excepción respecto del gastos compartidos que usted debe pagar por el medicamento.

2. **Eliminar una restricción para un medicamento cubierto.** En el Capítulo 5 se describen las normas o restricciones adicionales que se aplican a determinados medicamentos de nuestra Lista de medicamentos. Si aceptamos hacer una excepción y no aplicar una restricción en su caso, puede pedirnos una excepción en la cantidad gastos compartidos que pague por el medicamento.
3. **Cambio de la cobertura de un medicamento a un nivel de gastos compartidos inferior.** Todos los medicamentos de nuestra Lista de medicamentos se encuentran en uno de los cinco niveles de gastos compartidos. En general, cuanto más bajo sea el nivel de gastos compartidos, menor será el monto que le corresponda pagar del costo del medicamento.
   - Si nuestra Lista de medicamentos contiene medicamentos alternativos para tratar su afección médica que estén en un nivel de gastos compartidos más bajo que el medicamento que usted toma, puede pedirnos la cobertura de su medicamento al monto de gastos compartidos que aplique al medicamento alternativo.
   - Si el medicamento que toma es un producto biológico, puede pedirnos que lo cubramos a un gastos compartidos más bajo. Este sería el nivel más bajo que contiene alternativas de productos biológicos para tratar su enfermedad.
   - Si el medicamento que toma es de marca, puede pedirnos la cobertura de su medicamento al monto de gastos compartidos que aplique al nivel más bajo que contenga alternativas de marca para tratar su afección.
   - Si el medicamento que toma es genérico, puede pedirnos la cobertura de su medicamento al monto de gastos compartidos que aplique al nivel más bajo que contenga alternativas de marca o genéricos para tratar su afección.
   - No puede pedirnos que cambiemos el nivel de gastos compartidos para ningún medicamento de Nivel 5: Nivel especializado.
   - Si aprobamos su solicitud de una excepción de nivel y existe más de un nivel de gastos compartidos inferior con medicamentos alternativos que usted no puede tomar, generalmente pagará el monto más bajo.

Sección 6.3 Aspectos importantes que debe saber acerca de pedir excepciones

Su médico debe explicarnos las razones médicas

Su médico o la persona autorizada a dar recetas deben darnos una declaración que explique las razones médicas para solicitar una excepción. Para que tomemos la decisión más rápido, incluya esta información médica de su médico o de la persona autorizada a dar recetas cuando pida la excepción.

Generalmente, la Lista de medicamentos incluye más de un medicamento para tratar una afección en particular. Estas posibilidades diferentes se denominan medicamentos **alternativos**. Si un medicamento alternativo da el mismo resultado que el medicamento que está solicitando y no produce más efectos secundarios ni otros problemas de salud, en

general *no* aprobaremos su solicitud de una excepción. Si nos solicita una excepción de nivel, en general, *no* aprobaremos su solicitud de una excepción, a menos que todos los medicamentos alternativos del nivel de gastos compartidos más bajo no funcionen igual para usted o es probable que provoquen una reacción adversa u otro daño.

Podemos aceptar o rechazar su solicitud

- Si autorizamos su solicitud de una excepción, nuestra autorización normalmente es válida hasta el final del año del plan. Será válido mientras su médico siga recetándole el medicamento y mientras ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar su afección.
- Si rechazamos su solicitud, puede pedir otra revisión presentando una apelación.

Sección 6.4 Paso a paso: cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

Términos legales
Una decisión de cobertura rápida se denomina una **determinación de cobertura acelerada.**

Paso 1: Decida si necesita una decisión de cobertura estándar o una decisión de cobertura rápida.

Las decisiones de cobertura estándar se toman **72 horas** después de recibir la declaración del médico. **Decisiones de cobertura rápida** se toman **24 horas** después de recibir la declaración del médico.

Si su salud lo requiere, pídanos que tomemos una decisión de cobertura rápida. **Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir dos requisitos:**

- Debe solicitar un medicamento que aún no haya recibido. (No puede solicitar una decisión de cobertura rápida si nos pide que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró).
- Utilizar los plazos estándares puede poner su salud en grave peligro o dañar su capacidad funcional.
- **Si su médico o la persona autorizada a dar recetas nos indican que su salud requiere una decisión de cobertura rápida, le daremos automáticamente una decisión cobertura de rápida.**
- **Si nos pide usted mismo la decisión de cobertura rápida sin el apoyo de su médico o la persona autorizada a dar recetas, decidiremos si su salud requiere que tomemos una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta con las siguientes características:
    - Explicación de que utilizaremos los plazos estándares.

- Explicación de que si su médico o la persona autorizada a dar recetas piden una decisión de cobertura rápida, aceptaremos automáticamente tomar una decisión de cobertura rápida.
- Explicación de cómo puede presentar un reclamo rápido sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión estándar de cobertura en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó. Responderemos a su reclamo en un plazo de 24 horas desde su recepción.

Paso 2: Solicitar una decisión de cobertura estándar o una decisión de cobertura rápida.

Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o brindemos cobertura para la atención médica que desea. También puede acceder al proceso de decisiones de cobertura a través de nuestra página web. Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito, incluida una solicitud enviada en el formulario modelo de *solicitud de determinación de cobertura de CMS* o en nuestro formulario del plan, el cual/los cuales están disponible en nuestro sitio web www.villagehealthca.com. En el Capítulo 2 encontrará la información de contacto. **Puede enviar una solicitud a través de nuestra página web al correo electrónico:** medicarepartdparequests@express-scripts.com. Para ayudarnos a procesar su solicitud, asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información que identifique la reclamación denegada que está apelando.

Puede hacerlo usted, su médico (u otra persona autorizada a dar recetas) o su representante. También puede contratar a un abogado para que actúe en su nombre. En la Sección 4 de este capítulo se explica cómo puede dar permiso por escrito a otra persona para que actúe como su representante.

- **Si solicita una excepción, proporcione la declaración de apoyo**, que son los motivos médicos para la excepción. Su médico o la persona autorizada a dar recetas puede enviarnos la declaración por fax o correo. O su médico o la persona autorizada a dar recetas puede llamarnos por teléfono y hacer un seguimiento enviando la declaración escrita, ya sea por fax o por correo, si fuera necesario.

Paso 3: Estudiamos su solicitud y le damos nuestra respuesta.

Plazos para una decisión de cobertura rápida

- Por lo general, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 24 horas** después de recibir su solicitud.
  - En el caso de las excepciones, le daremos nuestra respuesta en un plazo de 24 horas después de recibir la declaración de apoyo de su médico. Le daremos una respuesta antes si es necesario por su salud.
  - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.

- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que ha solicitado,** debemos proporcionar la cobertura que hemos acordado en un plazo de 24 horas después de recibir su solicitud o la declaración del médico que la apoya.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que ha solicitado,** le enviaremos una declaración por escrito en la que se explique el motivo de nuestro rechazo. También le indicaremos cómo puede apelar.

Plazos para una decisión de cobertura estándar sobre un medicamento que aún no ha recibido

- Por lo general, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud.
  - En el caso de las excepciones, le daremos nuestra respuesta en un plazo de 72 horas después de recibir la declaración de apoyo de su médico. Le daremos una respuesta antes si es necesario por su salud.
  - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que ha solicitado,** debemos **proporcionarle la cobertura** que hemos acordado **en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud o la declaración de apoyo del médico.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que ha solicitado,** le enviaremos una declaración por escrito en la que le explicaremos el motivo del rechazo. También le indicaremos cómo puede apelar.

Plazos para una decisión de cobertura estándar sobre el pago de un medicamento que ya ha comprado

- Debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de recibir su solicitud.
  - Si no cumplimos este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde será revisada por una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, también debemos pagarle en un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará el motivo del rechazo. También le indicaremos cómo puede apelar.

Paso 4: Si rechazamos su solicitud de cobertura, puede presentar una apelación.

- Si la rechazamos, tiene derecho a pedirnos que reconsideremos esta decisión presentando una apelación. Esto significa volver a solicitar la cobertura del medicamento que desea. Si presenta una apelación, significa que pasa al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 6.5 Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos legales
Una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de medicamentos de la Parte D se denomina **redeterminación del plan.** Una apelación rápida también se denomina **redeterminación acelerada.**

Paso 1: Decida si necesita una apelación estándar o una apelación rápida.

Una apelación estándar suele realizarse en un plazo de 7 días calendario. Un apelación rápida se hace generalmente en un plazo de 72 horas. Si su salud lo requiere, solicite una apelación rápida.

- Si está apelando una decisión que hemos tomado sobre un medicamento que aún no ha recibido, usted y su médico u otra persona autorizada a dar recetas medicamentos tendrán que decidir si necesita una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión de cobertura rápida que se explican en la Sección 6.4 de este capítulo.

Paso 2: Usted, su representante, médico u otro profesional que emite recetas debe comunicarse con nosotros y presentar una apelación de Nivel 1. Si su salud exige una respuesta rápida, debe solicitar una **apelación rápida.**

- **Para apelaciones estándar, envíe una solicitud por escrito o llámenos al 1-800-399-7226**. El Capítulo 2 tiene información de contacto.
- **Para apelaciones rápidas, envíe su apelación por escrito o puede llamarnos al 1-800-399-7226**. El Capítulo 2 tiene información de contacto.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito,** incluida una solicitud presentada en el *Formulario de solicitud de redeterminación del modelo de CMS*, que está disponible en nuestro sitio web (www.villagehealthca.com). Asegúrese de incluir su nombre, datos de contacto e información sobre su reclamo para ayudarnos a procesar su solicitud.
- **Los Miembros y los Proveedores pueden presentar solicitudes de apelación en forma electrónica** a la dirección del sitio web que se indica debajo: www.scanhealthplan.com/file-an-appeal.
- **Debe presentar su solicitud de apelación en un plazo de 65 días calendario** a partir de la fecha del aviso escrito que le enviamos para informarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si se vence este plazo por una causa justificada, explique el motivo por el cual se ha atrasado al presentar su apelación. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Los ejemplos de causa justificada pueden incluir una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le proporcionamos información incorrecta o incompleta sobre la fecha límite para solicitar una apelación.

- **Puede solicitar una copia de la información de su apelación y agregar más información.** Usted y su médico pueden agregar más información para respaldar su apelación.

Paso 3: Consideramos su apelación y le damos una respuesta.

- Mientras revisamos su apelación, hacemos otra revisión cuidadosa de toda la información sobre su solicitud de cobertura. Verificamos si seguimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud. Es posible que nos comuniquemos con usted, con su médico o con otra persona autorizada a dar recetas para obtener más información.

Plazos para una apelación rápida

- En el caso de las apelaciones rápidas, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas de recibir su apelación.** Le daremos una respuesta antes si es necesario por su salud.
  - Si no le damos una respuesta en un plazo de 72 horas, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que será revisada por una organización de revisión independiente. En la Sección 6.6 se explica el Nivel 2 del proceso de apelación.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos proporcionar la cobertura que hemos acordado en un plazo de 72 horas de recibir su apelación.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito en la que le explicaremos el motivo del rechazo y cómo puede apelar.

Plazos para una apelación estándar por un medicamento que aún no ha recibido

- Para una apelación estándar, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 7 ías naturales** de recibir su apelación. Le comunicaremos nuestra decisión antes si aún no ha recibido el medicamento y su estado de salud así lo exige.
  - Si no le comunicamos nuestra decisión en un plazo de 7 ías naturales, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente. En la Sección 6.6 se explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que ha solicitado,** debemos proporcionarle la cobertura tan pronto como su salud lo requiera, pero no más de **7 ías naturales** después de recibir su apelación.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que ha solicitado,** le enviaremos una declaración por escrito en la que le explicaremos el motivo del rechazo y cómo puede apelar.

Plazos para una apelación estándar sobre el pago de un medicamento que ya ha comprado

- Debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de recibir su solicitud.
  - Si no cumplimos este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde será revisada por una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** estamos obligados a efectuar el pago en un plazo de **30 días calendario** desde que recibimos la solicitud.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una explicación por escrito de por qué la rechazamos. También le explicaremos cómo apelar nuestra decisión.

Paso 4: si rechazamos su apelación, usted decidirá si quiere continuar con el procedimiento de apelaciones y presentar *otra* apelación.

- Si decide presentar otra apelación, significa que su apelación se enviará al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Sección 6.6 Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 2

Término legal
El nombre formal de la organización de revisión independiente es **Entidad de Revisión Independiente.** En ocasiones se denomina la **IRE.**

La organización de revisión independiente es una organización independiente que contrata Medicare. Esta organización no está relacionada con el plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización determina si la decisión que tomamos es correcta o si se debe cambiar. Medicare supervisa el trabajo.

Paso 1: Usted (o el representante, el médico u otro prescriptor) debe comunicarse con la organización de revisión independiente y pedir una revisión del caso.

- Si rechazamos su apelación del Nivel 1, el aviso por escrito que le enviaremos incluirá **instrucciones para presentar una apelación del Nivel 2** ante la organización de revisión independiente. Estas instrucciones le indicarán el responsable encargado de presentar esta apelación de Nivel 2, los plazos que deberá respetar y el modo de comunicarse con la organización de revisión. Sin embargo, si no completamos la revisión en el plazo aplicable, o tomamos una decisión desfavorable en cuanto a la determinación de **riesgo** según el programa de administración de medicamentos, remitiremos automáticamente su reclamación a la IRE.
- Enviaremos la información acerca de la apelación ante esta organización. A esta información se la denomina su **archivo de caso**. **Usted tiene derecho a solicitarnos una copia del archivo de su caso.**

- Usted tiene derecho a proporcionarle a la Organización de revisión independiente información adicional para sustentar su apelación.

Paso 2: La organización de revisión independiente revisa su apelación.

Los revisores de la organización de revisión independiente examinarán detenidamente toda la información relacionada con la apelación.

Plazos para la apelación rápida

- Si su estado de salud lo requiere, solicite a la organización de revisión independiente una apelación rápida.
- Si la organización accede a concederle una apelación rápida, deberá darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** luego de recibir la solicitud de apelación.

Plazos para la apelación estándar

- Para las apelaciones estándar, la organización revisora debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 ías calendario** luego de recibir la apelación si es para un medicamento que aún no ha recibido. Si solicita que le devolvamos el dinero de un medicamento que ya ha comprado, la organización revisora debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 14 días calendario** luego de recibir su solicitud.

Paso 3: La organización de revisión independiente le da su respuesta.

Para las apelaciones rápidas:

- **Si la organización de revisión independiente aprueba parte o todo lo que ha solicitado,** debemos proporcionar la cobertura de medicamentos que fue aprobada por la organización de revisión **en un plazo de 24 horas** luego de recibir la decisión de la organización de revisión.

Para las apelaciones estándar:

- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de la solicitud de cobertura,** debemos **proporcionar la cobertura de medicamentos** que fue aprobada por la organización de revisión **en un plazo de 72 horas** luego de recibir la decisión de la organización de revisión.
- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de su solicitud de reembolso** de un medicamento que ya compró, estamos obligados a **enviarle el pago en un plazo de 30 días calendario** luego de recibir la decisión de la organización de revisión.

¿Qué ocurre si la organización revisora rechaza la apelación?

Si esta organización rechaza una **parte o la totalidad de** la apelación, significa que coincide con la decisión de no aprobar la solicitud (o parte de ella). (Esto se denomina **confirmar la**

decisión. También se denomina **rechazar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta:

- Explicando la decisión.
- Le notifica el derecho a una apelación de nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita alcanza un determinado mínimo. Si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos solicitada es demasiado bajo, no podrá presentar otra apelación y la decisión del nivel 2 será definitiva.
- Le indicamos el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelación.

Paso 4: Si su caso cumple los requisitos, usted decide si quiere continuar con su apelación.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelación luego del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelación).
- Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, los detalles del modo en que debe hacerlo se encuentran en la notificación escrita que recibe luego de la decisión sobre la apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 la maneja un juez de derecho administrativo o un árbitro. La Sección 9 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que le están dando de alta demasiado pronto

Cuando se lo ingresa en un hospital, tiene derecho a obtener todos los servicios hospitalarios cubiertos que sean necesarios para el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad o lesión.

Durante su hospitalización cubierta, su médico y el personal del hospital colaborarán con usted para prepararlo para el día en que le den el alta. También ayudarán a coordinar la atención que pueda necesitar cuando se vaya.

- El día que deja el hospital es la **fecha del alta**.
- Cuando se decidida su fecha del alta, su médico o el personal del hospital le informarán.
- Si cree que le están pidiendo que deje el hospital demasiado pronto, puede pedir una hospitalización más prolongada y se considerará su solicitud.

Sección 7.1 Durante la hospitalización, recibirá un aviso por escrito de Medicare, donde se le explicarán sus derechos

A los dos días calendario de ingresar en el hospital, recibirá una notificación por escrito denominada *Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos* Todas las personas bajo cobertura de Medicare reciben una copia de esta notificación. Si no recibe la notificación de alguien del hospital (por ejemplo, un asistente social o una enfermera), solicítesela a cualquier empleado del hospital. En caso de necesitar ayuda, comuníquese con Servicios para Miembros o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) durante las 24 horas, los 7 ías de la semana (TTY 1-877-486-2048).

1. **Lea atentamente este aviso y consulte cualquier duda que tenga.** Le informa:
   - Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y luego de su hospitalización, según lo solicite su médico. Esto incluye el derecho a saber acerca de estos servicios, el responsable que los pagará y el lugar donde puede obtenerlos.
   - El derecho a participar en cualquier decisión sobre la hospitalización.
   - Dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de la atención hospitalaria.
   - El derecho a **solicitar una revisión inmediata** de la decisión de darle de alta si considera que el alta es demasiado pronto. Se trata de un modo formal y legal de solicitar un retraso en la fecha de alta para que la atención hospitalaria esté cubierta más tiempo.
2. **Se le pedirá que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió y que comprende sus derechos.**
   - Se le pedirá que firme el aviso a usted o a alguien que actúe en su nombre.
   - Firmar el aviso *solo* demuestra que ha recibido la información sobre sus derechos. El aviso no le informa sobre su fecha del alta. Firmar el aviso ***no* significa** que esté de acuerdo con la fecha del alta.
3. **Guarde la copia** de la notificación para tener a mano la información sobre el modo de presentar una apelación (o comunicar alguna inquietud sobre la calidad de la atención médica) en caso de que la necesite.
   - Si firma la notificación más de dos días calendario antes de la fecha del alta, recibirá otra copia antes de que esté programado que le den el alta.
   - Para consultar una copia de esta notificación por adelantado, puede comunicarse con Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este documento) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede ver la notificación en Internet en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

Sección 7.2 Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha del alta del hospital

Si desea pedir que los servicios hospitalarios para pacientes internados estén cubiertos por nosotros durante un tiempo más prolongado, tendrá que usar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de empezar, es importante que entienda lo que debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Solicite ayuda si la necesita.** En caso de preguntas o de necesitar ayuda en cualquier momento, comuníquese con Servicios para Miembros. O comuníquese con el Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud, un programa gubernamental que proporciona asistencia personalizada.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad revisa su apelación. Comprueba si la fecha de alta prevista es médicamente adecuada para usted.

La **Organización para el Mejoramiento de la Calidad** es un grupo de médicos y otros profesionales de la salud a los que les paga el gobierno federal para comprobar y ayudar a mejorar la calidad de la atención a las personas con Medicare. Esto incluye revisar las fechas del alta del hospital para las personas que tienen Medicare. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Póngase en contacto con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado y solicite una revisión inmediata del alta del hospital. Debe actuar rápidamente.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- La notificación por escrito que recibió (*Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*) le explica el modo de comunicarse con esta organización. O encuentre el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe rápido:

- Para presentar la apelación, debe ponerse en contacto con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad *antes de* abandonar el hospital y **no más tarde de la medianoche del día del alta.**
  - **Si cumple este plazo,** podrá permanecer en el hospital *luego de* la fecha de alta *sin pagar por ello* mientras espera la decisión de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.
  - **Si no cumple este plazo,** contacta con nosotros. Si decides quedarte en el hospital luego de la fecha prevista del alta, *es posible que tenga que abonar todos los costos* de la atención hospitalaria que reciba luego de la fecha prevista del alta.

Una vez que solicite una revisión inmediata del alta hospitalaria, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se pondrá en contacto con nosotros. Antes del mediodía del día siguiente a que nos pongamos en contacto con usted, le entregaremos una **notificación detallada de alta**. Esta notificación indica la fecha de alta prevista y explica en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros consideramos que es correcto (médicamente apropiado) que sea dado de alta en esa fecha.

Puede obtener una muestra del **aviso detallado de alta** comunicándose con Servicios para Miembros o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 ías de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). O también puede ver un ejemplo de la notificación en Internet en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeappealNotices.

Paso 2: la Organización para la mejora de la calidad realiza una revisión independiente de su caso.

- Los profesionales de salud de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (los *revisores*) le preguntarán a usted (o a su representante) el motivo por el que considera que debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- Los revisores también examinarán su información médica, consultarán con su médico y revisarán la información que el hospital y nosotros les hemos proporcionado.
- Antes del mediodía del día siguiente al que los revisores nos informaron de la apelación, recibirá una notificación por escrito de nuestra parte en la que se indica la fecha prevista de alta. En esta notificación también se explican detalladamente las razones por las que el médico, el hospital y nosotros consideramos que es correcto (médicamente apropiado) que le den el alta en esa fecha.

Paso 3: en un plazo de un día completo después de tener toda la información necesaria, la Organización para la mejora de la calidad le dará la respuesta a su apelación.

¿Qué sucede si la aceptan?

- Si la organización de revisión *acepta*, **debemos seguir brindándole servicios hospitalarios para pacientes internados cubiertos durante el tiempo que sean médicamente necesarios.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Además, es posible que haya limitaciones en sus servicios hospitalarios cubiertos.

¿Qué sucede si la rechazan?

- Si la organización de revisión *rechaza*, significa que la fecha prevista del alta es médicamente apropiada. En caso de que esto suceda, **nuestra cobertura para los servicios hospitalarios para pacientes internados finalizará** al mediodía del día

posterior al día en que la Organización para la mejora de la calidad le dé su respuesta a la apelación.

- Si la organización de revisión *rechaza* su apelación y usted decide permanecer en el hospital, **es posible que deba pagar el costo total** de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día posterior a que la Organización para la mejora de la calidad le brinde su respuesta a la apelación.

Paso 4: si rechazan su apelación de Nivel 1, usted decide si quiere presentar otra apelación.

- Si la Organización para la mejora de la calidad ha dicho *no* a su apelación *y* usted permanece en el hospital después de la fecha prevista del alta, puede presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que pasa al **Nivel 2** del proceso de apelaciones.

Sección 7.3 Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha del alta del hospital

En una apelación de Nivel 2, le solicita a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad que vuelva a revisar la decisión que se tomó en la primera apelación. Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechaza la apelación de Nivel 2, deberá abonar el costo total de la hospitalización con posterioridad a la fecha de alta prevista.

Paso 1: Póngase en contacto con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de nuevo y solicite otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** luego de que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad *rechazó* su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si permaneció en el hospital después de la fecha en la que finalizó su cobertura de atención médica.

Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad hace una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para la mejora de la calidad revisarán de nuevo con cuidado toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: Dentro de los 14 días calendario de haber recibido la solicitud de una apelación de Nivel 2, los revisores tomarán una decisión sobre la apelación y se la informarán.

Si la organización de revisión acepta:

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los gastos de atención médica que haya recibido en el hospital desde el mediodía del día siguiente a la fecha en la que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechazó su primera apelación. **Debemos continuar proporcionándole cobertura de atención hospitalaria por el tiempo que sea médicamente necesario.**

- Debe continuar abonando su parte de los gastos y se pueden aplicar limitaciones de cobertura.

Si la organización de revisión no acepta:

- Significa que coincide con la decisión que tomaron sobre su apelación de Nivel 1. Esto se denomina confirmar la decisión.
- En la notificación que reciba se le explicará por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión.

Paso 4: Si la Organización de revisión independiente no acepta, deberá elegir si desea seguir apelando y pasar al Nivel 3.

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (lo que representa un total de cinco niveles de apelación). Si decide avanzar para presentar una apelación de Nivel 3, tendrá los detalles del modo de hacerlo en la notificación escrita que recibirá luego de la apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 la maneja un juez de derecho administrativo o un árbitro. En la Sección 9 de este capítulo, se explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 8 Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto

Sección 8.1 *Esta sección trata solo acerca de tres servicios:* servicios de atención médica a domicilio, en un centro de atención de enfermería especializada y en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF)

Al recibir **servicios de atención médica a domicilio, atención de enfermería especializada o en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF),** tiene derecho a continuar recibiendo los servicios para ese tipo de atención, siempre que la atención sea necesaria para diagnosticar y tratar la enfermedad o lesión.

Cuando decidimos que es hora de dejar de cubrir alguno de los tres tipos de atención médica, estamos obligados a decírselo por anticipado. Cuando se cancele su cobertura para esa atención, *dejaremos de pagar nuestra parte de los costos por su atención.*

Si cree que la cobertura de su atención se cancela demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. Esta sección le indica cómo solicitar una apelación.

Sección 8.2 Le comunicaremos por adelantado cuándo se cancelará su cobertura

Término Legal
Aviso de no cobertura de Medicare. Le indica cómo puede solicitar una **apelación acelerada.** Solicitar una apelación acelerada es una forma formal y legal de solicitar un cambio en nuestra decisión de cobertura sobre cuándo interrumpir su atención.

1. **Recibe un aviso por escrito** al menos dos días calendario antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención. El aviso te dice:
   - La fecha en la que dejaremos de cubrir su atención.
   - Cómo solicitar una apelación acelerada para solicitarnos que sigamos cubriendo su atención durante un período de tiempo más largo.
2. **Se le pedirá a usted, o a alguien que actúe en su nombre, que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió.** Firmar el aviso muestra *solo* que ha recibido el información sobre cuándo terminará su cobertura. **Firmarlo no significa que está de acuerdo** con la decisión del plan de suspender la atención.

Sección 8.3 Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo

Si desea pedirnos que cubramos su atención médica durante un período más largo, deberá usar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de empezar, es importante que entienda lo que debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Solicite ayuda si la necesita.** En caso de preguntas o de necesitar ayuda en cualquier momento, comuníquese con Servicios para Miembros. O comuníquese con el Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud, un programa gubernamental que proporciona asistencia personalizada.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad revisa su apelación. Decide si la fecha de finalización de la atención es médicamente apropiada.

La **Organización para el Mejoramiento de la Calidad** es un grupo de médicos y otros expertos en atención médica a los que les paga el gobierno federal para comprobar y ayudar a mejorar la calidad de la atención a las personas con Medicare. Esto incluye la revisión de las decisiones del plan sobre el momento de dejar de cubrir ciertos tipos de atención médica. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Presente su apelación de Nivel 1: póngase en contacto con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y solicite una *apelación rápida*. Debe actuar rápidamente.

¿Cómo puede ponerse en contacto con esta organización?

- En la notificación escrita que ha recibido (*Notificación de no cobertura de Medicare*) se indica el modo en que puede ponerse en contacto con esta organización. O encuentre el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe rápidamente:

- Debe ponerse en contacto con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad para iniciar su apelación **antes del mediodía del día anterior a la fecha de vigencia** de la *notificación de no cobertura de Medicare*.
- Si no cumple con la fecha límite y desea presentar una apelación, aún tiene derechos de apelación. Ponte en contacto con tu organización de mejora de la calidad.

Paso 2: la Organización para la mejora de la calidad realiza una revisión independiente de su caso.

Término legal
Explicación detallada de la no cobertura Notificación que proporciona detalles sobre los motivos de la finalización de la cobertura

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de salud de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (los revisores) le preguntarán a usted, o a su representante, el motivo por el que consideran que debería continuar la cobertura de los servicios. No debe preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- La organización revisora también examinará la información médica, consultará con el médico y revisará la información que el plan le ha proporcionado.
- Al final del día en que los revisores nos comuniquen su apelación, recibirá la **explicación detallada de no cobertura,** en la que se indican los motivos para finalizar la cobertura de sus servicios.

Paso 3: en el plazo 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, entonces **debemos seguir brindándole servicios cubiertos mientras sigan siendo médicamente necesarios.**

- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Es posible que haya limitaciones en los servicios cubiertos.

¿Qué sucede si los revisores rechazan la apelación?

- Si los revisores *rechazan*la apelación, **la cobertura finalizará en la fecha que le informamos.**
- Si decide continuar recibiendo servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de reposo especializado o servicios en un centro de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF) *luego* de la fecha en la que finaliza su cobertura, **deberá pagar el costo total** de esta atención.

Paso 4: si rechazan su apelación de Nivel 1, usted decide si quiere presentar otra apelación.

- Si los revisores *rechazan* su apelación del Nivel 1 – y usted decide seguir recibiendo la atención médica después de que haya finalizado la cobertura – puede presentar otra apelación de Nivel 2.

Sección 8.4 Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo

En una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para la mejora de la calidad que vuelva a revisar la decisión que se tomó en la primera apelación. Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechaza la apelación de Nivel 2, es posible que deba pagar el costo total de los servicios de atención médica a domicilio, de los servicios en un centro de atención de reposo especializado, o de los servicios en un centro de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF) *luego* de la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura.

Paso 1: Vuelva a comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad y pida otra revisión.

- Debe pedir esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** después de que la Organización para la mejora de la calidad *rechazó* la apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si siguió recibiendo la atención médica después de la fecha en la que finalizó su cobertura.

Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para la mejora de la calidad harán otra revisión cuidadosa de toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: Los revisores decidirán, en un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud de apelación, sobre su apelación y le informarán su decisión.

¿Qué sucede si la organización de revisión la acepta?

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de la atención médica que ha recibido desde la fecha en que dijimos que finalizaría su cobertura. **Debemos seguir cubriendo** la atención durante el tiempo que sea médicamente necesaria.
- Usted debe seguir pagando la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

¿Qué sucede si la organización de revisión la rechaza?

- Significa que está de acuerdo con la decisión que tomamos respecto de su apelación de Nivel 1.
- En el aviso que recibirá se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles para continuar con el siguiente nivel de apelación, que lo maneja un juez administrativo o un abogado adjudicador.

Paso 4: Si la rechaza, tendrá que decidir si quiere continuar con la apelación.

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, lo que representa un total de cinco niveles de apelación. Si decide avanzar para presentar una apelación de Nivel 3, tendrá los detalles de cómo hacerlo en el aviso escrito que recibirá después de la apelación de Nivel 2.
- Un juez administrativo o un abogado adjudicador manejan la apelación de Nivel 3. En la Sección 9 de este capítulo, se explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 9 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y más allá

Sección 9.1 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de servicios médicos

Es posible que esta sección sea adecuada para usted si presentó una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2 y ambas fueron rechazadas.

Si el valor en dólares de un elemento o servicio médico sobre el que ha apelado cumple con ciertos niveles mínimos, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. Si el valor en dólares es inferior al nivel mínimo, no puede seguir apelando. La respuesta por escrito que reciba por la apelación de Nivel 2 explicará lo que debe hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los tres últimos niveles de apelación funcionan más o menos del mismo modo. A continuación se menciona al responsable de manejar la revisión de la apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3	**Un juez administrativo o un árbitro que trabaja para el gobierno federal** revisará la apelación y le dará una respuesta.

- **Si el juez administrativo o el árbitro acepta la apelación, el proceso de apelaciones *puede* o *no* concluir.** A diferencia de una decisión en una apelación de Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 que le sea favorable. Si decidimos apelar se avanzará a una apelación de Nivel 4
  - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionarle la atención médica en un plazo de 60 días calendario luego de recibida la decisión del juez administrativo o del árbitro.
  - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 con los documentos relacionados. Es posible que esperemos la decisión de la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o brindar la atención médica en disputa.
- **Si el juez administrativo o el árbitro rechaza su apelación, el proceso de apelación *puede* o *no* concluir.**
  - Si decide aceptar esta decisión que rechaza la apelación, el proceso de apelación concluye.
  - Si no quiere aceptar la decisión, puede continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. La notificación que reciba le indicará lo que debe hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4	El **consejo de apelaciones de Medicare** (Consejo) revisará la apelación y le dará una respuesta. El consejo forma parte del gobierno federal.

- **Si el consejo acepta o rechaza la solicitud de revisar una decisión favorable a una apelación de Nivel 3, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *no*.** A diferencia de una decisión de Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 4 que le sea favorable. Decidiremos si apelar esta decisión a Nivel 5.
  - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o brindarle la atención médica en el plazo de 60 días calendario luego de recibida la decisión del consejo.
  - Si decidimos apelar la decisión, se lo notificaremos por escrito.
- **Si la respuesta es negativa o si el consejo rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones *puede* o *no* concluir.**
  - Si decide aceptar esta decisión que rechaza la apelación, el proceso de apelaciones ha finalizado.

- Si no quiere aceptar la decisión, podría continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el consejo de apelaciones rechaza la apelación, en la notificación que reciba se le indicará si las normas le permiten avanzar a una apelación de Nivel 5 y el modo de continuar con la apelación de Nivel 5.

Apelación de Nivel 5 Un juez del **tribunal de distrito federal** revisará la apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá *aceptar* o *no* la solicitud. Esta es una respuesta definitiva. No existen más niveles de apelación luego del tribunal de distrito federal.

Sección 9.2 Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones para Solicitudes de medicamentos de la Parte D

Es posible que esta sección le sea adecuada si presentó una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2 y ambas fueron rechazadas.

Si el valor del medicamento sobre el que ha apelado llega a un monto determinado de dólares, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. Si el monto en dólares es menor, no puede seguir apelando. La respuesta por escrito que reciba para su apelación de Nivel 2 explicará lo que debe hacer y la persona con quien se debe comunicar para solicitar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los tres últimos niveles de apelación funcionan más o menos del mismo modo. A continuación se menciona al responsable de manejar la revisión de la apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3 **Un juez administrativo o un árbitro que trabaja para el gobierno federal** revisará la apelación y le dará una respuesta.

- **Si se acepta la apelación, el proceso de apelaciones habrá finalizado**. Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos** aprobada por el juez administrativo o abogado adjudicador **dentro de 72 horas (24 horas para las apelaciones aceleradas) o realizar el pago a más tardar en 30 días calendario** de haber recibido la decisión.
- **Si su solicitud es rechazada, es posible que el proceso de apelación *se termine* o *siga***.
  - Si usted decide aceptar la decisión de rechazar su apelación, el proceso de apelación termina.
  - Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. La notificación que reciba le indicará lo que debe hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4	El **consejo de apelaciones de Medicare** (Consejo) revisará la apelación y le dará una respuesta. El consejo trabaja para el gobierno federal.

- **Si aceptan la apelación, el proceso de apelación ha finalizado.** Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos** aprobada por el consejo **en un plazo de 72 horas (24 horas para las apelaciones aceleradas) o realizar el pago a no más de 30 días calendario** de haber recibido la decisión.
- **Si se rechaza la apelación, el proceso *de apelación puede* o *no* concluir.**
  - Si decide aceptar la decisión de rechazar su apelación, el proceso de apelación ha finalizado.
  - Si no desea aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el consejo rechaza la apelación o la solicitud para revisar la apelación, la notificación que reciba le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5. Además se le indicará el responsable con quien comunicarse y lo que debe hacer a continuación si decide continuar con la apelación.

Apelación de Nivel 5	Un juez del **tribunal de distrito federal** revisará la apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá *aceptar* o *no* la solicitud. Esta es una respuesta definitiva. No existen más niveles de apelación luego del tribunal de distrito federal.

PRESENTAR QUEJAS

SECCIÓN 10 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes

Sección 10.1 ¿Qué tipos de problemas se tratan en el proceso de quejas?

El proceso de quejas *solo* se aplica a determinados tipos de problemas. Entre ellos se incluyen los problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el

servicio al cliente que recibe. A continuación, encontrará algunos ejemplos de los tipos de problemas que pueden gestionarse a través del proceso de quejas.

Queja	Ejemplo de
Calidad de la atención médica	• ¿No se encuentra satisfecho con la calidad de atención que ha recibido (incluida la atención en el hospital)?
Respeto de su privacidad	• ¿Considera que alguien no respetó el derecho a la privacidad o compartió información confidencial?
Falta de respeto, mal servicio al cliente u otros comportamientos negativos	• ¿Alguien ha sido descortés o le ha faltado el respeto? • ¿No se encuentra satisfecho con el Servicios para Miembros? • ¿Siente que lo alientan a dejar el plan?
Tiempos de espera	• ¿Tiene problemas para conseguir una cita o tiene que esperar demasiado para conseguirla? • ¿Ha tenido que esperar demasiado a médicos, farmacéuticos u otros profesionales de salud? ¿O por el Servicios para Miembros u otro personal del plan? ○ Por ejemplo, esperar demasiado tiempo al teléfono, en la sala de espera o de examen o para obtener una receta.
Limpieza	• ¿No se encuentra satisfecho con la limpieza o el estado de una clínica, hospital o consultorio médico?
Información que recibe de nosotros	• ¿No le hemos enviado una notificación obligatoria? • ¿La información escrita es difícil de entender?
Puntualidad (Todos estos tipos de quejas están relacionados con la *puntualidad* de las acciones relacionadas con las decisiones de cobertura y las apelaciones)	Si ha solicitado una decisión de cobertura o ha presentado una apelación, y considera que no estamos respondiendo con la suficiente rapidez, también puede presentar una queja sobre nuestra lentitud. A continuación se presentan algunos ejemplos: • Nos ha solicitado una *decisión rápida de cobertura* o una *apelación rápida*, y la hemos rechazado; puede presentar una queja. • Considera que no estamos cumpliendo los plazos de las decisiones de cobertura o de las apelaciones; puede presentar una queja. • Considera que no estamos cumpliendo los plazos para cubrir o reembolsar determinados artículos o servicios médicos que fueron aprobados; puede presentar una queja.

Queja	Ejemplo de
	• Considera que no cumplimos los plazos establecidos para remitir su caso a la organización de revisión independiente; puede presentar una queja.

Sección 10.2 Cómo presentar una queja

Términos legales
• Una **queja** también se denomina **reclamación.** • **Presentar una queja** también se denomina **presentar una reclamación.** • **Utilizar el proceso de quejas** también se denomina **utilizar el proceso de presentación de reclamaciones.** • Una **queja rápida** también se denomina **reclamación acelerada**

Sección 10.3 Paso a paso: presentación de una queja

Paso 1: Comuníquese con nosotros de inmediato, ya sea por escrito o por teléfono.

- **Habitualmente, el primer paso consiste en llamar a Servicios para Miembros.** Si debe hacer algo más, Servicios para Miembros se lo indicará.
- **Si no desea llamar (o si llamó y no quedó satisfecho), puede presentar su queja por escrito y enviárnosla.** Si presentó su queja por escrito, le responderemos por escrito.
- Servicios para Miembros Puede comunicarse al 1-800-399-7226, TTY 711. Comuníquese con nosotros de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, el horario es de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. Los mensajes recibidos durante los días festivos y fuera de las horas laborales se responderán el siguiente día hábil.
- El **plazo** para presentar una queja es 60 días calendario a partir del momento en que tuvo el problema sobre el que quiere reclamar.

Paso 2: analizaremos su queja y le daremos una respuesta.

- **De ser posible, le daremos una respuesta de inmediato.** Si nos llama por una queja, tal vez podamos darle una respuesta durante esa misma llamada telefónica.
- **La mayoría de las quejas se responden dentro de los 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora es para su conveniencia o si usted pide más tiempo, podemos demorarnos hasta 14 días calendario más (44 días calendario en total) en responder a su queja. Si decidimos demorar más días, se lo comunicaremos por escrito.

- **Si presenta una queja debido a que hemos denegado su solicitud de decisión de cobertura rápida o de apelación rápida, le brindaremos automáticamente una queja rápida.** Si tiene una queja rápida, significa que le daremos **una respuesta en un plazo de 24 horas**.
- **Si no coincidimos** con una parte o la totalidad de su queja o no asumimos la responsabilidad del problema sobre el que se queja, incluiremos nuestras razones en la respuesta que le demos.

Sección 10.4 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención a la Organización para la mejora de la calidad

Cuando su queja se refiere a la *calidad de la atención*, también tiene dos opciones adicionales:

- **Puede presentar su queja directamente a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.** La Organización para la mejora de la calidad es un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica a los cuales el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare. El Capítulo 2 posee información de contacto.

O

- **Puede presentar su queja tanto a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad como a nosotros al mismo tiempo.**

Sección 10.5 También puede informarle a Medicare acerca de su queja

Puede presentar una queja sobre VillageHealth directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare ingrese en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. También puede llamar 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

CAPÍTULO 10:

Cancelación de su membresía en el plan

SECCIÓN 1 Introducción a la terminación de su membresía en nuestro plan

La finalización de su membresía de VillageHealth puede ser **voluntaria** (su elección) o **involuntaria** (cuando no es su elección):

- Puede dejar nuestro plan porque decide que *quiere* dejarlo. En las secciones 2 y 3 se brinda información sobre cómo finalizar su membresía de manera voluntaria.
- También hay situaciones limitadas en las que nos vemos obligados a cancelar su membresía. La Sección 5 describe situaciones en las que debemos finalizar su membresía.

Si dejará nuestro plan, nuestro plan debe continuar brindándole atención médica y medicamentos con receta, y usted seguirá pagando su parte del costo hasta que finalice su membresía.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan?

Sección 2.1 Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción anual

Puede finalizar su membresía de nuestro plan durante el **período de inscripción anual** (también conocido como el **período anual de inscripción abierta**). Durante este tiempo, revise su cobertura de salud y de medicamentos y decida la cobertura del próximo año.

- **El período de inscripción anual** es desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre**.
- **Elija mantener su cobertura actual o hacer cambios en su cobertura para el próximo año**. Si decide cambiarse a un nuevo plan, podrá elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
  - otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos con receta;
  - Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare;
  - – *o* – Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
    - Si elige esta opción, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar en la inscripción automática.

  Nota: Si cancela su inscripción en una cobertura de medicamentos con receta de Medicare y no tiene otra cobertura acreditable de medicamentos con receta durante un período de 63 días consecutivos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.
- **Su membresía de nuestro plan finalizará** cuando comience la cobertura de su nuevo plan el 1 de enero.

Sección 2.2 Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage

Usted tiene la oportunidad de hacer *un* cambio en su cobertura de salud durante el **período de inscripción abierta de Medicare Advantage.**

- **El período de inscripción abierta anual de Medicare Advantage** es del 1 de enero al 31 de marzo y también para nuevos beneficiarios de Medicare que estén inscritos en un plan MA, desde el mes de derecho a la Parte A y Parte B hasta el último día del tercer mes de derecho.
- **Durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage**, usted puede:
  - cambiarse a otro plan de Medicare Advantage con o sin cobertura de medicamentos con receta.
  - Cancelar su inscripción en nuestro plan y obtener cobertura a través de Original Medicare. Si usted elige pasarse a Original Medicare durante este período, también puede inscribirse en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare en ese momento.
- **Su membresía finalizará** el primer día del mes después de que se inscriba en un plan de Medicare Advantage diferente o de que recibamos su solicitud de cambio a Original Medicare. Si también elige inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare, su membresía en el plan de medicamentos comenzará el primer día del mes después de que el plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

Sección 2.3 En ciertas situaciones, puede cancelar su membresía durante un Período de inscripción especial

En determinadas situaciones, los miembros de VillageHealth pueden ser elegibles para cancelar su membresía en otros momentos del año. Esto se conoce como **Período inscripción especial**.

Usted puede ser elegible para cancelar su membresía durante el Período de inscripción especial si alguna de las siguientes situaciones se aplica a su caso. Estos son solo ejemplos; para obtener la lista completa, puede comunicarse con el plan, llamar a Medicare o visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov):

- En general, cuando se muda.
- Si tiene Medi-Cal (Medicaid).
- Si es elegible para “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos con receta de Medicare.
- Si rompemos nuestro contrato con usted.
- Si está recibiendo atención en una institución, como un asilo de ancianos o un hospital de atención a largo plazo (Long Term Care, LTC).

- Si está inscrito en el Programa de atención integral para las personas de edad avanzada (Program of All inclusive Care for the Elderly, PACE).
- **Nota:** Si está inscrito en un programa de administración de medicamentos, quizás no pueda cambiarse de plan. La Sección 10 del Capítulo 5 le proporciona más detalles sobre los programas de administración de medicamentos.

Los períodos de inscripción varían según cada caso.

Para saber si es elegible para un Período de inscripción especial, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si es elegible para cancelar su membresía debido a una situación especial, puede elegir cambiar tanto su cobertura de salud como su cobertura para medicamentos con receta de Medicare. Tu puede elegir:

- Otro plan de salud de Medicare con o sin cobertura de medicamentos recetados,
- Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare,
- *O bien*, Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.

  Nota: si cancela su inscripción en un plan de medicamentos con receta de Medicare y no tiene otra cobertura "acreditable" para medicamentos con receta durante un período continuo de 63 días seguidos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D para inscribirse más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.

Generalmente, su membresía se cancelará el primer día del mes después de que recibamos su solicitud para cambiar su plan.

Si recibe "Ayuda adicional" de Medicare para pagar sus medicamentos con receta: Si se pasa a Original Medicare y no se inscribe en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, salvo que haya optado por no participar de la inscripción automática.

Sección 2.4 ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía?

Si tiene alguna pregunta sobre cómo cancelar su membresía, puede:

- **Llamar a Servicios para Miembros.**
- Encontrar la información en el manual ***Medicare & You 2025*** (Medicare y Usted 2025).
- Puede llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

SECCIÓN 3 ¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan?

La siguiente tabla explica cómo debe cancelar su membresía en nuestro plan.

Si desea cambiarse de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
• Otro plan de salud de Medicare.	• Inscríbase en el nuevo plan de salud de Medicare. • Su inscripción en VillageHealth se cancelará automáticamente cuando su cobertura en el nuevo plan comience.
• Original Medicare *con* un plan de medicamentos con receta de Medicare.	• Inscríbase en el nuevo plan de medicamentos con receta de Medicare. • Su inscripción en VillageHealth se cancelará automáticamente cuando su cobertura en el nuevo plan comience.
• Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos con receta Medicare.	• **Envíenos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción**. Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con Servicios para los miembros. • También puede comunicarse con **Medicare** llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana y solicitar que le cancelen su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. • Su inscripción en VillageHealth se cancelará cuando comience su cobertura en Original Medicare.

SECCIÓN 4 Hasta que se cancele su membresía, debe seguir recibiendo sus artículos médicos, servicios y medicamentos a través de nuestro plan

Hasta que finalice su membresía y su nueva cobertura de Medicare comienza la cobertura, usted debe seguir recibiendo sus artículos médicos y servicios y medicamentos con receta a través de nuestro plan.

- **Siga usando los proveedores de nuestra red para recibir atención médica**.
- **Continúe utilizando nuestras farmacias de la red o pedido por correo obtener sus medicamentos con receta**.

- **Si está hospitalizado el día que se cancela su membresía, su hospitalización estará cubierta por nuestro plan hasta que le den el alta** (incluso si le dan el alta después de que comience su nueva cobertura médica).

SECCIÓN 5 VillageHealth debe cancelar su membresía en el plan en ciertas situaciones

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos cancelar su membresía en el plan?

VillageHealth debe cancelar su membresía en el plan si ocurre cualquiera de los siguientes casos:

- Si ya no tiene la Parte A y la Parte B de Medicare.
- Si se muda fuera del área de servicio.
- Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio durante más de seis meses.
  - Si se muda o realiza un viaje largo, llamar a Servicios para Miembros para averiguar si el lugar al que se muda o al que viaja está en el área de nuestro plan.
- Si usted no cumple con los requisitos especiales de elegibilidad del plan.
  - Puede continuar su membresía después de un trasplante de riñón durante un período máximo de 36 meses O durante un período máximo de 12 meses después de suspender el tratamiento de diálisis, generalmente debido a la recuperación de la función renal.
- Si es encarcelado (va a prisión).
- Si no es ciudadano de los Estados Unidos o no está legalmente presente en los Estados Unidos.
- Si miente o encubre información sobre otro seguro que tenga que le ofrece cobertura para medicamentos con receta.
- Si intencionalmente nos brinda información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
- Si permanentemente se comporta de una forma que es perturbadora y hace que sea difícil que les brindemos atención médica a usted y a otros miembros del plan. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
- Si deja que otra persona use su tarjeta de miembro para obtener atención médica. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
  - Si cancelamos su membresía por esta razón, es posible que Medicare haga que el Inspector general investigue su caso.

- Si no paga las primas del plan durante tres meses calendario.
- Si usted debe pagar un monto adicional para la Parte D debido a sus ingresos y no lo hace, Medicare cancelará su inscripción en el plan y usted perderá la cobertura para medicamentos con receta.

¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene alguna pregunta o desea recibir más información sobre cuándo podemos cancelar su membresía, llamar a Servicios para Miembros.

Sección 5.2 No podemos pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud, a menos que ya no tenga una afección requerida para la inscripción en VillageHealth.

En la mayoría de los casos, VillageHealth no puede pedirle que cancele su inscripción en el plan por ningún motivo relacionado con su salud. El único momento en el que podemos hacer esto es si ya no tiene la afección médica requerida(s) para la inscripción en VillageHealth.

¿Qué debe hacer si sucede esto?

Si le parece que le están pidiendo que deje nuestro plan por un motivo relacionado con la salud, llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas, los 7 días de la semana. (TTY 1-877-486-2048).

Sección 5.3 Tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan

Si cancelamos su membresía en nuestro plan, tenemos la obligación de darle por escrito nuestros motivos de dicha cancelación. Además, tenemos que explicarle cómo puede presentar un reclamo o una queja sobre nuestra decisión de cancelar su membresía.

CAPÍTULO 11:

Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes vigentes

La ley principal que se aplica a este *Evidencia de cobertura* documento es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y las normas creadas bajo esta ley por parte de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS). Además, es posible que se apliquen otras leyes federales y, en determinadas circunstancias, las leyes del estado en el que vive. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades incluso si las leyes no están incluidas ni explicadas en este documento.

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación

No discriminamos por cuestiones de raza, origen étnico, nacionalidad, color, religión, sexo, género, edad, orientación sexual, discapacidad física o mental, estado de salud, experiencia en quejas, historial médico, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que ofrecen planes Medicare Advantage, como nuestro plan, deben cumplir con las leyes federales contra la discriminación, incluido el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley del Cuidado de Salud de Bajo Costo, todas las demás leyes que se aplican a las organizaciones que reciben fondos federales y cualquier otra ley o norma que se aplique por cualquier otra razón.

Si desea obtener más información o tiene alguna inquietud en cuanto a discriminación o un trato que no ha sido imparcial, 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. También puede revisar la información de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos en https://www.hhs.gov/ocr/index.html.

Si usted tiene una discapacidad y necesita ayuda con el acceso a la atención, llámenos a Servicios para Miembros. Si usted tiene una queja, como un problema de acceso para sillas de ruedas, Servicios para Miembros puede ayudarlo.

SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos por Medicare en los que Medicare no es el pagador principal. Según las regulaciones de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) en el Título 42, secciones 422.108 y 423.462 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR), VillageHealth, como una organización Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que los que la Secretaría ejerce conforme a las regulaciones de los CMS en las subpartes B a D de la parte 411 del Título 42 del CFR, y las normas establecidas en esta sección sustituyen cualquier legislación estatal.

SECCIÓN 4 Arbitraje Competente

Los miembros nuevos que se inscriban en SCAN Health Plan con una fecha de entrada en vigencia que sea a partir del 1 de marzo de 2008 inclusive, reciben dentro de su material posterior a la inscripción una tarjeta de arbitraje de exclusión voluntaria que pueden utilizar para excluirse voluntariamente del arbitraje vinculante. Estos miembros tienen la oportunidad de excluirse voluntariamente del arbitraje vinculante devolviendo la Tarjeta de arbitraje de exclusión voluntaria a SCAN Health Plan dentro de los 60 días de su fecha de solicitud de inscripción en SCAN Health Plan, según las instrucciones provistas en la tarjeta.

La siguiente descripción de arbitraje vinculante se aplica a los siguientes miembros:

- Todos los miembros inscritos en SCAN Health Plan que se inscribieron en una fecha de entrada en vigencia anterior al 1 de marzo de 2008, y
- todos los miembros inscritos en SCAN Health Plan que se inscribieron con una fecha de entrada en vigencia el 1 de marzo de 2008 o después que no se hayan excluido expresamente del proceso de arbitraje vinculante enviando la Tarjeta de arbitraje de exclusión voluntaria que estaba incluida en el material posterior a la inscripción en el momento de la inscripción.
- Para todos los reclamos relacionados con esta cláusula de “Arbitraje Vinculante”, tanto los demandantes como los demandados (como se define abajo) renuncian al derecho a un juicio por jurado o tribunal y aceptan el uso de arbitraje vinculante. En la medida en que esta disposición de “Arbitraje vinculante” corresponda a los reclamos interpuestos por las Partes del SCAN Health Plan (según se define a continuación), se deberá aplicar retroactivamente a todos los reclamos no resueltos que se generaron antes de la fecha de vigencia de esta *Evidencia de cobertura*. Dicha solicitud retroactiva deberá ser vinculante solo para las Partes de SCAN Health Plan.

Alcance del Arbitraje

Cualquier disputa deberá presentarse a arbitraje vinculante si se cumplen los siguientes requerimientos:

- El reclamo surge de una presunta violación de cualquier obligación incidente a esta Evidencia de cobertura o de la relación de una Parte Miembro (según lo definido a continuación) con SCAN Health Plan, o que surja de estas o en relación con estas, lo que incluye cualquier reclamo por negligencia médica u hospitalaria (un reclamo de que los servicios médicos fueron innecesarios o no autorizados, o fueron prestados de forma inapropiada, negligente o incompetente), por responsabilidad del establecimiento o en relación con la cobertura o la prestación de servicios, independientemente de las teorías jurídicas sobre las que se interponga el reclamo.
- El reclamo es interpuesto por una o más Partes Miembro contra una o más Partes de SCAN Health Plan, o una o más Partes de SCAN Health Plan contra una o más Partes Miembro.
- El reclamo no se encuentra dentro de la jurisdicción del tribunal de reclamos menores.

- El reclamo no está sujeto a un procedimiento de apelación de Medicare.

Según se refiere en esta cláusula de “Arbitraje vinculante”, las “Partes Miembro” incluyen:

- Un miembro.
- Un heredero, familiar o representante personal del miembro.
- Cualquier persona que reclama que una obligación hacia él o ella surge de la relación de un miembro con una o más Partes de SCAN Health Plan.

“SCAN Health Plan Las Partes” incluyen:

- SCAN Health Plan.
- Grupo SCAN o cualquiera de sus subsidiarias.
- Cualquier empleado o agente de cualquiera de los anteriores.

“Demandante” se refiere a una Parte Miembro o una Parte del SCAN Health Plan que interpone un reclamo según lo descripto anteriormente. “Demandado” se refiere a una Parte Miembro o una Parte de SCAN Health Plan contra quien se interpone un reclamo.

Arbitraje administrado por JAMS

Los demandantes deberán presentar cualquier disputa sujeta a arbitraje vinculante a JAMS (una organización que presta servicios de arbitraje) para su resolución mediante arbitraje final y vinculantes ante un mediador único. Ninguna disputa de este tipo se resolverá mediante una demanda o proceso judicial, excepto en la forma en que la legislación de California establece la revisión judicial de los procedimientos de arbitraje.
Los demandantes deberán iniciar el arbitraje a través de la presentación de una demanda de arbitraje a JAMS. Comuníquese con JAMS al número telefónico o a la dirección de correo electrónico que se proporciona a continuación con el fin de presentar una demanda de arbitraje.

La demanda de arbitraje deberá incluir el fundamento de la demanda contra los Demandados, el monto de los daños que los Demandantes reclaman en el arbitraje, los nombres, direcciones y números telefónicos de los Demandantes y sus abogados, si hubiera y los nombres de todos los Demandados. Los Demandantes deberán incluir todos reclamos contra los Demandados que estén basados en el mismo incidente, operación o circunstancia relacionada en la demanda de arbitraje.

La administración del arbitraje será realizada por JAMS de conformidad con las Reglas y Procedimientos Integrales de Arbitraje de JAMS. Los Demandantes y los Demandados procurarán llegar a un mutuo acuerdo para la designación del árbitro. Sin embargo, si no se pudiera llegar a un acuerdo dentro de los treinta (30) días posteriores a la fecha en la que se realiza la demanda de arbitraje, se utilizarán los procedimientos de designación del árbitro de los Procedimientos y Reglamentaciones Integrales de JAMS.

Las audiencias de arbitraje se realizarán en Los Angeles, California, o en otro lugar que acuerden por escrito los Demandantes y los Demandados. Se puede realizar la presentación de pruebas en el arbitraje según lo previsto por la legislación de California y por el Código de Procedimiento Civil de California. El árbitro elegido tendrá la facultad de controlar el tiempo, el alcance y la manera de realizar la presentación de pruebas. El árbitro también tendrá las mismas facultades para hacer cumplir las respectivas obligaciones de las partes con respecto a la presentación de pruebas que un Tribunal Superior de California, lo que incluye, entre otras facultades, la aplicación de sanciones. El árbitro tendrá la facultad de otorgar todas las soluciones previstas por la legislación de California.

El árbitro preparará por escrito una sentencia que incluya los motivos legales y factuales para la decisión. La sentencia incluirá la distribución de honorarios y gastos del procedimiento entre las partes. El requisito del arbitraje vinculante no impedirá que una de las partes solicite una orden de restricción temporal o mandato preliminar u otras soluciones provisionales de un tribunal con jurisdicción. Sin embargo, todos y cada uno de los reclamos o causas de acción, que incluyen, entre otros, aquellos que demandan daños, estarán sujetos a un arbitraje vinculante, lo que se estipula en el presente documento. Se aplicará la Ley Federal de Arbitraje, del Código de los Estados Unidos (U.S.C.) 9, Secciones §§ 1–16, al arbitraje.

Si desea realizar consultas con respecto al inicio de un arbitraje vinculante, comuníquese con JAMS al 1-800-352-5267 o visite en Internet el sitio web www.jamsadr.com.

CAPÍTULO 12:

Definiciones de palabras importantes

Apelación – una apelación es un recurso que usted presenta si no está de acuerdo con la decisión de denegarle una solicitud de servicios de atención médica o medicamentos con receta o pagos por servicios o medicamentos que ya recibió. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con una decisión de interrumpir los servicios que está recibiendo.

Área de servicio – área geográfica en la que debe vivir para inscribirse en un determinado plan de salud. Para los planes que limitan qué médicos y hospitales puede utilizar, también es, generalmente, el área donde puede obtener servicios de rutina (no emergencias). El plan debe cancelar su inscripción si se muda fuera del área de servicio del plan de manera permanente.

Asociación de práctica independiente (IPA) – es un grupo independiente de médicos y otros proveedores de atención médica contratados para brindar servicios a miembros de SCAN Health Plan.

Atención de emergencia – servicios cubiertos que: 1) brinda un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia; y 2) son necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una afección de emergencia.

Autorización previa – aprobación por adelantado para obtener servicios o determinados medicamentos. Los servicios cubiertos que deben aprobarse por adelantado están marcados en la Tabla de beneficios en el Capítulo 4. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el Formulario y nuestros criterios están publicados en nuestro sitio web.

Auxiliar de atención de la salud a domicilio – una persona que brinda servicios que no necesitan las habilidades de enfermeros o terapeutas certificados, como ayudar con la atención personal (por ejemplo, bañarse, usar el baño, vestirse o realizar ejercicios prescritos).

"Ayuda adicional" – un programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos con receta de Medicare, como las primas, los deducibles y el coseguro.

Biosimilar – un producto biológico que es muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Los biosimilares son tan seguros y eficaces como el producto biológico original. Algunos biosimilares pueden sustituir al producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta médica (consulte "**Biosimilares intercambiables**").

Biosimilar intercambiable – Un biosimilar que puede ser utilizado como sustituto de un producto biosimilar original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta porque cumple con requisitos adicionales relacionados con el potencial de sustitución automática. La sustitución automática en la farmacia está sujeta a la ley estatal.

Cancelar o cancelación de la inscripción – el proceso de cancelación de su membresía en nuestro plan.

Centro de atención de enfermería especializada (SNF) – servicios de atención de enfermería especializada o rehabilitación especializada brindados todos los días en un centro de atención de enfermería especializada. Ejemplos de la atención incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo pueden ser aplicadas por un enfermero matriculado o un médico. La atención especializada comprende fisioterapia y enfermería que solo se pueden brindar de forma segura y eficaz por parte de, o bajo la supervisión de, profesionales o personal técnico. Es atención médica que se brinda cuando necesita terapia o servicios de enfermería especializados para tratar, manejar, observar una afección y evaluar la atención.

Centro de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) – un centro que brinda principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión como fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios de patología del habla y el lenguaje y servicios de evaluación del entorno en el hogar.

Centro quirúrgico ambulatorio – un centro quirúrgico ambulatorio es una entidad que funciona exclusivamente con el propósito de brindar servicios quirúrgicos ambulatorios a pacientes que no requieren hospitalización y que esperan no pasar más de 24 horas en el centro asistencial.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) – es la agencia federal que administra Medicare.

Cobertura acreditable para medicamentos con receta – cobertura para medicamentos con receta (por ejemplo, de un empleador o un sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura, cuando pasan a ser elegibles para Medicare, pueden normalmente mantener esa cobertura sin pagar una multa si deciden inscribirse más tarde en un plan de cobertura para medicamentos con receta de Medicare.

Cobertura para medicamentos con receta de Medicare (Parte D de Medicare) – seguro que lo ayuda a pagar los medicamentos con receta para pacientes externos, las vacunas, los productos biológicos y algunos suministros que no cubren la Parte A o la Parte B de Medicare.

Copago – un monto que es posible que deba pagar como su parte del costo del servicio o el suministro médico, como una consulta con el médico, una consulta hospitalaria como paciente externo o un medicamento con receta. Un copago es, generalmente, un monto establecido (por ejemplo $10) más que un porcentaje.

Coseguro – un monto que se le pedirá que pague, expresada como un porcentaje (por ejemplo, 20 %) como su parte de los costos por los servicios o medicamentos con receta después de que pague los deducibles.

Costo de suministro – un honorario que se cobra cada vez que un medicamento cubierto se entrega para pagar el costo de surtir un medicamento con receta, como el tiempo que le insume al farmacéutico preparar y envolver el medicamento con receta.

Costos que paga de su bolsillo – consulte la definición de gastos compartidos. El requisito de gastos compartidos de un miembro para pagar una parte de los servicios o medicamentos recibidos también se conoce como el requisito de costo que paga de su bolsillo un miembro.

Cuidado asistencial – el cuidado asistencial es la atención personal brindada en un centro de convalecencia, hospicio u otro centro cuando usted no necesita atención médica o de enfermería especializada. El cuidado asistencial es brindado por personas que no tienen habilidades ni preparación profesional e incluye actividades cotidianas como bañarse, vestirse, alimentarse, acostarse y levantarse de la cama o de la silla, desplazarse y utilizar el baño. Puede incluir el tipo de atención relacionada con la salud que la mayoría de las personas realizan por sí mismas, como por ejemplo, usar gotas para los ojos. Medicare no paga el cuidado asistencial.

Deducible – es el monto que debe pagar por los medicamentos con receta o por la atención médica antes de que nuestro plan pague.

Determinación de cobertura – una decisión para determinar si un medicamento que le recetaron está cubierto por el plan y el monto, si lo hubiera, que deberá pagar por el medicamento con receta. En general, si usted lleva su receta a la farmacia y allí le indican que el medicamento con receta no está cubierto por su plan, eso no es una determinación de cobertura. Deberá llamar o escribir a su plan para pedir una decisión de cobertura formal. Las determinaciones de cobertura también se llaman **decisiones de cobertura** en este documento.

Determinación de la organización – una decisión que toma nuestro plan sobre si los servicios o artículos están cubiertos o sobre cuánto le corresponde pagar a usted por servicios o artículos cubiertos. Las determinaciones de la organización se denominan decisiones de cobertura en este documento.

Dispositivos ortésicos y protésicos – dispositivos médicos que incluyen, entre otros, dispositivos ortopédicos para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o una función interna del cuerpo, como suministros para ostomía y terapia nutricional enteral y parenteral.

Emergencia – una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente, con un conocimiento normal sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar que usted pierda la vida (y, si es una mujer embarazada, la pérdida de un niño por nacer), la pérdida de un miembro o de la función de este, o la pérdida de una función corporal o su deterioro grave. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección médica que se agrava rápidamente.

Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) – ciertos equipos médicos indicados por su médico por razones médicas. Los ejemplos incluyen andadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, bombas de infusión intravenosa, dispositivos para la generación del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital recetadas por un proveedor para usar en el hogar.

Etapa de cobertura catastrófica – es la etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D que comienza cuando usted (o alguna persona calificada en su nombre) ha gastado $2,000 en medicamentos cubiertos de la Parte D durante el año de cobertura. Durante esta etapa de pago, usted no paga nada de los medicamentos cubiertos de la Parte D.

Etapa de cobertura inicial – esta es la etapa antes de que sus costos de desembolso para el año alcancen el monto umbral de desembolso.

Evidencia de cobertura (EOC) y Divulgación de información – en este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro documento adjunto, cláusula adicional u otra cobertura opcional seleccionada, se explica su cobertura, lo que debemos hacer nosotros, sus derechos y lo que debe hacer usted como miembro de nuestro plan.

Excepción – un tipo de decisión de cobertura que, si se aprueba, le permite recibir un medicamento que no está en nuestro formulario (una excepción al formulario) o un medicamento no preferido a un nivel de gastos compartidos más bajo (una excepción de nivel). También puede solicitar una excepción si el plan lo obliga a probar otro medicamento antes de recibir el medicamento que está solicitando, si nuestro plan requiere una autorización previa para un medicamento y usted desea que renunciemos a la restricción de criterios, o si el plan limita la cantidad o dosis del medicamento que está solicitando (una excepción al Formulario).

Facturación de saldos – cuando un proveedor (un médico o el hospital) factura al paciente más que el monto del gastos compartidos permitido del plan. Como miembro de VillageHealth, solo tiene que pagar los montos del gastos compartidos del plan cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores le **facturen el saldo** o cobren, de otra manera, más que el monto del gastos compartidos que su plan indica que debe pagar.

Farmacia de la red – una farmacia contratada por el plan donde los miembros de nuestro plan pueden recibir los beneficios de medicamentos con receta. En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta están cubiertos solo si se obtienen en una de nuestras farmacias de la red.

Farmacia fuera de la red – farmacia que no tiene un contrato con el plan para coordinar o proporcionar los medicamentos cubiertos a los miembros del plan. La mayoría de los medicamentos que obtenga en las farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que se apliquen ciertas condiciones.

Gastos compartidos – el gastos compartidos se refiere a los montos que un miembro tiene que pagar cuando obtiene servicios o medicamentos. Los gastos compartidos incluyen cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) todo monto del deducible que pueda imponer un plan antes de que se cubran los servicios o medicamentos; (2) cualquier monto de copago fijo que un plan exija al recibir servicios o medicamentos específicos; o (3) cualquier monto de coseguro, un porcentaje del monto total pagado por un servicio o medicamento, que un plan exija al recibir servicios específicos o medicamentos específicos.

Gastos compartidos diario – es posible que se aplique un gastos compartidos diario cuando su médico le receta un suministro de determinados medicamentos para menos de un mes completo y usted debe pagar un copago. El gastos compartidos diario es el copago dividido por la cantidad de días de un suministro para un mes. A continuación, le presentamos un ejemplo: Si su copago para un suministro de un medicamento para un mes es de $30, y un suministro para un mes en su plan tiene 30 días, su gastos compartidos diario es de $1 por día.

Gastos compartidos estándar – es los gastos compartidos estándar que no es los gastos compartidos preferidos que ofrece una farmacia de la red.

Gastos compartidos preferidos – gastos compartidos preferidos significa un gastos compartidos menor para determinados medicamentos cubiertos de la Parte D en determinadas farmacias de la red.

Grupo médico – un grupo de médicos, hospitales, farmacias y otros expertos de atención médica contratados por un plan médico para cuidar a sus miembros. Consulte el Capítulo 3, Sección 1.1 para obtener más información.

"Herramienta de beneficios en tiempo real": un portal o aplicación informática donde los afiliados pueden buscar información completa, precisa, oportuna, clínicamente apropiada y específica del formulario y los beneficios del afiliado. Esto incluye montos de gastos compartidos, medicamentos alternativos del formulario que se pueden usar para la misma afección médica que un medicamento determinado y restricciones de cobertura (autorización previa, límites de cantidad) que se aplican a los medicamentos alternativos.

Hospicio – beneficio que ofrece un tratamiento especial a un miembro en quien se ha certificado médicamente una enfermedad terminal, es decir, que tiene una esperanza de vida de 6 meses o menos. Nosotros, su plan, debemos proporcionarle una lista de hospicios en su área geográfica. Si opta por un hospicio y continúa pagando las primas, sigue siendo miembro de nuestro plan. Todavía podrá obtener todos los servicios médicamente necesarios, así como los beneficios complementarios que ofrecemos.

Hospitalización – es cuando usted ha sido ingresado formalmente al hospital para recibir servicios médicos especializados. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente externo.

Indicación médicamente aceptada – un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o avalado por ciertos libros de referencias, como la Información sobre medicamentos del Servicio de formulario del American Hospital y la Información DRUGDEX de Micromedex sistema.

Ingreso complementario administrado por el Seguro Social (Supplemental Security Income, SSI) – es un beneficio mensual que paga el Seguro Social a las personas con ingresos y recursos limitados, y que son discapacitadas, están ciegas o tienen 65 años o más. Los beneficios del SSI no son iguales que los beneficios del Seguro Social.

Límites de cantidad – una herramienta de gestión diseñada para limitar el uso de medicamentos seleccionados por motivos de calidad, seguridad o utilización. Los límites también pueden ser en la cantidad de medicamento que cubrimos por receta o durante un período definido.

Lista de medicamentos cubiertos (Formulario o Lista de medicamentos) – una lista de medicamentos con receta cubiertos por el plan.

Medi-Cal (Medicaid) (o asistencia médica) – programa conjunto estatal y federal, que ayuda a solventar costos médicos de ciertas personas con bajos ingresos y recursos limitados. Los programas estateles de Medi-Cal (Medicaid) varían, pero cubren la mayoría de los costos de atención médica si usted califica para Medicare y Medi-Cal (Medicaid).

Médicamente necesario – significa que los medicamentos, servicios o suministros son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.

Medicamento de marca – medicamento con receta fabricado y vendido por la compañía farmacéutica que originariamente investigó y desarrolló dicho medicamento. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de ingrediente activo que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otros fabricantes de medicamentos y, normalmente, no están disponibles hasta que haya vencido la patente del medicamento con nombre de marca.

Medicamento genérico – un medicamento con receta que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA), dado que se considera que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Un medicamento genérico tiene el mismo efecto que un medicamento de marca pero, por lo general, es más económico.

Medicamentos cubiertos – es el término que se utiliza para referirse a todos los medicamentos con receta que cubre el plan.

Medicamentos de la Parte D – Medicamentos que pueden estar cubiertos por la Parte D. Podemos o no ofrecer todos los medicamentos de la Parte D. El Congreso ha excluido ciertas categorías de medicamentos de la cobertura de la Parte D. Ciertas categorías de medicamentos de la Parte D deben estar cubiertas por todos los planes.

Medicamentos preparados/Preparación de medicamentos – generalmente, la preparación de medicamentos se refiere a la práctica que realiza un farmacéutico autorizado, un médico autorizado o, en el caso de un centro externo, una persona bajo la dirección de un farmacéutico autorizado, combina, mezcla o altera los ingredientes de un medicamento para crear otro que se adapta a las necesidad de un paciente en particular.

Medicare – el programa federal de seguros médicos destinado a personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas que padecen

enfermedad renal terminal (por lo general, las que tienen insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o trasplante de riñón).

Médico de atención primaria de su (Primary Care Physician/Provider, PCP) – un médico u otro proveedor a quien usted consulta primero para la mayoría de los problemas de salud. En muchos planes de salud de Medicare, usted debe consultar con su proveedor de atención primaria antes de consultar con otro proveedor de atención médica.

Miembro (miembro de nuestro plan o miembro del plan) – una persona con Medicare elegible para recibir servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS).

Monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso (Income Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA) – si su ingreso bruto ajustado modificado, según se informó en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años, está por encima de cierto monto, pagará el monto estándar de la prima y un monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso, también conocido como IRMAA. El IRMAA es un cargo adicional que se agrega a su prima. Menos del 5 % de las personas con Medicare se encuentran afectadas, por lo que la mayoría de las personas no pagarán una prima más alta.

Monto máximo que paga de su bolsillo – el monto máximo que paga de su bolsillo durante el año calendario para los servicios cubiertos dentro de la red de la Parte A y de la Parte B. Los montos que usted paga por los medicamentos con receta no se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo. Además del monto máximo que paga de su bolsillo para los servicios médicos cubiertos de la Parte A y la Parte B dentro de la red, también existe un monto máximo que paga de su bolsillo para determinados tipos de servicios.

Multa por inscripción tardía de la Parte D – monto que se suma a su prima mensual por la cobertura para medicamentos de Medicare si no tiene una cobertura acreditable (la cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura estándar para medicamentos con receta de Medicare) durante un período continuo de 63 días o más después que sea elegible por primera vez para inscribirse en un plan de la Parte D.

Nivel de gastos compartidos – cada medicamento de la Lista de medicamentos cubiertos está en uno de los cinco niveles de gastos compartidos. En general, cuanto mayor sea el nivel de gastos compartidos, mayor será el costo del medicamento que le corresponderá pagar.

Organización para la mejora de la calidad (Quality Improvement Organization, QIO) – un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica a los que el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare.

Original Medicare (**Medicare tradicional o plan Medicare de pago por servicio**) – el plan Original Medicare es ofrecido por el gobierno y no por planes de salud privados, como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos con receta. En Original Medicare, los servicios de Medicare se cubren pagándoles a los médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica los montos de pago establecidos por el Congreso. Usted

puede consultar con cualquier médico, hospital o proveedor de atención médica que acepte Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga lo que le corresponde de la cantidad aprobada por Medicare, y usted paga lo que le corresponde a usted. Original Medicare tiene dos partes: La Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico), y está disponible en todas partes en los Estados Unidos.

Parte C – consulte: Plan Medicare Advantage (MA).

Parte D – es el Programa voluntario de beneficios de medicamentos con receta de Medicare.

Período de beneficios – la manera en que Original Medicare mide su uso de los servicios de los hospitales y los centros de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF). El período de beneficios comienza el día en que usted va a un hospital o centro de atención de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza cuando no haya hospitalaria para pacientes internados para pacientes internados en un hospital (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si ingresa en el hospital o en el centro de atención de enfermería especializada después de que un período de beneficios haya terminado, comenzará un período de beneficios nuevo. Usted debe pagar el deducible del hospital para pacientes internados por cada período de beneficios. No hay límite en cuanto a la cantidad de períodos de beneficios.

Período de inscripción abierta de Medicare Advantage – el período de tiempo desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo para que los miembros de un plan Medicare Advantage puedan cancelar su inscripción en el plan y cambiarse a otro plan de Medicare Advantage, u obtener cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiar a Original Medicare en este período, también puede inscribirse en un plan de medicamentos con receta separado de Medicare en ese momento. El período de inscripción abierta de Medicare Advantage es también está disponible durante un período de 3 meses después de que una persona es elegible para Medicare por primera vez.

Período de inscripción anual – el período que va del 15 de octubre al 7 de diciembre todos los años, en el que los miembros pueden modificar sus planes de salud o de medicamentos, o cambiarse a Original Medicare.

Período de inscripción especial – un tiempo determinado para que los miembros puedan cambiar sus planes de salud y de medicamentos o volver a Original Medicare. Situaciones en las que usted puede ser elegible para un Período de Inscripción Especial son: si se muda del área de servicio, si está recibiendo “Ayuda adicional” con los costos de sus medicamentos con receta, si se muda a un asilo de ancianos, o si rompemos nuestro contrato con usted.

Período de inscripción inicial – el tiempo en el que puede inscribirse en la Parte A y la Parte B de Medicare, cuando es elegible para recibir Medicare. Si es elegible para Medicare cuando cumpla 65 años, el período de inscripción inicial es el período de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que cumple 65 años, incluye el mes en que cumple 65 años y termina 3 meses después del mes en que cumple 65 años.

Plan de necesidades especiales – un tipo especial de plan Medicare Advantage que proporciona una atención médica más específica para determinados grupos de personas, como aquellas que poseen Medicare y Medi-Cal (Medicaid), que viven en hogares de convalecencia o que tienen ciertas afecciones médicas crónicas.

Plan de necesidades especiales (Special Needs Plan, SNP) institucional equivalente – un plan que se pueden inscribir las personas elegibles que viven en la comunidad, pero que requieren de un nivel de atención institucional según la evaluación del estado. La evaluación debe realizarse mediante el uso de la misma herramienta de evaluación de nivel de atención del estado correspondiente y debe estar administrada por una entidad que no sea la organización que ofrece el plan. Este tipo de plan de necesidades especiales puede restringir la inscripción de personas que viven en una residencia de vivienda asistida (Assisted Living Facility, ALF) contratada, si fuera necesario, para garantizar que se brinde atención especializada uniforme.

Plan de necesidades especiales de cuidados crónicos – Los C-SNP son SNP que restringen la inscripción a personas que califican para MA pero tienen una o más afecciones crónicas graves o incapacitantes, según se define en 42 CFR 422.2, incluida la restricción de inscripción basada en los grupos de afecciones múltiples comúnmente comórbidas y clínicamente vinculadas especificadas en 42 CFR 422.4(a)(1)(iv).

Plan de necesidades especiales doble (D-SNP) – Los planes D-SNP inscriben a personas que tienen derecho tanto a Medicare (título XVIII de la Ley del Seguro Social) como a la asistencia médica de un plan estatal de Medicaid (título XIX). Los estados cubren algunos costos de Medicare, dependiendo del estado y de la elegibilidad del individuo.

Plan de salud de Medicare – un plan de salud de Medicare que ofrece una empresa privada que tiene un contrato con Medicare para brindar los beneficios de la Parte A y la Parte B a personas con Medicare que se inscriben en el plan. Incluye todos los planes Medicare Advantage, los planes Medicare Cost, planes de necesidades especiales, los Programas piloto/demostraciones y los Programas de atención integral para las personas de edad avanzada (Program of All inclusive Care for the Elderly, PACE).

Plan de una Organización de proveedores preferidos (Preferred Provider Organization, PPO) – un plan de una Organización de proveedores preferidos es un plan Medicare Advantage que tiene una red de proveedores contratados que han acordado tratar a los miembros por un monto de pago específico. Un plan de PPO debe cubrir todos los beneficios del plan, independientemente de si los brindan proveedores dentro o fuera de la red. El gastos compartidos del miembro será generalmente superior cuando recibe los beneficios del plan de parte de proveedores fuera de la red. Los planes de PPO tienen un límite anual de los costos que paga de su bolsillo para los servicios recibidos de proveedores (preferidos) de la red y un límite más alto en los costos que paga de su bolsillo por servicios de proveedores tanto dentro de la red (preferidos) como fuera de la red (no preferidos).

Plan institucional de necesidades especiales (SNP) – es un plan que inscribe a personas calificadas que residen continuamente o se espera que lo hagan durante 90 días o más en un centro de atención a largo plazo (LTC). Estos centros pueden incluir un centro de enfermería

especializada (SNF), un centro de enfermería (NF), (SNF/NF), un centro de cuidados intermedios para personas con discapacidad intelectual (ICF/IID), un centro psiquiátrico para pacientes hospitalizados o centros aprobados por los CMS que prestan servicios similares de atención médica a largo plazo que están cubiertos por la Parte A de Medicare, la Parte B de Medicare o Medicaid; y cuyos residentes tienen necesidades y un estado de atención médica similares a los otros tipos de centros mencionados. Un plan institucional de necesidades especiales debe tener un acuerdo contractual con los centros de atención a largo plazo específicos (LTC) (o poseer y operar dichos centros).

Plan Medicare Advantage (MA) – a veces llamado Parte C de Medicare. Es un plan ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindarle todos sus beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare. Un plan Medicare Advantage puede ser i) una HMO, ii) una PPO, iii) un Plan privado de pago por servicio (PFFS) o iv) un plan de Cuenta de ahorro para gastos médicos de Medicare (MSA). Además de elegir entre estos tipos de planes, un plan HMO o PPO de Medicare Advantage también puede ser un Plan de Necesidades Especiales (SNP). En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D (cobertura para medicamentos con receta) de Medicare. Estos planes se llaman planes **Medicare Advantage con cobertura para medicamentos con receta**.

Plan Medicare Cost – un plan Medicare Cost es un plan operado por una Organización para el mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organization, HMO) o un Plan médico competitivo (Competitive Medical Plan, CMP) de conformidad con un contrato de reembolso de costos en virtud de la sección 1876(h) de la Ley.

Plan PACE – un plan Programa de atención integral para las personas de edad avanzada (Program of All-Inclusive Care for the Elderly, PACE) combina servicios médicos, sociales y de atención a largo plazo (LTSS) para personas vulnerables de manera que puedan conservar su independencia y continuar viviendo en sus comunidades (en lugar de mudarse a un hogar de convalecencia) tanto tiempo como sea posible. Las personas inscritas en los planes PACE reciben los beneficios de Medicare y Medi-Cal (Medicaid) a través del plan.

Póliza Medigap (seguro complementario de Medicare) – el seguro complementario de Medicare vendido por una compañía de seguros privada para cubrir los *períodos sin cobertura* de Original Medicare. Las pólizas Medigap solo funcionan con Original Medicare. (Un plan Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

Prima – el pago periódico a Medicare, a una empresa de seguros o a un plan de salud para una cobertura de salud o de medicamentos con receta.

Producto biológico – Medicamento de venta con receta elaborado a partir de fuentes naturales y vivas, como células animales, células vegetales, bacterias o levaduras. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no pueden copiarse exactamente, por lo cual las formas alternativas se denominan biosimilares. (Ver también "**Producto biológico original**" y "**Biosimilar**").

Producto biológico original – Un producto biológico que ha sido aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) y sirve como comparación para los fabricantes que fabrican una versión biosimilar. También se le llama producto de referencia.

Programa de descuento del fabricante – Un programa bajo el cual los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total del plan por medicamentos y productos biológicos de marca de la Parte D cubiertos. Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y fabricantes de medicamentos.

Proveedor de la red – **proveedor** es el término general para referirnos a médicos, otros profesionales de la salud, hospitales y otros centros de atención médica que tienen licencia o certificación de Medicare y del estado para prestar servicios de atención de atención médica. **Proveedores de la red** tienen un contrato con nuestro plan y aceptan nuestro pago como pago total y, en algunos casos, para coordinar y prestar servicios cubiertos a los beneficiarios nuestro plan. Los proveedores de la red también se denominan **proveedores del plan**.

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red – un proveedor o centro que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar ni ofrecer servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no están empleados, ni son propiedad ni los opera nuestro plan.

Punto de servicio (POS) – Una opción del Plan de atención administrado por Medicare que le permite la posibilidad de recibir servicios específicos fuera de la red de proveedores del plan. En algunas instancias puede haber un costo adicional por servicios.

Queja – el nombre formal para presentar una queja es **interponer un reclamo.** El proceso de quejas *solo* se aplica para determinados tipos de problemas. Entre ellos se incluyen los problemas relacionados con la calidad de la atención médica, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. También incluye las quejas si su plan no respeta los plazos en el proceso de apelación.

Reclamo – un tipo de queja que se presenta sobre nuestro plan, los proveedores o las farmacias, incluidas las quejas acerca de la calidad de su atención médica. Los reclamos no están relacionados con disputas de cobertura ni de pago.

Red – Red es un grupo de médicos, hospitales, farmacias y otros expertos de atención médica contratados por un plan médico para cuidar a sus miembros. Consulte el Capítulo 3, Sección 1.1 para obtener más información.

Servicios cubiertos – es el término que usamos para incluir todos los suministros y servicios de atención médica cubiertos por nuestro plan.

Servicios cubiertos por Medicare – Servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare deben cubrir todos los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. El término Servicios cubiertos por Medicare no incluye los beneficios adicionales, como los beneficios dentales, para la visión o la audición, que puede ofrecer un plan Medicare Advantage.

Servicios de rehabilitación – estos servicios incluyen fisioterapia, terapia del habla y del lenguaje, y terapia ocupacional.

Servicios para Miembros – un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder a sus preguntas sobre su membresía y beneficios, reclamos y apelaciones.

Servicios urgentemente necesarios – Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata pero que no es una emergencia se considera un servicio urgentemente necesario si se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan, o si, dado su tiempo, lugar y circunstancias, no es razonable obtener este servicio de los proveedores de la red con los cuales el plan tiene contrato. Algunos ejemplos de servicios urgentemente necesarios son enfermedades y lesiones médicas imprevistas o brotes inesperados de afecciones existentes. Sin embargo, las visitas de rutina al proveedor médicamente necesarias, como los chequeos anuales, no se consideran urgentes, incluso si se encuentra fuera del área de servicio del plan o si la red del plan no está disponible temporalmente.

Subsidio por bajos ingresos (Low Income Subsidy, LIS) – consulte: “Ayuda adicional”.

Umbral de gastos de bolsillo – el monto máximo que paga de su bolsillo por los medicamentos de la Parte D.

SCAN Health Plan/VillageHealth cumple con las leyes de derechos civiles federales vigentes y no discriminan, excluyen ni tratan a las personas de forma diferente por su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. SCAN Health Plan ofrece recursos y servicios gratuitos a personas que tienen dificultades para comunicarse, como intérpretes de lenguaje de señas calificados e información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, etc.). SCAN Health Plan ofrece servicios lingüísticos gratuitos a personas cuyo idioma principal no es el inglés, como intérpretes calificados e información escrita en otros idiomas. Si necesita estos servicios, comuníquese con Servicios para Miembros de SCAN.

Si cree que SCAN Health Plan no le ha proporcionado estos servicios o le ha discriminado por su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo personalmente, por teléfono, por correo o por fax:

SCAN Health Plan - VillageHealth
Attention: Grievance and Appeals Department
P.O. Box 22644
Long Beach, CA 90801-5644

VillageHealth Member Services
PHONE: 1-800-399-7226
FAX: 1-568-989-0958
TTY: 711

O puede completar el formulario "Presentar un reclamo" en nuestro sitio web: https://www.scanhealthplan.com/contact-us/file-a-grievance

Si necesita ayuda para presentar un reclamo, Servicios para Miembros de SCAN puede ayudarlo.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. de manera electrónica a través del portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles disponible en https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf o por correo o teléfono:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019 (TTY: 1-800-537-7697)

Puede encontrar los formularios de quejas en www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/index.html.

Puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Dpto. de Servicios de Atención Médica de California por teléfono, por escrito o de manera electrónica:

- Por teléfono: Llame al 1-916-440-7370. Si tiene dificultades para hablar u oír, llame al servicio de TTY: 711.
- Por escrito: Complete un formulario de reclamo o envíe una carta a la siguiente dirección:
  Deputy Director, Office of Civil Rights
  Department of Health Care Services
  Office of Civil Rights
  P.O. Box 997413, MS 0009
  Sacramento, CA 95899-7413
  Puede encontrar los formularios de quejas en http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx.
- De manera electrónica: Envíe un correo electrónico a CivilRights@dhcs.ca.gov.

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-800-399-7226. Someone who speaks English can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, llame al 1-800-399-7226. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Cantonese (Traditional): 我們提供免費的口譯服務，以解答您對我們的健康或藥物計劃可能有的任何問題。如需獲得口譯服務，請致電 1-800-399-7226 聯絡我們。我們有會說中文的工作人員可以為您提供幫助。這是一項免費服務。

Chinese Mandarin (Simplified): 我们提供免费的口译服务，以解答您对我们的健康或药物计划可能有的任何问题。如需获得口译服务，请致电 1-800-399-7226 联系我们。我们有会说中文的工作人员可以为您提供帮助。这是一项免费服务。

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời bất kỳ câu hỏi quý vị có thể có về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Để được thông dịch, chỉ cần gọi theo số 1-800-399-7226. Người nói Tiếng Việt có thể trợ giúp quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

Tagalog: Mayroon kaming mga libreng serbisyo ng interpreter upang masagot ang anumang katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng interpreter, tawagan lamang kami sa 1-800-399-7226. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 답해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-800-399-7226 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Armenian: Առողջության կամ դեղերի ծրագրի վերաբերյալ որևէ հարց առաջանալու դեպքում կարող եք օգտվել անվճար թարգմանչական ծառայությունից: Թարգմանչի ծառայությունից օգտվելու համար զանգահարե՛ք 1-800-399-7226 հեռախոսահամարով: Ձեզ կօգնի հայերենին տիրապետող մեր աշխատակիցը: Ծառայությունն անվճար է:

Persian: توجه: ما خدمات مترجم رایگان داریم تا به هر سؤالی که ممکن است در مورد برنامه بهداشتی یا داروهای ما داشته باشید پاسخ دهیم. برای آن که مترجم دریافت کنید فقط کافیست با شماره1-800-399-7226 تماس بگیرید. شخصی که به زبان فارسی صحبت می کند، می تواند به شما کمک کند. این یک سرویس رایگان است.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно плана медицинского обслуживания или обеспечения лекарственными препаратами, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по номеру 1-800-399-7226. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит на русском языке. Данная услуга бесплатная.

Japanese: 当社の健康保険と処方薬プランに関するご質問にお答えするため に、無料の通訳サービスをご用意しています。通訳をご利用になるには、1-800-399-7226 にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサー ビスです。

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة لديك تتعلق بخطتنا الصحية أو جدول الدواء. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على الرقم1-800-399-7226. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه الخدمة المجانية.

Punjabi: ਸਾਡੀ ਸਿਹਤ ਜਾਂ ਦਵਾਈ ਯੋਜਨਾ ਬਾਰੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਵਾਲਾਂ ਦਾ ਜਵਾਬ ਦੇਣ ਲਈ ਸਾਡੇ ਕੋਲ ਮੁਫ਼ਤ ਦੁਭਾਸ਼ੀਆ ਸੇਵਾਵਾਂ ਹਨ। ਕੋਈ ਦੁਭਾਸ਼ੀਆ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ, ਬੱਸ ਸਾਨੂੰ 1-800-399-7226 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਕੋਈ ਵਿਅਕਤੀ ਜੋ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦਾ ਹੈ, ਉਹ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਇੱਕ ਮੁਫ਼ਤ ਸੇਵਾ ਹੈ।

Mon-Khmer, Cambodian:
យើងខ្ញុំមានសេវាអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយមិនគិតថ្លៃចាំឆ្លើយរាល់សំណួរដែលអ្នកអាចមានអំពីសុខភាព ឬផែនការឱសថរបស់យើងខ្ញុំ។ ដើម្បីទទួលបានអ្នកបកប្រែ គ្រាន់តែហៅទូរស័ព្ទមកយើងខ្ញុំតាមរយៈលេខ 1-800-399-7226។ មានគេដែលនិយាយភាសាខ្មែរអាចជួយលោកអ្នកបាន។ សេវាកម្មនេះមិនគិតថ្លៃទេ។

Hmong: Peb muaj cov kev pab cuam txhais lus los teb koj cov lus nug uas koj muaj txog ntawm peb lub phiaj xwm kho mob thiab tshuaj kho mob. Kom tau txais tus kws txhais lus, tsuas yog hu peb ntawm 1-800-399-7226. Muaj qee tus neeg hais lus Hmoob tuaj yeem pab tau koj. Qhov no yog kev pab cuam pab dawb.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-800-399-7226 पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

Thai: เรามีบริการล่ามฟรีเพื่อตอบข้อสงสัยต่าง ๆ ที่คุณอาจมีเกี่ยวกับแผนสุขภาพและด้านเภสัชกรรมของเรา ขอความช่วยเหลือจากล่ามโดยโทรติดต่อเราที่หมายเลข 1-800-399-7226
เจ้าหน้าที่ในภาษาไทยจะเป็นผู้ให้บริการโดยไม่มีค่าใช้จ่ายใด ๆ

Lao: ພວກເຮົາມີການບໍລິການນາຍພາສາຟຣີ ເພື່ອຕອບຄຳຖາມທີ່ທ່ານອາດຈະມີກ່ຽວກັບສຸຂະພາບ ຫຼື ແຜນການຢາຂອງພວກເຮົາ. ເພື່ອຮັບເອົານາຍພາສາ, ພຽງແຕ່ໂທຫາພວກເຮົາທີ່ເບີ 1-800-399-7226. ບາງຄົນທີ່ເວົ້າພາສາລາວ ສາມາດຊ່ວຍທ່ານໄດ້. ນີ້ແມ່ນການບໍລິການຟຣີ.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-800-399-7226. Quelqu'un parlant français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihre Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-800-399-7226. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per usufruire di un interprete, contattare il numero 1-800-399-7226. Un nostro incaricato che parla Italiano Le fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-800-399-7226. Irá encontrar alguém que fale português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan sante oswa medikaman nou yo. Pou w jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-800-399-7226. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-800-399-7226. Ta usługa jest bezpłatna.

Hmong-Mien: Peb muaj kev pab cuam txhais lus pub dawb los teb cov lus nug uas koj muaj txog ntawm peb lub phiaj xwm kev noj qab haus huv los sis phiaj xwm tshuaj kho mob. Kom tau txais tus kws txhais lus, tsuas yog hu peb ntawm 1-800-399-7226. Muaj tus neeg hais lus Hmoob tuaj yeem pab tau koj. Qhov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

Ukrainian: Ми надаємо безкоштовні послуги усного перекладача, який відповість на будь-які ваші запитання щодо нашого плану медичного обслуговування або лікарського забезпечення. Щоб отримати послуги перекладача, просто зателефонуйте нам за номером 1-800-399-7226. Вам може допомогти людина, яка володіє українською мовою. Ця послуга безкоштовна.

Esta página se dejó en blanco intencionalmente

Esta página se dejó en blanco intencionalmente

Servicios para Miembros de VillageHealth (HMO POS C-SNP)

Método	Servicios para Miembros – Información de contacto
LLAME A	**1-800-399-7226** Las llamadas a este número son gratuita. 8 a. m. - 8 p. m., 7 días a la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. Servicios para Miembros también dispone de servicios gratuitos de interpretación para personas que no hablan inglés.
TTY	**711** Las llamadas a este número son gratuita. 8 a. m. - 8 p. m., 7 días a la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre.
FAX	**1-562-989-5181**
ESCRIBIR	**VillageHealth** Attention: Member Services Department P.O. Box 22616 Long Beach, CA 90801-5616
PÁGINA WEB	www.villagehealthca.com

Programa de Consejería y Abogacía de Seguros de Salud (HICAP): California's SHIP

HICAP Es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros de salud, a nivel local y en forma gratuita, a las personas que tienen Medicare.

Método	California Programa de Consejería y Abogacía de Seguros de Salud (HICAP) – Información de contacto
LLAME AL	1-800-434-0222
ESCRIBA A	California Department of Aging 2880 Gateway Oaks Dr, Suite 200 Sacramento, CA 95833
PÁGINA WEB	aging.ca.gov/hicap/

Declaración de Divulgación de PRA *Según la Ley de Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que demuestre un número de control válido de OMB. El número de control de OMB válido para esta recopilación de información es 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.*