aetna®

CardinalCare
Virginia's Medicaid Program
Medicare and Medicaid Working Together

**Desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2027**

# Evidencia de cobertura para 2027:

**Sus beneficios y servicios de salud y cobertura de medicamentos con receta de Medicare como miembro de Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP)**

Este documento proporciona detalles de su cobertura médica y de medicamentos de Medicare y de Cardinal Care de Medicaid desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2027. **Este es un documento legal importante. Consérvelo en un lugar seguro.**

Este documento explica sus beneficios y derechos. Utilice este documento para comprender lo siguiente:

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

**Si tiene preguntas sobre este documento, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros al 1-855-463-0933 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Atendemos de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita.**

Este plan, Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP), es ofrecido por COVENTRY HEALTH CARE OF VIRGINIA, INC. (Cuando esta *Evidencia de cobertura* dice "nosotros", "nos" o "nuestro/a", hace referencia a COVENTRY HEALTH CARE OF VIRGINIA, INC. Cuando dice "plan" o "nuestro plan", hace referencia a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP)).

Este documento está disponible sin cargo en inglés. This document is available for free in English.

Este documento está disponible sin cargo en chino. 本文件免費提供中文版本。

Este documento está disponible sin cargo en tagalo. Ang dokumentong ito ay makukuha nang libre sa Tagalog.

Este documento está disponible sin cargo en francés. Ce document est disponible gratuitement en français.

Este documento está disponible sin cargo en vietnamita. Tài liệu này có sẵn miễn phí bằng tiếng Việt.

Este documento está disponible sin cargo en coreano. 이 문서는 한국어로 무료 제공됩니다.

Este documento está disponible sin cargo en ruso. Этот документ доступен бесплатно на русском языке.

Este documento está disponible sin cargo en árabe.

يتوفر هذا المستند مجانًا بالعربية.

H1610_001_DS17_EOC2027_SP_C
OMB Approval 0938-1051 (Expires: July 31, 2029)

Este documento está disponible sin cargo en hindi. यह दस्तावेज़ हिन्दी में निःशुल्क उपलब्ध है।.

Este documento está disponible sin cargo en amárico. ይህ ሰነድ በአማርኛ ቋንቋ በነጻ ይገኛል.

Este documento está disponible sin cargo en urdu.
یہ دستاویز اردو میں مفت دستیاب ہے۔

Este documento está disponible sin cargo en farsi.
این سند به صورت رایگان به زبان فارسی در دسترس است.

Este documento está disponible sin cargo en telugu. ఈ డాక్యుమెంట్ తెలుగులో ఉచితంగా లభిస్తుంది.

Este documento está disponible sin cargo en nepalí. यो कागजात नेपाली भाषामा नि:शुल्क उपलब्ध छ.

Este documento está disponible sin cargo en bengalí. এই নথিটি বাংলা ভাষায় বিনামূল্যে উপলব্ধ আছে.

Este documento está disponible sin cargo en otros formatos, como braille, tamaño de letra grande u otros formatos alternativos, a solicitud.

Los beneficios pueden cambiar el 1 de enero de 2028.

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

# Índice

**Capítulo 1: Primeros pasos como miembro** ..... **6**
SECCIÓN 1 Usted es miembro de Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) ..... 6
SECCIÓN 2 Calificaciones para elegibilidad del plan ..... 7
SECCIÓN 3 Lo que debe esperar cuando se une a nuestro plan ..... 9
SECCIÓN 4 Documentación importante de membresía ..... 9
SECCIÓN 5 Resumen de costos importantes para 2027 ..... 11
SECCIÓN 6 Más información sobre su prima mensual del plan ..... 15
SECCIÓN 7 Mantenga actualizado su registro de miembro del plan ..... 16
SECCIÓN 8 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan ..... 16
**Capítulo 2: Números de teléfono y recursos** ..... **18**
SECCIÓN 1 Contactos de Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) ..... 18
SECCIÓN 2 Obtenga ayuda de Medicare ..... 23
SECCIÓN 3 Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP) ..... 23
SECCIÓN 4 Organización para la mejora de la calidad (QIO) ..... 24
SECCIÓN 5 Seguro Social ..... 24
SECCIÓN 6 Medicaid ..... 26
SECCIÓN 7 Programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos con receta ..... 26
SECCIÓN 8 Junta de Jubilación para Ferroviarios (RRB) ..... 28
**Capítulo 3: Cómo utilizar nuestro plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos** ..... **29**
SECCIÓN 1 Cómo obtener atención médica y otros servicios como miembro de nuestro plan ..... 29
SECCIÓN 2 Use los proveedores de la red de nuestro plan para obtener atención médica y otros servicios ..... 30
SECCIÓN 3 Cómo puede obtener los servicios en caso de emergencia, desastre o necesidad urgente de recibir atención ..... 34
SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de los servicios cubiertos? ..... 36
SECCIÓN 5 Servicios médicos en un estudio de investigación clínica ..... 36
SECCIÓN 6 Normas para obtener atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica ..... 38
SECCIÓN 7 Normas para la posesión de equipo médico duradero ..... 38
**Capítulo 4: Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)** ..... **40**
SECCIÓN 1 Cómo comprender los servicios cubiertos ..... 40
SECCIÓN 2 La Tabla de beneficios médicos muestra sus beneficios y costos médicos ..... 40
SECCIÓN 3 Beneficios cubiertos por fuera de Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) ..... 112
SECCIÓN 4 Servicios que no están cubiertos por nuestro plan (exclusiones) ..... 112
**Capítulo 5: Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos de la Parte D** ..... **115**
SECCIÓN 1 Normas básicas para la cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro plan ..... 115

SECCIÓN 2 Obtenga su medicamento con receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo de nuestro plan....115
SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar en la Lista de medicamentos de nuestro plan....118
SECCIÓN 4 Medicamentos con restricciones de cobertura....120
SECCIÓN 5 Lo que puede hacer si uno de sus medicamentos no está cubierto como usted querría....121
SECCIÓN 6 Nuestra Lista de medicamentos puede sufrir modificaciones durante el año....124
SECCIÓN 7 Tipos de medicamentos que no cubrimos....125
SECCIÓN 8 Cómo obtener un medicamento con receta....126
SECCIÓN 9 Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales....126
SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad y administración de los medicamentos....127

**Capítulo 6: Lo que le corresponde pagar por los medicamentos de la Parte D....130**
SECCIÓN 1 Lo que le corresponde pagar por los medicamentos de la Parte D....130
SECCIÓN 2 Etapas de pago de medicamentos para los miembros de Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP)....132
SECCIÓN 3 Su *Explicación de beneficios de la Parte D* explica la etapa de pago en la que se encuentra....132
SECCIÓN 4 La Etapa del deducible....133
SECCIÓN 5 La Etapa de cobertura inicial....134
SECCIÓN 6 La Etapa de cobertura en situaciones catastróficas....141
SECCIÓN 7 Lo que usted paga por las vacunas de la Parte D....141

**Capítulo 7: Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura por servicios médicos o medicamentos cubiertos....143**
SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos nuestra parte por los servicios o medicamentos cubiertos....143
SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que recibió....145
SECCIÓN 3 Analizaremos su solicitud de pago y decidiremos si le pagaremos o no....145

**Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades....147**
SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales....147
SECCIÓN 2 Sus responsabilidades como miembro de nuestro plan....153

**Capítulo 9: Si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)....155**
SECCIÓN 1 Lo que debe hacer si tiene un problema o una inquietud....155
SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y ayuda personalizada....155
SECCIÓN 3 Explicación de los reclamos y las apelaciones de Medicare y Medicaid....156
SECCIÓN 4 Qué proceso usar para su problema....156
SECCIÓN 5 Guía sobre las decisiones de cobertura y las apelaciones....156
SECCIÓN 6 Atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación....159
SECCIÓN 7 Medicamentos de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación....167

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos la cobertura de la hospitalización más prolongada de un paciente internado si considera que está siendo dado de alta demasiado pronto ..... 175
SECCIÓN 9 Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está finalizando demasiado pronto ..... 179
SECCIÓN 10 Cómo llevar su apelación a los Niveles 3, 4 y 5 ..... 182
SECCIÓN 11 Cómo presentar un reclamo sobre la calidad de la atención, los plazos de espera, el servicio de atención al cliente u otras inquietudes ..... 184
**Capítulo 10: La cancelación de su membresía en nuestro plan ..... 190**
SECCIÓN 1 La cancelación de su membresía en nuestro plan ..... 190
SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede finalizar su membresía en nuestro plan? ..... 190
SECCIÓN 3 Cómo cancelar su membresía en nuestro plan ..... 193
SECCIÓN 4 Hasta que finalice su membresía, debe seguir recibiendo sus productos y servicios médicos y sus medicamentos a través de nuestro plan ..... 194
SECCIÓN 5 Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) debe finalizar su membresía en el plan en ciertas situaciones ..... 194
**Capítulo 11: Avisos legales ..... 196**
SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes vigentes ..... 196
SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación ..... 196
SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare ..... 196
SECCIÓN 4 Aviso sobre recuperación de pagos en exceso ..... 198
SECCIÓN 5 Determinaciones nacionales de cobertura ..... 198
**Capítulo 12: Definiciones ..... 199**
**APÉNDICE A: Información de contacto importante ..... 210**

# Capítulo 1:
# Primeros pasos como miembro

## SECCIÓN 1 Usted es miembro de Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP)

### Sección 1.1 Usted está inscrito en Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP), que es un plan de necesidades especiales de Medicare

Usted tiene cobertura de Medicare y Medicaid:

- **Medicare** es el programa federal de seguros de salud destinado a personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas que padecen enfermedad renal terminal (insuficiencia renal).
- **Medicaid** es un programa conjunto de los Gobiernos federal y estatal que brinda ayuda con los costos médicos a determinadas personas con ingresos y recursos limitados. La cobertura de Medicaid varía según el estado y el tipo de plan de Medicaid que usted tenga. Algunas personas con Medicaid reciben ayuda para pagar las primas de Medicare y otros costos. Otras personas también reciben cobertura para servicios y medicamentos adicionales no cubiertos por Medicare.

Usted ha elegido recibir la cobertura de medicamentos y atención médica de Medicare y Medicaid a través de nuestro plan, Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP). Nuestro plan cubre todos los servicios de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, el costo compartido y el acceso a los proveedores de este plan son diferentes de Original Medicare.

Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) es un plan Medicare Advantage especializado (un Plan de necesidades especiales de Medicare), lo que significa que los beneficios están destinados a personas con necesidades especiales de atención médica. Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) está destinado a personas que tienen Medicare y que también tienen derecho a recibir asistencia de Medicaid.

Debido a que usted recibe ayuda de Medicaid para pagar su costo compartido de la Parte A y Parte B de Medicare (deducibles, copagos y coseguros), es posible que no pague nada por sus servicios de Medicare. Medicaid también puede brindar otros beneficios, como la cobertura de servicios de atención médica o medicamentos con receta que, por lo general, no están cubiertos por Medicare. También recibirá Ayuda adicional de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos con receta de Medicare. Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) le ayudará a administrar todos estos beneficios por usted para que obtenga los servicios de atención médica y la asistencia de pago a los que tiene derecho.

Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) es administrado por una empresa privada. Como todos los planes Medicare Advantage, este Plan de necesidades especiales está aprobado por Medicare. Nuestro plan también tiene un contrato con el programa de Medicaid de Virginia para coordinar sus beneficios de Medicaid. Nos complace proporcionarle su cobertura de Medicare y Medicaid, lo que incluye la cobertura de medicamentos.

### Sección 1.2 Información legal sobre la *Evidencia de cobertura*

Esta *Evidencia de cobertura* es parte de nuestro contrato con usted sobre cómo Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) 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 cambios en su cobertura o condiciones adicionales que la afectan. En ocasiones, estos avisos se denominan *cláusulas adicionales* o *enmiendas*.

El contrato está en vigor para los meses en los que esté inscrito en Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) entre el 1 de enero de 2027 y el 31 de diciembre de 2027.

Cada año calendario, Medicare nos permite hacer cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) después del 31 de diciembre de 2027. Después del 31 de diciembre de 2027, también podemos decidir dejar de ofrecer el

plan en su área de servicio.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) y Cardinal Care debe aprobar Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP). Puede seguir obteniendo la cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan cada año solo si decidimos continuar ofreciendo el plan y si Medicare y Cardinal Care renuevan la aprobación del plan.

## SECCIÓN 2 Calificaciones para elegibilidad del plan

### Sección 2.1 Calificaciones para elegibilidad

Usted es elegible para ser miembro de nuestro plan siempre y cuando cumpla con todas estas condiciones:

- Tiene la Parte A y la Parte B de Medicare.
- Vive en nuestra área geográfica de servicio (como se describe en la Sección 2.3). Las personas encarceladas no se consideran habitantes del área geográfica de servicio incluso si se encuentran físicamente en ella.
- Es ciudadano o nacional de los Estados Unidos, o un no ciudadano elegible.
- Cumple con las calificaciones especiales para elegibilidad descritas a continuación.

**Calificaciones especiales para elegibilidad de nuestro plan**
Nuestro plan está diseñado para satisfacer las necesidades de las personas que obtienen determinados beneficios de Medicaid. (Medicaid es un programa conjunto de los Gobiernos federal y estatal que brinda ayuda con los costos médicos a determinadas personas con ingresos y recursos limitados). Para ser elegible para nuestro plan, usted debe pertenecer a una de las siguientes categorías de elegibilidad de Medicaid: **QMB+, SLMB+** y **FBDE**.

Nota: Si pierde la elegibilidad de Cardinal Care, pero se espera razonablemente que la recupere en un plazo de 6 meses, sigue siendo elegible para la membresía. En la Sección 2 del Capítulo 4, se describen la cobertura y el costo compartido durante este período.

### Sección 2.2 Medicaid

Medicaid es un programa conjunto de los Gobiernos federal y estatal que brinda ayuda con los costos de atención médica y a largo plazo a determinadas personas que tienen ingresos y recursos limitados. Cada estado decide qué se considera como ingresos y recursos, quién es elegible, qué servicios se cubren y cuál es el costo de los servicios. Los estados también pueden decidir cómo administrar su programa siempre que sigan las pautas federales.

Además, Medicaid ofrece programas para ayudar a las personas a pagar sus costos de Medicare, como las primas de Medicare. Estos Programas de ahorros de Medicare ayudan a las personas con ingresos y recursos limitados a ahorrar dinero todos los años:

- **Beneficiario calificado de Medicare Plus (QMB+):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare, y otros costos compartidos (como deducibles, coseguros y copagos). Usted también es elegible para recibir todos los beneficios de Medicaid del programa de Medicaid de su estado.
- **Beneficiario específico de bajos ingresos de Medicare Plus (SLMB+):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B de Medicare y posiblemente la parte A. Medicaid puede cubrir parte de los costos compartidos de Medicare por servicios médicos, según el programa Medicaid de su estado. Usted es elegible para ser beneficiario total de Medicaid.

- **Doble elegibilidad con beneficios completos (FBDE):** Medicaid puede cubrir parte de los costos compartidos de Medicare por servicios médicos, según el programa Medicaid de su estado. Usted es elegible para ser beneficiario total de Medicaid.

Un miembro que tiene "doble elegibilidad con beneficios completos" es una persona que:

- Tiene Medicare
- Tiene Medicaid completo. Medicaid es un programa que se ofrece a personas que cumplen las calificaciones de ingresos y activos.
- No califica para el Programa de ahorros de Medicare (QMB, SLMB, QI, QDWI).

Algunos individuos también pueden calificar para Medicaid por otros motivos, como tener una discapacidad o tener el ingreso complementario administrado por el Seguro Social (SSI). Para las personas que tienen Medicare, Medicaid puede pagar parte o la totalidad de lo siguiente:

- Primas mensuales de Medicare para la Parte A y la Parte B

### Sección 2.3 Área de servicio del plan para Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP)

Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) está disponible solo para las 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 de nuestro plan. El área de servicio se describe a continuación.

Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados de:
**Virginia**: Accomack, Albemarle, Alexandria City, Alleghany, Amelia, Amherst, Appomattox, Arlington, Augusta, Bath, Bedford, Bland, Botetourt, Bristol City, Brunswick, Buchanan, Buckingham, Buena Vista City, Campbell, Caroline, Carroll, Charles City, Charlotte, Charlottesville City, Chesapeake City, Chesterfield, Clarke, Colonial Heights City, Covington City, Craig, Culpeper, Cumberland, Danville City, Dickenson, Dinwiddie, Emporia City, Essex, Fairfax, Fairfax City, Falls Church City, Fauquier, Floyd, Fluvanna, Franklin, Franklin City, Frederick, Fredericksburg City, Galax City, Giles, Gloucester, Goochland, Grayson, Greene, Greensville, Halifax, Hampton City, Hanover, Harrisonburg City, Henrico, Henry, Highland, Hopewell City, Isle of Wight, James City, King and Queen, King George, King William, Lancaster, Lee, Lexington City, Loudoun, Louisa, Lunenburg, Lynchburg City, Madison, Manassas City, Manassas Park City, Martinsville City, Mathews, Mecklenburg, Middlesex, Montgomery, Nelson, New Kent, Newport News City, Norfolk City, Northampton, Northumberland, Norton City, Nottoway, Orange, Page, Patrick, Petersburg City, Pittsylvania, Poquoson City, Portsmouth City, Powhatan, Prince Edward, Prince George, Prince William, Pulaski, Radford City, Rappahannock, Richmond, Richmond City, Roanoke, Roanoke City, Rockbridge, Rockingham, Russell, Salem City, Scott, Shenandoah, Smyth, Southampton, Spotsylvania, Stafford, Staunton City, Suffolk City, Surry, Sussex, Tazewell, Virginia Beach City, Warren, Washington, Waynesboro City, Westmoreland, Williamsburg City, Winchester City, Wise, Wythe, York.

Si tiene pensado mudarse a otro estado, debe comunicarse con la oficina de Medicaid de su estado y preguntar si este traslado afectará sus beneficios de Medicaid. Los números de teléfono de Medicaid se encuentran en el Apéndice A en la parte de atrás de este documento.

Si se muda fuera del área de servicio de nuestro plan, no puede seguir siendo miembro de este plan. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-463-0933** (Los usuarios de TTY deben llamar al **711**) para ver si contamos con algún plan en el área nueva. Cuando se mude, tendrá un Período de inscripción especial para cambiarse a Original Medicare o inscribirse en un plan de salud o de medicamentos de Medicare en su nueva ubicación.

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

### Sección 2.4 Ciudadano o nacional de los EE. UU., o un no ciudadano elegible

Para ser miembro de un plan médico de Medicare, debe ser ciudadano o nacional de los EE. UU., o no ciudadano elegible. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificará a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) en caso de que usted no sea elegible para seguir siendo miembro por este motivo. Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) debe cancelar su inscripción si no cumple este requisito.

## SECCIÓN 3 Lo que debe esperar cuando se une a nuestro plan

### Sección 3.1 Evaluación de riesgo de salud

Cuando se une por primera vez a nuestro plan, recibirá una evaluación de riesgo de salud (HRA) dentro de los 90 días antes o después de la fecha de inscripción efectiva o antes.

Debemos realizar una HRA para usted. La HRA es la base para desarrollar su plan de atención. La HRA incluye preguntas para identificar sus necesidades médicas, de salud conductual, funcionales y sociales relacionadas con la salud. Para ciertos miembros, la HRA incluye preguntas sobre los servicios recibidos y la confirmación de que dichos servicios satisfacen sus necesidades.

Nos comunicaremos con usted para completar la HRA, ya sea a través de una consulta en persona o por teléfono. Le enviaremos más información sobre esta HRA. Luego, nos pondremos en contacto con usted al menos anualmente para informarle de cualquier actualización y determinar si sus necesidades han cambiado.

### Sección 3.2 Su equipo de atención y plan de atención

Un equipo de atención puede ayudarlo a seguir recibiendo la atención que necesita. El equipo de atención puede incluir a su médico, un coordinador de atención, los especialistas que consulta u otros profesionales de salud que usted elija. Usted trabaja con un equipo de atención para hacer un plan de atención basado en sus preferencias. Un plan de atención le indica a usted, a sus médicos y a otros proveedores de salud qué servicios necesita y cómo recibirlos. Incluye sus servicios médicos, de salud conductual, y los servicios y apoyo a largo plazo (LTSS) u otros servicios.

Su plan de atención incluye lo siguiente:

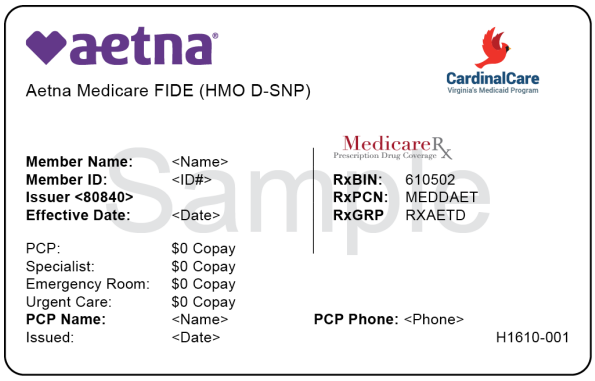
- Sus objetivos y acciones de atención médica, preferencias, necesidades y fortalezas según su prioridad, y
- Un cronograma para recibir los servicios que necesita.

Su equipo de atención se reúne con usted después de la finalización de su HRA para desarrollar un plan de atención. Le preguntan sobre los servicios que necesita. Y también le informan sobre los servicios que puede considerar obtener. Su equipo de atención trabaja con usted para actualizar su plan de atención al menos una vez al año o con mayor frecuencia, o según sea necesario si tiene algún cambio en su estado de salud.

## SECCIÓN 4 Documentación importante de membresía

### Sección 4.1 Nuestra tarjeta de miembro del plan

Use su tarjeta de miembro cada vez que reciba servicios cubiertos por nuestro plan y para los medicamentos con receta que obtenga en las farmacias de la red. Tarjeta de miembro de muestra:


aetna

Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP)

CardinalCare
Virginia's Medicaid Program

MedicareRx
Prescription Drug Coverage

**Member Name:** <Name>
**Member ID:** <ID#>
**Issuer <80840>**
**Effective Date:** <Date>

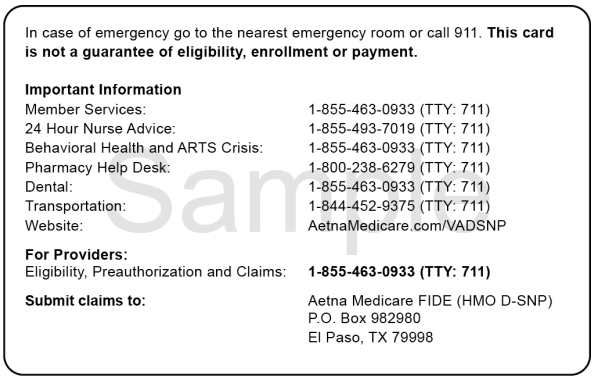
**RxBIN:** 610502
**RxPCN:** MEDDAET
**RxGRP** RXAETD

PCP: $0 Copay
Specialist: $0 Copay
Emergency Room: $0 Copay
Urgent Care: $0 Copay
**PCP Name:** <Name>
Issued: <Date>

**PCP Phone:** <Phone>

H1610-001

Sample


In case of emergency go to the nearest emergency room or call 911. **This card is not a guarantee of eligibility, enrollment or payment.**

**Important Information**

| | |
|---|---|
| Member Services: | 1-855-463-0933 (TTY: 711) |
| 24 Hour Nurse Advice: | 1-855-493-7019 (TTY: 711) |
| Behavioral Health and ARTS Crisis: | 1-855-463-0933 (TTY: 711) |
| Pharmacy Help Desk: | 1-800-238-6279 (TTY: 711) |
| Dental: | 1-855-463-0933 (TTY: 711) |
| Transportation: | 1-844-452-9375 (TTY: 711) |
| Website: | AetnaMedicare.com/VADSNP |

**For Providers:**
Eligibility, Preauthorization and Claims: **1-855-463-0933 (TTY: 711)**

**Submit claims to:** Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP)
P.O. Box 982980
El Paso, TX 79998

Sample

NO debe usar la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para obtener los servicios médicos cubiertos mientras sea miembro de este plan. Si utiliza su tarjeta de Medicare en lugar de la tarjeta de miembro de Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP), es posible que deba pagar el costo total de los servicios médicos. Guarde su tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Es posible que deba presentarla si necesita servicios hospitalarios, servicios de hospicio o hacerse estudios de investigación clínica aprobados por Medicare, también denominados ensayos clínicos.

Si la tarjeta de miembro de nuestro plan se daña, se le pierde o se la roban, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-463-0933** (Los usuarios de TTY deben llamar al **711**) y le enviaremos una tarjeta nueva.

### Sección 4.2 *Directorio de proveedores y farmacias*

El *Directorio de proveedores y farmacias* (**AetnaMedicare.com/VADSNP-find-provider**) detalla nuestros proveedores de la red, proveedores de equipo médico duradero y farmacias de la red actuales.

**Los proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de salud, grupos médicos, proveedores de equipo médico duradero, 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 se atiende en otro lado sin la autorización adecuada, deberá pagar el costo total. Las únicas excepciones son emergencias, servicios de urgencia cuando la red no está disponible (es decir, en situaciones en las que no sería razonable esperar o no se puede obtener servicios dentro de la red), servicios de diálisis fuera del área y casos en los que Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) autoriza el uso de proveedores fuera de la red.

Las **farmacias de la red** son farmacias que aceptan surtir medicamentos con receta cubiertos para los miembros de nuestro plan. Use el *Directorio de proveedores y farmacias* para encontrar la farmacia de la red en la que desee comprar los medicamentos. Consulte la Sección 2.4 del Capítulo 5 para obtener información sobre cuándo puede utilizar las farmacias que no estén dentro de la red de nuestro plan.

Si no tiene un *Directorio de proveedores y farmacias*, puede solicitar una copia (electrónica o impresa) al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-463-0933** (Los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Las copias impresas solicitadas de los *Directorios de proveedores y farmacias* se le enviarán por correo en el plazo de 3 días hábiles. También puede encontrar esta información en nuestro sitio web en **AetnaMedicare.com/VADSNP-find-provider**.

### Sección 4.3 Lista de medicamentos (formulario)

El plan cuenta con una *Lista de medicamentos cubiertos* (también denominada la Lista de medicamentos o el formulario). Indica qué medicamentos con receta están cubiertos por el beneficio de la Parte D incluido en Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP). Nuestro plan, con la colaboración de médicos y farmacéuticos, selecciona los medicamentos de esta lista. La Lista de medicamentos cumple con todos los requisitos de Medicare. Los medicamentos incluidos en el Programa de negociación de precios de medicamentos de Medicare se incluirán en su Lista de medicamentos, a menos que hayan sido retirados o reemplazados como se describe en la Sección 6 del Capítulo 5. Medicare ha aprobado la Lista de medicamentos de Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP).

La Lista de medicamentos también le indica si existen normas que restrinjan la cobertura de los medicamentos.

Le daremos una copia de la Lista de medicamentos. Para obtener la información más completa y vigente sobre los medicamentos cubiertos, visite **AetnaMedicare.com/VADSNP-drug-formulary** o llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-463-0933** (Los usuarios de TTY deben llamar al **711**).

## SECCIÓN 5 Resumen de costos importantes para 2027

| | **Sus costos en 2027** |
|---|---|
| **Prima mensual del plan*** <br>*Su prima puede ser mayor que este monto. Consulte la Sección 5.1 para obtener más detalles. | $0 |
| **Monto máximo que paga de su bolsillo** <br>Este es el monto máximo que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos. <br>(Vaya a la Sección 1.2 del Capítulo 4 para obtener más detalles). | $9,850<br><br>Usted no es responsable del pago de ningún costo de bolsillo en relación con el monto máximo que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. |
| **Visitas de atención primaria** | $0 por consulta |
| **Visitas al consultorio de especialistas** | $0 por consulta |
| **Hospitalizaciones** <br>Incluye varias hospitalizaciones, como cuidados agudos, rehabilitación y atención a largo plazo. Una hospitalización comienza el día en que se lo ingresa formalmente con una orden del médico y termina el día antes de que le den el alta. | No se requiere coseguro, copago ni deducible para la atención hospitalaria para pacientes internados cubierta.<br><br>Si obtiene autorización para recibir atención para pacientes internados en un hospital fuera de la red una vez que se ha estabilizado la afección que causó la emergencia, el costo que le corresponde pagar es el costo compartido que debería pagar en un hospital de la red. |

| | **Sus costos en 2027** |
|---|---|
| **Cobertura de medicamentos de la Parte D**<br>(Consulte el Capítulo 6 para obtener más detalles, que incluyen las Etapas del deducible anual, de cobertura inicial y de cobertura en situaciones catastróficas). | **Deducible de la cobertura de medicamentos de la Parte D:**<br>**Si califica para recibir Ayuda adicional de Medicare para ayudarlo a pagar sus medicamentos con receta, usted paga lo siguiente:**<br><br>$0<br><br>**Si no califica para recibir Ayuda adicional de Medicare para ayudarlo a pagar sus medicamentos con receta, usted paga lo siguiente:**<br><br>$700 (Niveles 3 a 5) excepto para productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D.<br><br>**Copago/coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:**<br><br>**Si tiene elegibilidad activa para Medicaid:**<br><br>Para los medicamentos genéricos o de marca cubiertos, usted paga $0 por receta.<br><br>**Si no tiene elegibilidad activa para Medicaid, pero califica para recibir Ayuda adicional de Medicare para pagar los medicamentos, usted paga lo siguiente:**<br><br>Por medicamentos genéricos cubiertos (incluso los medicamentos de marca considerados genéricos): $0, $1.65 o $5.80 por medicamento con receta<br><br>Por todos los demás medicamentos: $0, $5.00 o $14.40 por medicamento con receta<br><br>**Si usted no califica para recibir Ayuda adicional de Medicare para ayudarlo a pagar los medicamentos con receta, usted paga lo siguiente:**<br><br>**Medicamento de Nivel 1:** Usted paga $0 por medicamento con receta.<br><br>**Medicamento de Nivel 2:** Usted paga $0 por medicamento con receta.<br><br>**Medicamento de Nivel 3:** Usted paga el 9% del costo total. |

| | Sus costos en 2027 |
|---|---|
| | Usted paga hasta $35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.<br><br>**Medicamento de Nivel 4:** Usted paga el 25% del costo total.<br><br>Usted paga hasta $35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.<br><br>**Medicamento de Nivel 5:** Usted paga el 25% del costo total.<br><br>Usted paga hasta $35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.<br><br>**Etapa de cobertura en situaciones catastróficas:** Durante esta etapa de pago, no debe pagar nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D. |

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

- Prima del plan (Sección 5.1)
- Prima mensual de la Parte B de Medicare (Sección 5.2)
- Multa por inscripción tardía de la Parte D (Sección 5.3)
- Monto mensual ajustado relacionado con el ingreso (Sección 5.4)
- Monto del Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare (Sección 5.5)

### Sección 5.1 Prima del plan

No es necesario que pague una prima mensual del plan por separado para Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP).

### Sección 5.2 Prima mensual de la Parte B de Medicare

**Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare**

Algunos miembros deben pagar otras primas de Medicare. Como se explicó anteriormente en la Sección 2, con el fin de ser elegible para nuestro plan, debe mantener la elegibilidad para Medicaid y tener tanto la Parte A como la Parte B de Medicare. Para la mayoría de los miembros de Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP), Medicaid paga la prima de la Parte A (si no califica automáticamente) y la prima de la Parte B.

**Si Medicaid no paga sus primas de Medicare, usted debe continuar pagando las primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan.** Esto incluye su prima de la Parte B. También puede pagar una prima para la Parte A si no es elegible para la Parte A sin pagar la prima.

### Sección 5.3 Multa por inscripción tardía de la Parte D

Dado que usted tiene doble elegibilidad, la multa por inscripción tardía (LEP) no se aplica siempre y cuando mantenga su estado de doble elegibilidad. De perderlo, es posible que deba pagar una LEP. La

multa por inscripción tardía de la Parte D es una prima adicional que debe pagarse por la cobertura de la Parte D si en algún momento después de que termine su período de inscripción inicial, hubo un período de 63 días consecutivos o más en los que usted no tuvo la Parte D o cualquier otra cobertura acreditable para medicamentos. La cobertura de medicamentos con receta acreditable es la cobertura que cumple con los estándares mínimos de Medicare, ya que se espera que pague, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura de medicamentos estándar de Medicare. El costo de la multa por inscripción tardía depende de cuánto tiempo estuvo sin la Parte D o sin otra cobertura de medicamentos con receta acreditable. Por lo general, tendrá que pagar esta multa mientras tenga la cobertura de la Parte D.

**No** tiene que pagar multa por inscripción tardía de la Parte D en los siguientes casos:

- Recibe Ayuda adicional de Medicare para poder cubrir los costos de sus medicamentos.
- Estuvo menos de 63 días consecutivos sin la cobertura de la Parte D u otra cobertura acreditable.
- Usted ha tenido cobertura de medicamentos acreditable a través de otra fuente (como un empleador anterior, sindicato, TRICARE o la Administración de la Salud de los Veteranos [VA]). Su aseguradora o el Departamento de Recursos Humanos le avisarán cada año si su cobertura de medicamentos es una cobertura acreditable. Es posible que reciba esta información en una carta o en un boletín informativo de ese plan. Conserve esta información, porque puede necesitarla si se une, en el futuro, al plan de medicamentos de Medicare.
    - **Nota:** La carta o el aviso debe indicar que tenía una cobertura de medicamentos con receta acreditable que se preveía que pagaría el mismo monto que el plan estándar para medicamentos de Medicare.
    - **Nota:** Las tarjetas de descuento para medicamentos con receta, las clínicas gratuitas y los sitios web de descuentos en medicamentos no constituyen una cobertura de medicamentos con receta acreditable.

**Medicare determina el monto de la multa por inscripción tardía de la Parte D.** Funciona de la siguiente manera:

- En primer lugar, se cuenta el número de meses completos que se retrasó en la inscripción de un plan de medicamentos de Medicare, después de que fuera elegible para inscribirse. O bien, se cuenta el número de meses completos que no tuvo cobertura acreditable para medicamentos, si la interrupción de la cobertura fue de 63 días o más.
- Luego, Medicare determina el monto de la prima mensual del plan promedio para los planes de medicamentos de Medicare en la nación desde el año anterior (prima base nacional del beneficiario). Para el año 2027, el monto promedio de la prima será de $41.33.
- Para calcular su multa mensual, Medicare multiplica la cantidad de meses sin cubrir (porcentaje de la multa) por el 1% de la base nacional de la prima del beneficiario y luego redondea ese monto a los 10 centavos más cercanos. Por ejemplo, si pasa 14 meses sin la Parte D u otra cobertura acreditable, la multa sería de un 14% de $41.33, lo que es igual a $5.79. Esto se redondea en $5.80. Esta suma se agregará **a la prima mensual del plan de una persona que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D**.

Tres aspectos importantes que debe conocer sobre la multa mensual por inscripción tardía de la Parte D:

- **La multa puede cambiar cada año,** ya que la prima base nacional de beneficiarios puede cambiar cada año.
- **Generalmente, continuará pagando una multa** todos los meses mientras esté inscrito en un plan que tenga beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare, incluso si cambia de plan.
- Si tiene *menos* de 65 años y está inscrito en Medicare, la multa por inscripción tardía de la Parte D se reiniciará cuando cumpla 65. Después de los 65 años, la multa por inscripción tardía de la Parte D se basará solo en los meses en los que no tenga cobertura después de su período de inscripción inicial

al cumplir la edad para Medicare.

**Si no está de acuerdo con la multa por inscripción tardía a la Parte D, usted o su representante pueden solicitar una reconsideración (apelación) de la multa.** La reconsideración es llevada a cabo por una organización de revisión independiente que no está relacionada con nosotros. Por lo general, debe pedir la reconsideración **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 pagaba una multa antes de inscribirse en nuestro plan, generalmente no tendrá otra oportunidad de pedir una reconsideración de esa multa por inscripción tardía.

### Sección 5.4 Monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso

Si pierde la elegibilidad para este plan debido a cambios en sus ingresos, es posible que algunos miembros deban pagar un cargo adicional para su plan de Medicare, conocido como monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso (IRMAA) de la Parte D. El cargo adicional se calcula usando su ingreso bruto ajustado modificado, como se informó en su declaración de impuestos del Servicio de Impuestos Internos (IRS) de hace 2 años. Si este monto está por encima de cierto monto, pagará el monto estándar de la prima y el IRMAA adicional. Para obtener más información sobre el monto adicional que posiblemente deba pagar conforme a sus ingresos, visite **Medicare.gov/health-drug-plans/part-d/basics/costs**.

Si debe pagar un IRMAA 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 del Personal, independientemente de cómo pague siempre su prima del plan, a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir el monto adicional adeudado. Si el monto de su cheque de beneficios no cubre el monto adicional, recibirá una factura de Medicare. **Le debe pagar el IRMAA adicional al gobierno. No se puede pagar con su prima mensual del plan. Si no paga el IRMAA adicional, se cancelará su inscripción en nuestro plan y perderá la cobertura de medicamentos con receta.**

Si está en desacuerdo con pagar un IRMAA adicional, puede solicitar al Seguro Social que revea la decisión. Para saber cómo hacerlo, póngase en contacto con el Seguro Social al **1-800-772-1213** (Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-325-0778**).

### Sección 5.5 Monto del Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare

Si está participando en el Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare, cada mes pagará la prima del plan (si tiene una) y recibirá una factura de su plan de salud o de medicamentos por sus medicamentos con receta (en lugar de pagarle a la farmacia). Su factura mensual se basa en lo que usted debe para cualquier medicamento con receta que obtenga, más el saldo del mes anterior, dividido por la cantidad de meses que le quedan al año.

La Sección 7 del Capítulo 2 le brinda más información sobre el Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare. Si no está de acuerdo con el monto facturado como parte de esta opción de pago, puede seguir los pasos que se indican en el Capítulo 9 para presentar un reclamo o una apelación.

## SECCIÓN 6 Más información sobre su prima mensual del plan

### Sección 6.1 Su prima mensual del plan no cambiará durante el año

No se nos permite cambiar el monto de la prima mensual del plan durante el año. Si la prima mensual del plan cambia el próximo año, se lo informaremos en septiembre y la nueva prima 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 adeuda una, o bien, debe comenzar a pagar una multa por inscripción tardía.

- Si alguna vez pierde la Ayuda adicional, puede estar sujeto a la multa por inscripción tardía de la Parte D si cancela su inscripción en el plan y se queda sin cobertura de la Parte D o sin otra cobertura acreditable para medicamentos durante 63 días consecutivos o más.

En la Sección 7 del Capítulo 2, encontrará más información sobre el programa Ayuda adicional.

## SECCIÓN 7 Mantenga actualizado su registro de miembro del plan

Su registro de miembro contiene información del formulario de inscripción, incluso su dirección y número de teléfono. Detalla la cobertura específica de su plan, incluido su proveedor de atención primaria, grupo médico y asociación de médicos independientes (IPA). Un grupo médico es un grupo de médicos y otros proveedores de atención médica que tienen un contrato para proporcionar servicios a miembros de nuestro plan. Una IPA, o asociación de médicos independientes, es un grupo independiente de médicos y otros proveedores de atención médica que tienen un contrato para proporcionar servicios a miembros de nuestro plan.

Los médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores de la red de nuestro plan **utilizan su registro de miembro para saber cuáles son los servicios y medicamentos que están cubiertos y los montos de costo compartido**. Es por ello que es muy importante que nos ayude a mantener actualizada su información.

**Si tiene alguno de estos cambios, háganoslo saber:**

- Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono.
- Cambios en cualquier otra cobertura de salud que tenga (por ejemplo, de su empleador, del empleador de su cónyuge o pareja doméstica, compensación laboral o Medicaid).
- Cualquier reclamación de responsabilidad civil, por ejemplo, por un accidente automovilístico.
- Si fue ingresado en un hogar de convalecencia.
- Si recibe atención en un hospital o una sala de emergencias que se encuentran fuera del área de cobertura o que están fuera de la red;
- Si cambia la parte responsable designada por usted (como un cuidador).
- Si participa en un estudio de investigación clínica. (**Nota:** No es obligatorio que informe a nuestro plan sobre los estudios de investigación clínica en los que tenga la intención de participar, pero le recomendamos que lo haga).

Si cualquiera de esta información cambia, infórmenos sobre esto llamando al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-463-0933** (Los usuarios de TTY deben llamar al **711**).

También es importante que se comunique con el Seguro Social si se muda o cambia su dirección postal. Llame al Seguro Social al **1-800-772-1213** (Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-325-0778**).

## SECCIÓN 8 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

Medicare nos exige que recopilemos información sobre cualquier otra cobertura médica o para medicamentos que tenga para que podamos coordinar cualquier otra cobertura con los beneficios que

obtiene de nuestro plan. A esto se lo denomina **Coordinación de beneficios.**

Una vez por año le enviaremos una carta con el detalle de las demás coberturas médicas o para medicamentos de las que tengamos conocimiento. Lea atentamente esta información. Si es correcta, no tiene que hacer nada. Si la información es incorrecta o si tiene alguna otra cobertura que no está incluida en la lista, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-463-0933** (Los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Es posible que sus otros aseguradores le pidan el número de identificación de miembro de nuestro plan (una vez que confirme 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 de Medicare que deciden si nuestro plan o su otro seguro paga primero. El seguro que primero paga (el "pagador principal") paga hasta el máximo de su cobertura. El seguro que paga en segundo término (denominado "pagador secundario"), solo paga si quedaron costos sin cubrir de la cobertura principal. Es posible que el pagador secundario no pague todos los costos no cubiertos. Si usted tiene otro seguro, infórmeles 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 (ESRD):
    - Si es menor de 65 años y tiene una discapacidad, y usted (o un miembro de su familia) todavía trabaja, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 100 o más empleados o si este es parte de un plan de empleadores múltiples en el que, 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 primero si el empleador tiene 20 o más empleados o si este es parte de un plan de empleadores múltiples en el que, 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 en primer lugar durante los primeros 30 meses luego de haber sido elegible para Medicare.

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

- Seguro sin culpa (incluido el seguro automovilístico)
- Responsabilidad (incluido el seguro automovilístico)
- Beneficios de pulmón negro
- Compensación laboral

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

# **Capítulo 2:**
# Números de teléfono y recursos

## SECCIÓN 1 Contactos de Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP)

Para obtener ayuda con las reclamaciones o la facturación, o si tiene alguna pregunta sobre la tarjeta de miembro, llame o escriba al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP). Con gusto lo ayudaremos.

| | Información de contacto del Departamento de Servicios para Miembros |
|---|---|
| **Llame al** | **1-855-463-0933**<br>Las llamadas a este número son gratuitas.<br>El horario de atención es de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana.<br>El Departamento de Servicios para Miembros también ofrece servicios gratuitos de interpretación para las personas que no hablan inglés. |
| **TTY** | **711**<br>Las llamadas a este número son gratuitas.<br>El horario de atención es de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. |
| **Fax** | 1-855-259-2087 |
| **Escriba a** | Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP)<br>Aetna Duals COE Member Correspondence<br><br>PO Box 982980<br>El Paso, TX 79998 |
| **Sitio web** | **AetnaMedicare.com/VADSNP** |

**Cómo puede solicitar una decisión de cobertura o de apelación sobre su atención médica**
Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y la cobertura, o sobre el monto que pagamos por sus servicios médicos o medicamentos de la Parte D. Una apelación es una manera formal de pedirnos revisar y modificar una decisión de cobertura. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura o apelaciones sobre su atención médica o los medicamentos de la Parte D, consulte el Capítulo 9.

| | **Información de contacto para decisiones de cobertura sobre la atención médica** |
|---|---|
| **Llame al** | **1-855-463-0933**<br>Las llamadas a este número son gratuitas.<br>El horario de atención es de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. |
| **TTY** | **711**<br>Las llamadas a este número son gratuitas.<br>El horario de atención es de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. |
| **Fax** | 1-833-280-5224 |
| **Escriba a** | PO Box 818051<br>Cleveland, OH 44181-8051 |
| **Sitio web** | **AetnaMedicare.com/VADSNP** |

| | **Información de contacto para decisiones de cobertura sobre los medicamentos de la Parte D** |
|---|---|
| **Llame al** | **1-855-463-0933**<br>Las llamadas a este número son gratuitas.<br>Atendemos durante las 24 horas, los 7 días de la semana. |
| **TTY** | **711**<br>Las llamadas a este número son gratuitas.<br>Atendemos durante las 24 horas, los 7 días de la semana. |
| **Fax** | 1-877-270-0148 |
| **Escriba a** | Part D Coverage Determination Pharmacy Department<br>4750 S 44th Pl Suite 150<br>Phoenix, AZ 85040 |
| **Sitio web** | **AetnaMedicare.com/VADSNP** |

| | Información de contacto para las apelaciones sobre la atención médica |
|---|---|
| **Llame al** | 1-855-463-0933<br>Las llamadas a este número son gratuitas.<br>El horario de atención es de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. |
| **TTY** | 711<br>Las llamadas a este número son gratuitas.<br>El horario de atención es de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. |
| **Fax** | 1-959-876-7979<br>Apelaciones aceleradas: 1-959-876-7980 |
| **Escriba a** | Apelaciones para miembros de Aetna Duals<br>PO Box 14726<br>Lexington, KY 40512<br>COEGandA@aetna.com |
| **Sitio web** | AetnaMedicare.com/VADSNP |

| | Información de contacto para apelaciones sobre los medicamentos de la Parte D |
|---|---|
| **Llame al** | 1-855-463-0933<br>Las llamadas a este número son gratuitas.<br>Atendemos durante las 24 horas, los 7 días de la semana. |
| **TTY** | 711<br>Las llamadas a este número son gratuitas.<br>Atendemos durante las 24 horas, los 7 días de la semana. |
| **Fax** | 1-877-270-0148 |
| **Escriba a** | Part D Appeals Pharmacy Department<br>4750 S 44th Pl Suite 150<br>Phoenix, AZ 85040 |
| **Sitio web** | AetnaMedicare.com/VADSNP |

**Cómo presentar un reclamo sobre su atención médica**
Puede presentar un reclamo sobre nosotros o sobre alguno de nuestros proveedores o farmacias de la red, incluso respecto de la calidad de su atención. Este tipo de reclamo no está relacionado con disputas de cobertura ni de pago. Para obtener más información sobre cómo presentar un reclamo sobre su atención médica, consulte el Capítulo 9.

| | Información de contacto para reclamos sobre la atención médica |
|---|---|
| **Llame al** | **1-855-463-0933**<br>Las llamadas a este número son gratuitas.<br>El horario de atención es de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. |
| **TTY** | **711**<br>Las llamadas a este número son gratuitas.<br>El horario de atención es de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. |
| **Fax** | 1-959-876-7982 |
| **Escriba a** | Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP)<br>Aetna Duals Grievances<br>PO Box 14725<br>Lexington, KY 40512<br>**COEGandA@aetna.com** |
| **Sitio web de Medicare** | Para presentar un reclamo sobre Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) directamente ante Medicare, visite **Medicare.gov/my/medicare-complaint**. |

| | Información de contacto para presentar un reclamo sobre los medicamentos de la Parte D |
|---|---|
| **Llame al** | **1-855-463-0933**<br>Las llamadas a este número son gratuitas.<br>El horario de atención es de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. |
| **TTY** | **711**<br>Las llamadas a este número son gratuitas.<br>El horario de atención es de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. |
| **Fax** | 1-959-876-7982 |
| **Escriba a** | Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP)<br>Aetna Duals Grievances<br>PO Box 14725<br>Lexington, KY 40512<br>**COEGandA@aetna.com** |
| **Sitio web de Medicare** | Para presentar un reclamo sobre Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) directamente ante Medicare, visite **Medicare.gov/my/medicare-complaint**. |

**Cómo pedirnos que paguemos la parte que nos corresponde del costo de la atención médica o de un medicamento que recibió**
Si recibió una factura o pagó por los servicios (como una factura de un proveedor) que cree que deberíamos pagar, es posible que deba pedirnos un reembolso o el pago a la factura del proveedor. Para obtener más información, consulte el Capítulo 7.

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.

| | **Información de contacto para solicitudes de pago por cobertura médica** |
|---|---|
| **Llame al** | **1-855-463-0933**<br>Las llamadas a este número son gratuitas.<br>El horario de atención es de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. |
| **TTY** | **711**<br>Las llamadas a este número son gratuitas.<br>El horario de atención es de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. |
| **Fax** | 1-855-259-2087 |
| **Escriba a** | Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP)<br>PO Box 982980<br>El Paso, TX 79998 |
| **Sitio web** | **AetnaMedicare.com/VADSNP** |

| | **Información de contacto para solicitudes de pago de medicamentos de la Parte D** |
|---|---|
| **Escriba a** | Aetna Integrated Pharmacy Solutions<br>PO Box 52446<br>Phoenix, AZ 85072 |
| **Sitio web** | **AetnaMedicare.com/VADSNP** |

## SECCIÓN 2 Obtenga ayuda de Medicare

Medicare es el programa federal de seguros de salud 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 que requiere diálisis o trasplante de riñón).

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) son la agencia federal a cargo de Medicare. Esta agencia celebra contratos con organizaciones de Medicare Advantage, incluido nuestro plan.

| Información de contacto de Medicare | |
|---|---|
| **Llame al** | 1-800-MEDICARE (**1-800-633-4227**)<br>Las llamadas a este número son gratuitas.<br>Atienden durante las 24 horas, los 7 días de la semana. |
| **TTY** | **1-877-486-2048**<br>Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.<br>Las llamadas a este número son gratuitas. |
| **Chat en vivo** | Puede chatear en vivo en **Medicare.gov/talk-to-someone**. |
| **Escriba a** | Escriba a Medicare al PO Box 1270, Lawrence, KS 66044 |
| **Sitio web** | **Medicare.gov**<br>• Obtenga información sobre los planes de salud y de medicamentos de Medicare en su área, incluso cuánto cuestan y qué servicios brindan.<br>• Encuentre médicos participantes en Medicare u otros prestadores y proveedores de atención médica.<br>• Descubra qué cubre Medicare, incluidos los servicios preventivos (como pruebas de detección, inyecciones o vacunas y consultas anuales de “bienestar”).<br>• Obtenga información y formularios sobre las apelaciones de Medicare.<br>• Obtenga información sobre la calidad de la atención que brindan los planes, los hogares de convalecencia, los hospitales, los médicos, las agencias de atención médica a domicilio, los centros de diálisis, los centros de hospicio, los centros de rehabilitación para pacientes internados y los hospitales de atención a largo plazo.<br>• Busque sitios web y números de teléfono útiles.<br><br>También puede visitar **Medicare.gov** para informarle a Medicare sobre cualquier reclamo que tenga acerca de Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP).<br><br>**Para presentar un reclamo ante Medicare**, vaya a **Medicare.gov/my/medicare-complaint**. Medicare toma sus reclamos seriamente y utilizará esta información para mejorar la calidad del programa de Medicare. |

## SECCIÓN 3 Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP)

El Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP) es un programa gubernamental que cuenta con asesores capacitados en todos los estados y que ofrece ayuda gratuita, información y respuestas a

sus preguntas sobre Medicare. Consulte el **Apéndice A** en la contraportada de este documento para obtener el nombre y la información de contacto del Programa estatal de asistencia en seguros de salud de su estado.

SHIP es un programa estatal independiente (no relacionado con ninguna compañía aseguradora ni plan de salud) que recibe fondos del Gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros de salud, a nivel local y de forma gratuita, a las personas que tienen Medicare.

Los asesores del SHIP pueden ayudarlo a que entienda sus derechos en relación con Medicare, a presentar reclamos sobre la atención o el tratamiento médicos y a solucionar problemas con las facturas de Medicare. También pueden ayudarlo a abordar las preguntas o los problemas que tenga respecto de Medicare, a comprender las opciones de los planes de Medicare y a responder preguntas sobre cómo cambiar de plan.

## SECCIÓN 4 Organización para la mejora de la calidad (QIO)

Una Organización para la mejora de la calidad (QIO) designada atiende a las personas con Medicare en cada estado. Consulte el **Apéndice A** en la parte de atrás de este documento para obtener el nombre y la información de contacto de la Organización para la mejora de la calidad de su estado.

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

Comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad si se presenta alguna de las siguientes situaciones:

- Si tiene un reclamo sobre la calidad de la atención que recibió. Ejemplos de problemas relacionados con la calidad de la atención son obtener el medicamento equivocado, pruebas o procedimientos innecesarios o un diagnóstico erróneo.
- Si cree que la cobertura para su hospitalización finaliza demasiado pronto.
- Si cree que la cobertura para atención médica a domicilio, servicios en centros de atención de enfermería especializada o servicios en centros de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) finaliza demasiado pronto.

## SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social determina la elegibilidad y gestiona la inscripción en Medicare. 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, comuníquese con el Seguro Social para informar dichos cambios.

| Información de contacto del Seguro Social | |
|---|---|
| **LLAME AL** | **1-800-772-1213**<br>Las llamadas a este número son gratuitas.<br>Atendemos de 08:00 a. m. a 07:00 p. m., de lunes a viernes.<br>Use los servicios telefónicos automáticos del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunas gestiones durante las 24 horas. |
| **TTY** | **1-800-325-0778**<br>Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.<br>Las llamadas a este número son gratuitas.<br>Disponible de 08:00 a. m. a 07:00 p. m., de lunes a viernes. |
| **SITIO WEB** | **SSA.gov** |

## SECCIÓN 6 Medicaid

Medicaid es un programa conjunto de los Gobiernos federal y estatal que brinda ayuda con los costos médicos a determinadas personas con ingresos y recursos limitados.

Los siguientes Programas de ahorros de Medicare ayudan a las personas con ingresos y recursos limitados:

- **Beneficiario calificado de Medicare Plus (QMB+):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare, y otros costos compartidos (como deducibles, coseguros y copagos). Usted también es elegible para recibir todos los beneficios de Medicaid del programa de Medicaid de su estado.
- **Beneficiario específico de bajos ingresos de Medicare Plus (SLMB+):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B de Medicare y posiblemente la parte A. Medicaid puede cubrir parte de los costos compartidos de Medicare por servicios médicos, según el programa Medicaid de su estado. Usted es elegible para ser beneficiario total de Medicaid.
- **Doble elegibilidad con beneficios completos (FBDE):** Medicaid puede cubrir parte de los costos compartidos de Medicare por servicios médicos, según el programa Medicaid de su estado. Usted es elegible para ser beneficiario total de Medicaid.

Si tiene preguntas sobre la asistencia que recibe de Medicaid, comuníquese con Cardinal Care.

El programa del defensor del pueblo ayuda a las personas inscritas en Medicaid a resolver problemas de servicios o facturación. Pueden ayudarle a presentar una queja o una apelación con nuestro plan.

El programa del defensor del pueblo para atención a largo plazo (LTC) ayuda a las personas a obtener información sobre los hogares de convalecencia y a resolver problemas entre los hogares de convalecencia y los residentes o sus familiares.

Consulte el **Apéndice A** de este documento para obtener el nombre y la información de contacto de Cardinal Care y los programas del defensor del pueblo de su estado.

## SECCIÓN 7 Programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos con receta

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

**Ayuda adicional de Medicare**
Debido a que es elegible para Medicaid, califica y recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos con receta. No es necesario que haga nada para recibir esta “Ayuda adicional”.

Si tiene alguna pregunta sobre la Ayuda adicional, llame:

- 1-800-MEDICARE (**1-800-633-4227**). Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**;
- A la Administración del Seguro Social, al **1-800-772-1213**, de 08:00 a. m. a 07:00 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-325-0778**; o
- A su Oficina de Medicaid estatal. (Consulte el **Apéndice A** en la parte de atrás de este documento para obtener la información de contacto).

Si cree que está pagando un monto incorrecto por su medicamento con receta en una farmacia, nuestro plan tiene un proceso para ayudarlo a obtener pruebas de su monto de copago adecuado. Si ya tiene

pruebas del monto correcto, podemos ayudarle a que las comparta con nosotros.

Puede enviarnos la documentación de evidencia mediante cualquiera de las siguientes formas de contacto:

| | Información de contacto para comunicarse con la mejor evidencia disponible |
|---|---|
| **ESCRIBA A** | Best Available Evidence<br>PO Box 14076<br>Lexington, KY 40512 |
| **FAX** | 1-866-756-5522 |
| **CORREO ELECTRÓNICO** | **BAE/LISmailbox@aetna.com** |

- Cuando recibamos las pruebas que demuestren el nivel de copago correcto, actualizaremos nuestro sistema para que pueda pagar el copago correcto cuando obtenga su próximo medicamento con receta. Si el copago que abona es superior a lo que le corresponde, se lo reembolsaremos con un cheque o con un crédito de copago futuro. Si la farmacia no cobró su copago y usted tiene una deuda, podemos hacer el pago directamente a la farmacia. Si el estado pagó en su nombre, tal vez le paguemos directamente al estado. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-463-0933** (Los usuarios de TTY deben llamar al **711**) si tiene alguna pregunta.

**¿Qué ocurre si tiene Ayuda adicional y cobertura del Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP)?**
El Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP) ayuda a las personas que tienen VIH/SIDA a acceder a medicamentos esenciales para el VIH que salvan vidas. Los medicamentos de la Parte D de Medicare que también están en el formulario de ADAP califican para la ayuda de costo compartido para medicamentos con receta a través del ADAP de su estado (los números de teléfono se encuentran en el **Apéndice A** en la parte de atrás de este documento).

**NOTA:** Para ser elegible para el ADAP de su estado, las personas deben cumplir ciertos criterios, que incluyen el comprobante de residencia del estado y estado del VIH, de ingresos bajos (según lo definido por el estado), y de estado sin seguro o infraseguro. Si cambia de plan, notifíquele al trabajador de inscripción de su ADAP local para que pueda continuar recibiendo ayuda. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al contacto de ADAP en su estado. (Consulte el **Apéndice A** en la parte de atrás de este documento para obtener el nombre y la información de contacto del ADAP de su estado).

### Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare

El Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare es una opción de pago que funciona con su cobertura de medicamentos actual para ayudarlo a administrar los costos de su bolsillo de los medicamentos cubiertos por nuestro plan al distribuirlos a lo largo del **año calendario** (de enero a diciembre). Cualquier persona que tenga un plan de medicamentos de Medicare o un plan de salud de Medicare con cobertura de medicamentos (como un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos) puede usar esta opción de pago. **Esta opción de pago puede ayudarlo a administrar sus gastos, pero no ahorra dinero ni reduce los costos de sus medicamentos. Si participa en el Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare y permanece en el mismo plan de la Parte D, su participación se renovará automáticamente para 2027; no necesita presentar una nueva solicitud de**

**elección para seguir participando en 2027.** La Ayuda adicional de Medicare y la ayuda de su Programa estatal de asistencia farmacéutica (SPAP) y su ADAP, para aquellos que califiquen, son más beneficiosas que la participación en el Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare. Para obtener más información sobre esta opción de pago, llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-855-463-0933 (Los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visite Medicare.gov.

| | Información de contacto del Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare |
|---|---|
| **LLAME AL** | 1-855-463-0933<br>Las llamadas a este número son gratuitas.<br>El horario de atención es de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana.<br>El Departamento de Servicios para Miembros también ofrece servicios gratuitos de interpretación para las personas que no hablan inglés. |
| **TTY** | 711<br>Las llamadas a este número son gratuitas.<br>El horario de atención es de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. |
| **ESCRIBA A** | Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP)<br>PO Box 7<br>Pittsburgh, PA 15230 |
| **SITIO WEB** | AetnaMedicare.com/VADSNP |

## SECCIÓN 8 Junta de Jubilación para Ferroviarios (RRB)

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 Medicare a través de la Junta de Jubilación para Ferroviarios, debe informar 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.

| | Información de contacto de la Junta de Jubilación para Ferroviarios (RRB) |
|---|---|
| **LLAME AL** | 1-877-772-5772<br>Las llamadas a este número son gratuitas.<br>Si presiona “0”, puede hablar con un representante de la Junta de Jubilación para Ferroviarios (RRB) de 09:00 a. m. a 03:30 p. m. los lunes, martes, jueves y viernes, y de 09:00 a. m. a 12:00 p. m. los miércoles.<br>Si presiona “1”, puede acceder a la línea de ayuda automática de la RRB y a la información grabada durante las 24 horas, incluso los fines de semana y los días feriados. |
| **TTY** | 1-312-751-4701<br>Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.<br>Las llamadas a este número no son gratuitas. |
| **SITIO WEB** | https://RRB.gov |

# Capítulo 3:
# Cómo utilizar nuestro plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos

## SECCIÓN 1 Cómo obtener atención médica y otros servicios como miembro de nuestro plan

En este capítulo se explica lo que usted debe saber sobre cómo utilizar el plan para obtener atención médica y otros servicios cubiertos.

Para obtener detalles sobre qué tipo de atención médica y otros servicios cubre nuestro plan, consulte la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4.

### Sección 1.1 Proveedores de la red y servicios cubiertos

- Los **proveedores** son los médicos y otros profesionales de 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 salud, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que han acordado con nosotros aceptar nuestros pagos como pago pleno. Acordamos con estos proveedores que les presten servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red nos facturan de manera directa por la atención que le brindan. Cuando consulta a un proveedor de la red, no debe pagar nada por los servicios cubiertos.
- Los **servicios cubiertos** incluyen toda la atención médica, los servicios de atención médica, los suministros, el equipo y los medicamentos con receta que están cubiertos por nuestro plan. Los servicios cubiertos de atención médica se incluyen en la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4. Los servicios cubiertos para los medicamentos con receta se analizarán en el Capítulo 5.

### Sección 1.2 Normas básicas para que nuestro plan cubra su atención médica y otros servicios

Como un plan de salud de Medicare y Medicaid, Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) debe cubrir todos los servicios cubiertos por Original Medicare y puede ofrecer otros servicios, además de los que cubre Original Medicare (consulte la *Tabla de beneficios médicos* en la Sección 2 del Capítulo 4).

Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) por lo general cubrirá su atención médica siempre y cuando se cumpla lo siguiente:

- **La atención que recibe se incluye en la Tabla de beneficios médicos del plan** en el Capítulo 4.
- **La atención que recibe se considera médicamente necesaria.** Médicamente necesario significa que los servicios, suministros, equipos o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica, y cumplen los estándares de práctica médica aceptados.
- **Tiene un proveedor de atención primaria (PCP) de la red que brinda y supervisa su atención.** Como miembro de nuestro plan, debe elegir a un PCP de la red (para obtener más información, consulte la Sección 2.1).
- **Usted debe recibir atención por parte de un proveedor de la red** (consulte la Sección 2). En la mayoría de los casos, no se cubrirá la atención que reciba de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no forme parte de la red de nuestro plan). Esto significa que usted debe pagarle al proveedor en su totalidad por los servicios brindados. Existen 3 excepciones:
    - Nuestro plan cubre los servicios de atención de emergencia o de urgencia que usted reciba de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información y ver qué significa servicios de atención de emergencia o de urgencia, vaya a la Sección 3.

- Si necesita recibir atención médica que Medicare exige que cubra nuestro plan, pero no hay especialistas de nuestra red que brinden esta atención, puede obtenerla de un proveedor fuera de la red al mismo costo compartido que normalmente paga dentro de la red. Se debe obtener autorización previa del plan antes de recibir la atención. En este caso, cubriremos estos servicios como si recibiera la atención médica de un proveedor de la red. Para obtener más información sobre cómo obtener aprobación para consultar a un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.4.
- Nuestro plan cubre los servicios de diálisis renal que reciba en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando usted está temporalmente fuera del área de servicio del plan o cuando su proveedor para este servicio no está disponible o no es posible comunicarse con él temporalmente. El costo compartido que usted paga a nuestro plan por la diálisis nunca puede superar el costo compartido en Original Medicare. Si se encuentra fuera del área de servicio del plan y obtiene la diálisis de un proveedor que está fuera de la red del plan, el costo compartido no puede superar el costo compartido que paga dentro de la red. Sin embargo, si su proveedor de la red habitual para diálisis no está disponible temporalmente y usted elige recibir servicios dentro de nuestra área de servicio de un proveedor fuera de la red de nuestro plan, el costo compartido para la diálisis puede ser mayor.

## SECCIÓN 2 Use los proveedores de la red de nuestro plan para obtener atención médica y otros servicios

### Sección 2.1 Debe elegir a un proveedor de atención primaria (PCP) para que brinde y supervise su atención

**¿Qué es un PCP y qué hace el PCP por usted?**
Como miembro de nuestro plan, **debe tener un PCP de la red asignado en nuestros registros**. Es muy importante que elija un PCP de la red y que nos informe a quién ha elegido. Su PCP puede ayudarlo a mantenerse saludable, tratar enfermedades y coordinar su atención con otros proveedores de atención médica. Su PCP (o el consultorio del PCP) figurará en su tarjeta de identificación de miembro. Si su tarjeta de identificación de miembro no muestra un PCP (o consultorio de un PCP), o si el PCP de su tarjeta no es el que desea utilizar, comuníquese con nosotros de inmediato. Si usa un PCP cuyo nombre (o nombre del consultorio) no está impreso en su tarjeta de identificación de miembro, sus reclamaciones pueden denegarse.

**Según dónde viva, los siguientes tipos de proveedores pueden actuar como PCP:**

- Médico de cabecera
- Internista
- Médico familiar
- Geriatra
- Auxiliar médico (no disponible en todos los estados)
- Profesional en enfermería (no disponible en todos los estados)

Consulte su *Directorio de proveedores y farmacias* o visite nuestro sitio web en **AetnaMedicare.com/VADSNP-find-provider** para obtener una lista completa de los PCP en su área.

**¿Cuál es la función de un PCP?**
Su PCP proveerá la mayoría de su atención y, cuando necesite servicios más especializados, coordinará su atención con otros proveedores. Lo ayudará a encontrar un especialista y coordinará los servicios cubiertos que usted recibe como miembro de nuestro plan. Entre algunos de los servicios que el PCP

coordinará, se incluyen los siguientes:

- Radiografías
- Análisis de laboratorio
- Tratamientos
- Atención de médicos especialistas
- Internaciones en hospitales

La "coordinación" de sus servicios incluye verificar con otros proveedores del plan la atención que recibe y cómo evoluciona. Dado que el PCP brindará y coordinará la mayor parte de su atención médica, le recomendamos que envíe sus registros médicos anteriores al consultorio de su PCP.

**¿Cuál es la función del PCP en la toma de decisiones o la obtención de autorización previa (PA), si corresponde?**
En algunos casos, es posible que su PCP, otro proveedor o usted como inscrito (miembro) del plan deba obtener una aprobación por adelantado de nuestro Departamento de Administración Médica para algunos tipos de servicios o pruebas (esto se denomina obtener una "autorización previa"). La obtención de la autorización previa es responsabilidad del PCP, del proveedor tratante o de usted como miembro. Los servicios y productos que requieren autorización previa se detallan en el Capítulo 4.

**¿Cómo elegir un PCP?**
Puede seleccionar a su PCP en el *Directorio de proveedores y farmacias* accediendo a nuestro sitio web en **AetnaMedicare.com/VADSNP-find-provider** o bien, puede obtener ayuda del Departamento de Servicios para Miembros.

Si no seleccionó un PCP, se seleccionará uno para usted. Puede cambiar de PCP (como se explica más adelante en esta sección) por cualquier motivo y en cualquier momento; para hacerlo, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros.

**Cómo cambiar su PCP**
Usted puede cambiar de PCP por cualquier motivo y en cualquier momento. También existe la posibilidad de que el PCP deje de estar en la red de proveedores de nuestro plan, en cuyo caso usted deberá elegir a un nuevo PCP. Comuníquese con nosotros de inmediato si su tarjeta de identificación de miembro no muestra el PCP que desea utilizar. Actualizaremos su archivo y le enviaremos una nueva tarjeta de identificación de miembro que refleje el cambio de PCP.

Para cambiar de PCP, llame al Departamento de Servicios para Miembros **antes** de coordinar una consulta con un PCP nuevo. Cuando llame, asegúrese de informar al Departamento de Servicios para Miembros si está consultando a algún especialista o está recibiendo otros servicios cubiertos que eran coordinados por su PCP (por ejemplo, servicios de atención médica a domicilio y equipo médico duradero). También verificará si el nuevo PCP que desea elegir acepta a nuevos pacientes. El Departamento de Servicios para Miembros cambiará su registro de miembro para reflejar el nombre de su nuevo PCP, le informará la fecha de entrada en vigencia de su solicitud de cambio y responderá a sus preguntas sobre este.

También le enviará una nueva tarjeta de miembro que muestre el nombre o número de teléfono de su PCP nuevo.

## Sección 2.2 Atención médica y otros servicios que puede recibir sin una remisión de su PCP

Puede obtener los servicios que se detallan a continuación sin tener la aprobación de su PCP por adelantado.

- Atención médica de rutina para las mujeres, que incluye exámenes de las mamas, mamografías de detección (radiografías de las mamas), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre y cuando sean provistos por un proveedor de la red.
- Servicios de salud conductual, siempre y cuando sean provistos por proveedores de la red. Para acceder a los servicios de salud conductual, llame al número que figura en su tarjeta de identificación de miembro.
- Vacunas antigripales, contra la COVID-19, contra la hepatitis B y contra la neumonía, siempre y cuando sean provistas por un proveedor de la red.
- Servicios de emergencia proporcionados por proveedores de la red o por proveedores fuera de la red.
- Los servicios de urgencia cubiertos por el plan son servicios que requieren atención médica inmediata (pero no una emergencia), si usted está temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o si no es razonable, teniendo en cuenta su tiempo, lugar y circunstancias, recibir este servicio de proveedores de la red. Algunos ejemplos de servicios de urgencia son enfermedades y lesiones médicas imprevistas o exacerbaciones inesperadas de afecciones existentes. Las consultas de rutina médicamente necesarias con proveedores (como los controles anuales) no se consideran de urgencia, incluso si usted se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o nuestra red del plan no está disponible temporalmente.
- Servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan. Si es posible, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-463-0933** (Los usuarios de TTY deben llamar al **711**) antes de salir del área de servicio para que podamos ayudarle a obtener diálisis de mantenimiento mientras se encuentra fuera del área de servicio.

## 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 casos de enfermedad específica o para una parte del cuerpo. Hay muchos tipos de especialistas. Entre algunos de los ejemplos, se incluyen los siguientes:

- 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.

**¿Cuál es la función del PCP al remitir a los miembros a especialistas y otros proveedores?**
Su PCP le proporcionará la mayor parte de la atención que usted recibe y ayudará a organizar o coordinar el resto de los servicios cubiertos que se le presten como miembro del plan.

Es posible que su PCP lo remita a un especialista, pero usted puede consultar a cualquier especialista de nuestra red sin una remisión.

**Proceso para obtener una autorización previa**
En algunos casos, es posible que su PCP, otro proveedor o usted como inscrito (miembro) del plan deba obtener una aprobación por adelantado de nuestro Departamento de Administración Médica para algunos tipos de servicios o pruebas que recibe dentro de la red (esto se denomina obtener una "autorización previa"). La obtención de la autorización previa es responsabilidad del PCP, del proveedor tratante o de usted como miembro. Los servicios y productos que requieren autorización previa se detallan en la *Tabla de beneficios médicos* en la Sección 2 del Capítulo 4.

**Cuando 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) de la red de nuestro plan durante el año. Si su médico o especialista deja de participar en nuestro plan, usted tiene

ciertos derechos y protecciones:

- A pesar de que nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare exige que tenga acceso ininterrumpido a los médicos y especialistas calificados.
- Le enviaremos un aviso en el que se explicará que su proveedor dejará nuestro plan para que tenga tiempo de elegir un proveedor nuevo.
    - Si su proveedor de atención primaria o de salud conductual deja nuestro plan, se lo notificaremos si consultó a ese proveedor en los últimos 3 años.
    - Si alguno de sus otros proveedores deja nuestro plan, le notificaremos si usted tiene asignado ese proveedor, actualmente recibe atención de ese proveedor o consultó a ese proveedor en los últimos 3 meses.
- Le ayudaremos a elegir un nuevo proveedor calificado dentro de la red para recibir atención continua.
- Si está realizando un tratamiento médico o alguna terapia con su proveedor actual, tiene derecho a solicitar seguir recibiendo el tratamiento o la terapia médicamente necesarios. Trabajaremos con usted para que pueda seguir recibiendo atención.
- Le brindaremos información sobre los períodos de inscripción disponibles y las opciones que es posible que tenga para cambiar de plan.
- Cuando un proveedor de la red o beneficio no esté disponible o no sea adecuado para satisfacer sus necesidades médicas, haremos los arreglos para cualquier beneficio cubierto médicamente necesario fuera de nuestra red de proveedores, pero al costo compartido dentro de la red.
- Si se entera de que su médico o especialista dejará nuestro plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a elegir un nuevo proveedor para que administre su atención.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no está siendo administrada de manera apropiada, tiene derecho a presentar un reclamo sobre la calidad de la atención ante la Organización para la mejora de la calidad (QIO), una queja sobre la calidad de la atención ante nuestro plan, o ambas cosas (consulte el Capítulo 9).

## Sección 2.4 Cómo recibir atención proporcionada por proveedores fuera de la red

Como miembro de nuestro plan, debe usar proveedores de la red. Si recibe atención no autorizada de un proveedor fuera de la red, es posible que rechacemos la cobertura y será responsable de pagar el costo completo. *Existen tres excepciones*:

- El plan cubre los cuidados de atención de emergencia o de urgencia que usted reciba de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información sobre este tema y saber lo que significa “atención de emergencia” o “de urgencia”, consulte la Sección 3 de este capítulo.
- Si necesita recibir atención médica que Medicare exige que cubra nuestro plan y los proveedores de la red no la pueden prestar, puede obtener la atención de un proveedor fuera de la red. Se debe obtener autorización previa del plan antes de recibir la atención. En este caso, si se aprueba la atención, pagará lo mismo que pagaría si recibiera la atención de un proveedor de la red. Su PCP u otro proveedor de la red se comunicará con nosotros para obtener la autorización, con el fin de que pueda consultar a un proveedor fuera de la red.
- Servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando está transitoriamente fuera del área de servicio del plan.

Debe pedirle al proveedor fuera de la red que nos facture a nosotros primero. Si ya pagó los servicios cubiertos o si el proveedor fuera de la red le envía una factura que considera que nosotros debemos pagar, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros o envíenos la factura. Consulte el Capítulo 7 para obtener información sobre cómo solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que recibió.

## SECCIÓN 3 Cómo puede obtener los servicios en caso de emergencia, desastre o necesidad urgente de recibir atención

### Sección 3.1 Obtenga atención ante una emergencia médica

Una **emergencia médica** es cuando usted o cualquier persona prudente, con un conocimiento promedio de salud y medicina, creen que presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar perder la vida (y, si es una mujer embarazada, la pérdida de un niño no nacido), la pérdida de una extremidad o la función de una extremidad, o la pérdida o deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección que se agrava rápidamente.

Si tiene una emergencia médica, debe realizar lo siguiente:

- **Busque ayuda lo más rápido posible.** Llame al 911 para pedir ayuda o acuda a la sala de emergencias o al hospital más cercanos. Pida una ambulancia por teléfono si la necesita. No necesita obtener primero una aprobación o una remisión de su PCP. No es necesario que use un médico de la red. Usted puede obtener atención médica de emergencia cubierta cuando lo necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios, y de cualquier proveedor con una licencia estatal apropiada, incluso si no forma parte de nuestra red.
- **Asegúrese lo antes posible de que le hayan avisado a nuestro plan acerca de la emergencia.** Necesitamos hacer el seguimiento de la atención de emergencia que reciba. Usted u otra persona debe llamarnos para avisarnos sobre la atención de emergencia, por lo general, en el plazo de 48 horas. Llame al Departamento de Servicios para Miembros (en su tarjeta de identificación de miembro encontrará impresos los números de teléfono).

**Servicios cubiertos en una emergencia médica**
Nuestro plan cubre los servicios a nivel mundial fuera de los Estados Unidos en las siguientes situaciones:

- Atención de emergencia
- Atención de urgencia
- Transporte de emergencia en ambulancia desde el lugar de la emergencia hasta el centro de tratamiento médico más cercano

El transporte hacia los Estados Unidos desde otro país no está cubierto. Los procedimientos optativos o programados con antelación no están cubiertos. Para obtener más información, consulte la Tabla de beneficios del Capítulo 4. Asegúrese de obtener una copia de todos sus registros médicos de su proveedor de atención de emergencia o de urgencia antes de que se vaya; es posible que deba presentar una reclamación o ayudar con el procesamiento de reclamaciones. Sin estos registros, es posible que no podamos pagar su reclamación. Es posible que deba pagarle al proveedor en el momento de la prestación del servicio y enviar una solicitud de reembolso. Se le reembolsará hasta alcanzar el monto máximo anual de beneficios menos cualquier copago o costo compartido aplicable.

Nuestro 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 servicios médicos durante la emergencia.

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

Una vez que termine la emergencia, usted tiene derecho a recibir atención de seguimiento para garantizar que su afección continúe estable. Sus médicos seguirán tratándolo hasta que se comuniquen con nosotros y hagamos planes para recibir atención adicional. Nuestro plan cubre la atención de

seguimiento. Si recibe atención de emergencia por parte de proveedores fuera de la red, intentaremos que los proveedores de la red se hagan cargo de su atención tan pronto como su afección médica y las circunstancias lo permitan.

**¿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.

No obstante, una vez que el médico diga que no se trataba de una emergencia, cubriremos la atención adicional *solo* si la recibe de alguna de estas 2 formas:

- Acude a un proveedor de la red para obtener atención adicional.
- La atención adicional que recibe se considera servicios de urgencia y usted sigue las normas a continuación para obtener esta atención de urgencia.

## Sección 3.2 Obtenga atención ante una necesidad urgente de recibir servicios

Un servicio que requiere atención médica inmediata (pero no representa una emergencia) es un servicio de urgencia si usted está temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o si es poco razonable, teniendo en cuenta su tiempo, lugar y circunstancias, recibir este servicio de proveedores de la red. Algunos ejemplos de servicios de urgencia son enfermedades y lesiones médicas imprevistas o exacerbaciones inesperadas de afecciones existentes. Sin embargo, las consultas de rutina médicamente necesarias con proveedores, como los exámenes anuales, no se consideran de urgencia incluso si usted se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o si la red de nuestro plan no está disponible temporalmente.

Si necesita encontrar un centro de atención de urgencia, puede encontrar un centro de estas instalaciones dentro de la red que esté cerca de usted en el *Directorio de proveedores y farmacias*, en nuestro sitio web en **AetnaMedicare.com/VADSNP-find-provider** o bien, puede obtener ayuda del Departamento de Servicios para Miembros.

Nuestro plan cubre los servicios a nivel mundial fuera de los Estados Unidos en las siguientes situaciones:

- Atención de emergencia
- Atención de urgencia
- Transporte de emergencia en ambulancia desde el lugar de la emergencia hasta el centro de tratamiento médico más cercano

El transporte hacia los Estados Unidos desde otro país no está cubierto. Los procedimientos optativos o programados con antelación no están cubiertos. Para obtener más información, consulte la Tabla de beneficios del Capítulo 4. Asegúrese de obtener una copia de todos sus registros médicos de su proveedor de atención de emergencia o de urgencia antes de que se vaya; es posible que deba presentar una reclamación o ayudar con el procesamiento de reclamaciones. Sin estos registros, es posible que no podamos pagar su reclamación. Es posible que deba pagarle al proveedor en el momento de la prestación del servicio y enviar una solicitud de reembolso. Se le reembolsará hasta alcanzar el monto máximo anual de beneficios menos cualquier copago o costo compartido aplicable.

## Sección 3.3 Obtenga atención durante un desastre

Si el gobernador de su estado, el secretario de Salud y Servicios Sociales de los EE. UU. o el presidente de los Estados Unidos declara estado de desastre o emergencia en su área geográfica, aún tiene derecho a recibir atención a través de nuestro plan.

Visite **AetnaMedicare.com/VADSNP** para obtener información sobre cómo recibir la atención necesaria durante un desastre.

Si no puede utilizar un proveedor de la red durante un desastre, nuestro plan le permitirá recibir atención de proveedores fuera de la red a un costo compartido dentro 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 la Sección 2.4 del Capítulo 5.

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

Si pagó los servicios cubiertos o si recibe una factura por servicios médicos cubiertos, puede solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde del costo de los servicios cubiertos. Consulte el Capítulo 7 para obtener información sobre lo que debe hacer.

### Sección 4.1 Si los servicios no están cubiertos por nuestro plan

Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) cubre todos los servicios médicamente necesarios, tal y como se detallan en la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4. Si recibe servicios que no están cubiertos por nuestro plan o recibe servicios fuera de la red sin autorización que no son servicios de emergencia o de urgencia, usted es responsable de pagar el costo total de los servicios. Antes de pagar el costo del servicio, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros para saber si el servicio está cubierto.

Para los servicios cubiertos que tienen un límite de beneficios, también paga el costo total de los servicios que reciba después de usar la totalidad del beneficio para ese tipo de servicio cubierto. Cualquier monto que pague por servicios después de haber alcanzado un límite de beneficios no se contempla para el costo máximo de su bolsillo. Si quiere saber cuánto ha utilizado del límite del beneficio, puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros.

## SECCIÓN 5 Servicios médicos en un estudio de investigación clínica

### Sección 5.1 Qué es un estudio de investigación clínica

Un estudio de investigación clínica (también 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. 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 de nuestro plan.

**Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Original Medicare paga la mayor parte de los costos por los servicios cubiertos que reciba como parte del estudio.** Si nos comunica que participa en un ensayo clínico calificado, usted es responsable solo del costo compartido dentro de la red por los servicios que se realizan en ese ensayo. Si pagó más, por ejemplo, si ya pagó el monto de costo compartido de Original Medicare, le reembolsaremos la diferencia entre lo que pagó y el costo compartido dentro de la red. Deberá proporcionarnos la documentación para demostrarnos cuánto pagó.

Si quiere participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, no es necesario que nos lo informe ni que el plan o el PCP lo aprueben. No es necesario que los proveedores que le brindan atención como parte del estudio de investigación clínica formen parte de la red de nuestro plan. (Esto no se aplica a los beneficios cubiertos que requieren un ensayo clínico o un registro para evaluar el beneficio, incluidos ciertos beneficios que requieren cobertura con desarrollo de evidencia [NCD-CED, determinaciones nacionales de cobertura y cobertura con desarrollo de evidencia] y estudios de exenciones sobre dispositivos de investigación [IDE]. Estos beneficios también pueden estar sujetos a autorización previa y otras normas del plan).

Si bien no necesita el permiso de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica, le recomendamos que nos notifique con anticipación cuando elija participar en los ensayos clínicos calificados por Medicare.

Si participa en un estudio no aprobado por Medicare, usted será responsable de pagar todos los costos de esa participación.

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

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

- Habitación y comida por una hospitalización 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 atención nueva.

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

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

- Por lo general, Medicare no pagará los productos o servicios nuevos que se estén evaluando en el estudio, a menos que Medicare cubriera 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 computadas (CT) mensuales que se realicen como parte de un estudio si su afección médica normalmente requiriese una sola CT.
- Los productos y servicios que los patrocinadores de la investigación ofrecen son gratuitos para cualquier persona en el ensayo.

**Obtenga más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica**

Obtenga más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica en la publicación de Medicare *Medicare and Clinical Research Studies (Medicare y los estudios de investigación clínica)*, que se encuentra disponible en: **Medicare.gov/coverage/clinical-research-studies**. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (**1-800-633-4227**). 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 Una institución religiosa de atención sanitaria no médica

Una institución religiosa de atención sanitaria no médica es un centro que provee atención 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, cubriremos la 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 sanitaria no médica).

### Sección 6.2 Cómo obtener atención por parte 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 que **no esté exceptuado**.

- El tratamiento o la atención médica que **no estén exceptuados** hacen referencia al tratamiento o la atención médica que son *voluntarios* y que *no son obligatorios* según la legislación federal, estatal o local.
- El tratamiento médico **exceptuado** es el tratamiento o la atención médica que *no* se consideran 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:

- El centro que brinde atención debe estar certificado por Medicare.
- Nuestro plan solo cubre aspectos *no religiosos* de la atención.
- Si obtiene servicios de esta institución que se ofrecen en un centro, se aplicarán las siguientes condiciones:
  - Tener una afección médica que le permitiría recibir los servicios cubiertos correspondientes a la atención para pacientes internados en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada.
  - *Además,* debe obtener la aprobación de nuestro plan por adelantado antes de que lo ingresen en el centro o, de lo contrario, su hospitalización no estará cubierta.

Pueden aplicarse límites en la cobertura hospitalaria de Medicare para pacientes internados (consulte la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4).

## SECCIÓN 7 Normas para la posesión de equipo médico duradero

### Sección 7.1 Usted no puede quedarse con cierto equipo médico duradero después de haber realizado una determinada cantidad de pagos dentro de nuestro plan

El equipo médico duradero (DME) incluye productos 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 recetados por un proveedor para que los miembros las usen en el hogar. El miembro siempre posee algunos productos de DME, como prótesis. Hay tipos de DME que debe alquilar.

Como miembro de Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP), le transferiremos la posesión de ciertos productos de DME. En Original Medicare, existe una política de alquiler hasta el precio de compra para ciertos tipos de DME después de realizar los copagos del período de alquiler. El período de alquiler suele durar entre 10 y 13 meses. Una vez alcanzado el precio de compra, puede utilizar el equipo todo el tiempo que sea necesario. Una vez que ya no sea necesario, el proveedor emisor deberá recogerlo.

Llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-463-0933** (Los usuarios de TTY deben llamar al **711**) para saber más sobre los requisitos que debe cumplir y la documentación que deberá presentar.

**¿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 producto de DME. Los pagos que realizó mientras estaba inscrito en nuestro plan no cuentan para estos 13 pagos.

Ejemplo 1: Realizó 12 o menos pagos consecutivos por el producto en Original Medicare y luego se unió a nuestro plan. Los pagos que realizó en Original Medicare no cuentan. Deberá realizar 13 pagos a nuestro plan antes de poseer el producto.

Ejemplo 2: Realizó 12 o menos pagos consecutivos por el producto en Original Medicare y luego se unió a nuestro plan. No obtuvo la posesión del producto mientras estuvo en nuestro plan. Luego, regresa a Original Medicare. Deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos para tener la posesión del producto una vez que se vuelva a unir a Original Medicare. Cualquier pago que ya haya realizado (ya sea a nuestro plan o a Original Medicare) no cuenta.

### Sección 7.2 Normas para el equipo de oxígeno, los suministros y el mantenimiento

Si califica para la cobertura de equipos de oxígeno de Medicare, Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) cubrirá lo siguiente:

- Alquiler de equipos de oxígeno
- Entrega de oxígeno y contenidos de oxígeno
- Tubos y accesorios de oxígeno relacionados para la entrega de oxígeno y contenidos de oxígeno
- Mantenimiento y reparación de equipos de oxígeno

Si usted deja Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) o el equipo de oxígeno ya no es médicamente necesario, debe devolver el equipo a su propietario.

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

Original Medicare exige que un proveedor de oxígeno le brinde servicios durante 5 años. Durante los primeros 36 meses usted alquila el equipo. Durante los 24 meses restantes, el proveedor proporciona el equipo y el mantenimiento (usted sigue siendo responsable del costo compartido aplicable para el oxígeno). Después de 5 años, puede elegir quedarse con la misma compañía o ir a otra compañía. En este punto, el ciclo de 5 años comienza de nuevo, incluso si permanece con la misma compañía, y nuevamente debe pagar el copago durante los primeros 36 meses. Si se inscribe o deja nuestro plan, el ciclo de 5 años vuelve a empezar.

# Capítulo 4:
# Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

## SECCIÓN 1 Cómo comprender los servicios cubiertos

La Tabla de beneficios médicos enumera los servicios cubiertos como miembro de Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP). En esta sección, también se proporciona información sobre los servicios médicos que no están cubiertos y se explican los límites en determinados servicios.

### Sección 1.1 No debe pagar nada por los servicios cubiertos

Debido a que usted recibe ayuda de Medicaid, no paga nada por sus servicios cubiertos, siempre y cuando siga las normas de nuestro plan para recibir su atención. (Consulte el Capítulo 3 para obtener más información sobre las normas de nuestro plan para recibir su atención).

### Sección 1.2 Cuál es el monto máximo que pagará por los servicios médicos cubiertos

**Nota:** Debido a que nuestros miembros también reciben ayuda de Medicaid, muy pocos alcanzan este monto máximo de bolsillo. No es responsable del pago de ningún costo de bolsillo en relación con el monto máximo que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.

Los planes Medicare Advantage tienen límites en el monto que debe pagar de su bolsillo cada año por los servicios médicos que cubre nuestro plan. Este límite se denomina monto máximo que paga de su bolsillo (MOOP) por servicios médicos. **Para el año calendario 2027, el monto MOOP será de $9,850.**

Los montos que paga por los copagos y los coseguros por los servicios cubiertos se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo. Los montos que paga por los medicamentos de la Parte D no se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo. Si alcanza el monto máximo de costos que paga de su bolsillo de $9,850, ya no deberá pagar más costos de su bolsillo durante el resto del año por los servicios cubiertos. No obstante, debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid o cualquier otro tercero pague su prima de la Parte B).

## SECCIÓN 2 La Tabla de beneficios médicos muestra sus beneficios y costos médicos

En la Tabla de beneficios médicos en las páginas siguientes se detallan los servicios que cubre Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) (la cobertura de medicamentos de la Parte D se encuentra en el Capítulo 5). Los servicios descritos en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos solo cuando se cumple con estos requisitos de cobertura:

- Los servicios que cubre Medicare deben brindarse de conformidad con las pautas de cobertura de Medicare.
- Sus servicios (incluida la atención médica, los servicios, los suministros, los equipos y los medicamentos de la Parte B) *deben* ser médicamente necesarios. Médicamente necesario significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica, y cumplen los estándares de buena práctica médica aceptados.
- Para los nuevos inscritos, el plan de atención coordinada de Medicare Advantage (MA) debe proporcionar un período de transición mínimo de 90 días, tiempo en el que el nuevo plan de MA puede no requerir autorización previa para cualquier curso de tratamiento activo, incluso si el curso del tratamiento era para un servicio que comenzó con un proveedor fuera de la red.
- Usted recibe atención por parte de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, la atención que reciba de parte de un proveedor fuera de la red no estará cubierta, a menos que sea atención de emergencia o de urgencia o a menos que nuestro plan o un proveedor de la red le haya dado una

remisión. Esto significa que usted le paga al proveedor en su totalidad por los servicios fuera de la red brindados.
- Tiene un proveedor de atención primaria (PCP) que brinda y supervisa su atención.
- Algunos de los servicios mencionados en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos *solo* si su médico u otro proveedor de la red obtienen nuestra aprobación por adelantado (esto suele denominarse autorización previa). Los servicios cubiertos que deben aprobarse por adelantado están marcados en negrita en la Tabla de beneficios médicos.
- Si su plan de atención coordinada proporciona aprobación de una solicitud de autorización previa para un curso de tratamiento, la aprobación debe ser válida durante el tiempo en que sea médicamente razonable y necesaria para evitar interrupciones en la atención según los criterios de cobertura, su historia clínica y las recomendaciones del proveedor tratante.

Entre otra información importante que debe saber sobre su cobertura, se incluye la siguiente:

- Usted tiene cobertura de Medicare y Medicaid. Medicare cubre atención médica y medicamentos con receta. Medicaid cubre el costo compartido por los servicios de Medicare, incluidos los pagos de las primas de las Partes A y B de Medicare, los deducibles, el coseguro y los copagos, según la elegibilidad para el Programa de ahorro para gastos médicos. Medicaid también cubre servicios que Medicare no cubre, como servicios de atención a largo plazo o servicios basados en el hogar y en la comunidad.
- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Original Medicare. (Si desea obtener información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual *Medicare & You 2027 (Medicare y usted para 2027).* Consúltelo en línea en **Medicare.gov** o pida una copia llamando al 1-800-MEDICARE (**1-800-633-4227**). Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**).
- Para los servicios preventivos que están cubiertos sin costo por Original Medicare, nosotros también cubrimos aquellos servicios sin costo para usted.
- Si Medicare agrega cobertura para algún nuevo servicio durante el año 2027, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.
- Si pierde la elegibilidad de Cardinal Care o del Programa de ahorros de Medicare, pero se espera que la recupere dentro del período de 6 meses de elegibilidad considerada continua, seguiremos proporcionando todos los beneficios de Medicare cubiertos por el plan Medicare Advantage. El período de estimación comienza el primer día del mes posterior a perder su estatus de doble elegibilidad. Si se encuentra en el período de elegibilidad considerada continua, sigue siendo miembro de Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP). Sin embargo, durante este período, es posible que deba pagar algunos costos de su bolsillo que antes corrían a cargo de sus beneficios de Medicaid. Entre los costos que es posible que deba afrontar, se incluyen las primas de la Parte A y la B, según su nivel de elegibilidad para Medicaid. Es posible que también tenga que pagar las primas o los costos compartidos de los medicamentos de la Parte D, según el nivel que tenga de “Ayuda adicional”. Por último, es posible que usted sea responsable del costo compartido, incluidos los copagos, el coseguro y los deducibles durante el período de estimación. Si no vuelve a calificar para recibir los beneficios de Medicaid ni se inscribe en otro de Medicare al final del período de estimación de seis meses, cancelaremos su inscripción en Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP). Para obtener más información, llame al Departamento de Servicios para Miembros en **1-855-463-0933** (**TTY:** **711**).

**No paga ninguno de los servicios mencionados en la Tabla de beneficios médicos, siempre y cuando cumpla los requisitos de cobertura que se describieron anteriormente.**

Información importante sobre beneficios para los inscritos con afecciones crónicas

- Si le diagnostican alguna de las afecciones crónicas que se indican más abajo y cumple

determinados criterios, podría ser elegible para recibir beneficios complementarios especiales para las personas con enfermedades crónicas.

- Anemia
- Los trastornos autoinmunitarios se limitan a los siguientes:
  - Dermatomiositis
  - Panarteritis nodosa
  - Polimialgia reumática
  - Polimiositis
  - Psoriasis
  - Artritis psoriásica
  - Artritis reumatoidea
  - Esclerodermia
  - Lupus eritematoso sistémico
- Cáncer
- Los trastornos cardiovasculares se limitan a los siguientes:
  - Arritmias cardíacas
  - Arteriopatía coronaria
  - Enfermedad vascular periférica
  - Enfermedad cardíaca valvular
- Trastorno crónico por consumo de alcohol y otros trastornos por consumo de sustancias (SUDS)
- Las afecciones de salud mental crónicas e incapacitantes se limitan a las siguientes:
  - Trastornos de ansiedad
  - Trastornos bipolares
  - Trastornos alimentarios
  - Trastornos depresivos graves
  - Trastorno paranoide
  - Trastorno por estrés postraumático (PTSD)
  - Esquizofrenia
  - Trastorno esquizoafectivo
- Afecciones crónicas que afectan la vista, la audición (sordera), el gusto, el tacto y el olfato
- La enfermedad gastrointestinal crónica se limita a lo siguiente:
  - Enfermedad hepática crónica
  - Hepatitis B
  - Hepatitis C
  - Síndrome del intestino irritable
  - Enfermedad inflamatoria intestinal
  - Enfermedad del hígado graso no alcohólico (NAFLD)
  - Pancreatitis
- Insuficiencia cardíaca crónica
- Hiperlipidemia crónica
- Hipertensión crónica
- La enfermedad renal crónica (CKD) se limita a lo siguiente:
  - CKD que no requiere diálisis
  - CKD que requiere diálisis/enfermedad renal terminal (ESRD)

- Los trastornos pulmonares crónicos se limitan a los siguientes:
  - Asma
  - Bronquitis crónica
  - Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD)
  - Fibrosis quística
  - Enfisema
  - Fibrosis pulmonar
  - Hipertensión pulmonar
- Dolor crónico
- Las afecciones asociadas con la discapacidad cognitiva se limitan a lo siguiente:
  - Enfermedad de Alzheimer
  - Enfermedad mental incapacitante asociada con discapacidades cognitivas
  - Discapacidades intelectuales y del desarrollo
  - Discapacidad cognitiva leve
  - Lesiones cerebrales traumáticas
- Afecciones que requieren servicios de tratamiento continuo para que las personas mantengan o conserven el funcionamiento
- Afecciones con desafíos funcionales y que requieren servicios similares, incluidas las siguientes:
  - Artritis
  - Pérdida de extremidades
  - Parálisis
  - Lesiones de la médula espinal
  - Accidente cerebrovascular
- Demencia
- Diabetes mellitus
- VIH/SIDA
- Inmunodeficiencias y trastornos inmunosupresores
- Los trastornos neurológicos se limitan a los siguientes:
  - Esclerosis lateral amiotrófica (ALS)
  - Síndrome de fatiga crónica
  - Epilepsia
  - Parálisis extendida (es decir, hemiplejia, cuadriplejia, paraplejia, monoplejia)
  - Fibromialgia
  - Enfermedad de Huntington
  - Esclerosis múltiple (MS)
  - Enfermedad de Parkinson
  - Polineuropatía
  - Lesiones de la médula espinal
  - Estenosis espinal
  - Déficit neurológico relacionado con accidente cerebrovascular
- Sobrepeso, obesidad y síndrome metabólico
- Atención posterior al trasplante de órganos
- Los trastornos hematológicos graves se limitan a los siguientes:
  - Anemia aplásica

    - Trastorno tromboembólico venoso crónico
    - Hemofilia
    - Púrpura trombocitopénica inmunitaria
    - Síndrome mielodisplásico
    - Anemia drepanocítica (excepto el rasgo falciforme)
  - Accidente cerebrovascular
- También debe tener un alto riesgo de hospitalización u otros resultados adversos para la salud y requerir coordinación de cuidados intensivos.
- La elegibilidad se determinará en función de sus reclamaciones médicas y farmacéuticas, y otra información clínica. Para obtener información sobre las calificaciones para elegibilidad para recibir este beneficio, visite **aet.na/VAQualify**.
- Para obtener más detalles, consulte la fila Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas en la Tabla de beneficios médicos más abajo.
- Comuníquese con nosotros para averiguar exactamente para qué beneficios puede ser elegible.

Esta manzana muestra los servicios preventivos en la Tabla de beneficios médicos.

Para obtener una lista de los beneficios de Medicaid, consulte el *Resumen de beneficios* o el Manual para miembros, que incluye más información sobre estos beneficios. Puede encontrar una copia del *Resumen de beneficios* de su plan en nuestro sitio web en **AetnaMedicare.com/VADSNP** o llamar al Departamento de Servicios para Miembros para solicitar una copia. Puede comunicarse con la agencia de Medicaid estatal que figura en el **Apéndice A** para determinar su nivel de costo compartido para los beneficios de Medicaid cubiertos.

**Tabla de beneficios médicos**

| Servicios cubiertos | Lo que usted paga |
|---|---|
| **Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal**<br>Una ecografía de detección por única vez para las personas en riesgo. Nuestro plan solo cubre esta prueba de detección si usted tiene ciertos factores de riesgo y si recibe una remisión de parte de su médico, auxiliar médico (PA), profesional en enfermería (NP) o especialista en enfermería clínica (CNS). | No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para esta prueba de detección preventiva. |
| **Acupuntura para dolor crónico en la región lumbar**<br>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:<br><br>Se cubren hasta 12 consultas en 90 días en las siguientes circunstancias:<br><br>A los fines de este beneficio, el dolor crónico en la región lumbar se define como:<br>• Dura 12 semanas o más.<br>• Aquel que no es específico, o sea, no tiene una causa sistémica identificable (es decir, no está asociado con una enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.).<br>• Aquel que no está asociado con una cirugía.<br>• Aquel que no está asociado con un embarazo.<br><br>Se cubrirán 8 sesiones adicionales para pacientes que demuestren mejoras. No se administrarán más de 20 tratamientos de acupuntura por año.<br><br>El tratamiento debe suspenderse si el paciente no mejora o empeora.<br><br>**Requisitos de proveedores:**<br>Los médicos pueden proporcionar acupuntura conforme a los requisitos estatales aplicables.<br><br>Los auxiliares médicos (PA), los profesionales en enfermería (NP) o especialistas en enfermería clínica (CNS) y el personal | No se requiere coseguro, copago ni deducible para cada consulta de acupuntura cubierta por Medicare. |
| *Este beneficio continúa en la siguiente página.* | |

| Servicios cubiertos | Lo que usted paga |
|---|---|
| **Acupuntura para dolor crónico en la región lumbar** *(continuación)* | |
| auxiliar pueden proporcionar acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales pertinentes y si tienen lo siguiente:<br><br>• Un título de maestría o doctorado en acupuntura o medicina oriental de una institución acreditada por la Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental (ACAOM) y<br>• Una licencia actual, completa, activa y sin restricciones para practicar la acupuntura en un estado, territorio o mancomunidad (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos o del District of Columbia.<br><br>El personal auxiliar que proporcione acupuntura debe estar bajo el nivel adecuado de supervisión de un médico, PA o NP/CNS, requerido por nuestras regulaciones. | |
| **Tarjeta de beneficios adicionales de Aetna® Medicare**<br>Usted recibe una tarjeta de beneficios adicionales de Aetna Medicare para ayudar a pagar determinados gastos diarios y respaldar su salud y bienestar general.<br><br>Con esta tarjeta puede obtener:<br><br>Una billetera de productos de venta libre (OTC) con un monto mensual de beneficios (asignación). Para obtener más información, consulte la sección de la **billetera de productos de venta libre (OTC)** del Capítulo 4.<br><br>Si se le diagnostica una o más afecciones crónicas calificadas y cumple con todos los demás criterios, puede ser elegible para usar el monto mensual de beneficios en categorías de gastos adicionales. Para obtener más información, consulte la sección de la **Tabla de beneficios complementarios especiales** del Capítulo 4.<br><br>**Importante:**<br><br>• La tarjeta de beneficios adicionales de Aetna Medicare no reemplaza la tarjeta de identificación de miembro.<br>• Si recibió una tarjeta de beneficios adicionales de Aetna Medicare en 2026 y no ha cambiado de plan, **no** recibirá una tarjeta nueva para el año del plan 2027. Asegúrese de guardar su tarjeta.<br>• Si es un miembro nuevo o no se inscribió en un plan con una tarjeta de beneficios adicionales de Aetna Medicare en 2026, recibirá una nueva tarjeta por correo. Debería recibir la tarjeta antes de que comience | No se requiere coseguro, copago ni deducible para la tarjeta de beneficios adicionales de Aetna Medicare.<br><br>La tarjeta de beneficios adicionales de Aetna Medicare solo puede usarse en tiendas minoristas participantes autorizadas y en línea o por teléfono a través de CVS Flex Benefits. |
| *Este beneficio continúa en la siguiente página.* | |

| Servicios cubiertos | Lo que usted paga |
|---|---|
| **Tarjeta de beneficios adicionales de Aetna® Medicare** *(continuación)* | |
| su plan. Incluirá instrucciones sobre cómo activar y usar la tarjeta.<br>• Si tenía un plan con una tarjeta de beneficios adicionales de Aetna Medicare en 2026 y cambia de plan, es posible que reciba una tarjeta nueva. Conserve su tarjeta actual y no la tire a la basura a menos que obtenga una tarjeta nueva.<br>• Es su responsabilidad asegurarse de que Aetna tenga la dirección postal más actualizada en el archivo. Esto incluye su número de apartamento, si corresponde. Aetna no se responsabiliza por correos entregados a direcciones incorrectas, perdidos o no entregados.<br>• Mantenga su tarjeta segura y protegida. Aetna no es responsable de los fondos sin utilizar debido a tarjetas perdidas o robadas.<br>• Las investigaciones sobre fraudes denunciados pueden tardar aproximadamente entre 60 y 90 días en completarse. Tenga en cuenta que el restablecimiento de los fondos está sujeto al resultado de la investigación y no está garantizado.<br>• La tarjeta solo puede utilizarse en tiendas minoristas autorizadas participantes de la red que acepten Visa®. Para encontrar un minorista participante autorizado, visite **CVS.com/Aetna** o use la aplicación CVS Flex Benefits™.<br>• La tarjeta no puede utilizarse para pagar medicamentos con receta o productos como alcohol, tabaco, cannabis, armas de fuego, lotería y tarjetas de regalo.<br>• La tarjeta solo puede utilizarse para pagar los productos y servicios elegibles en los que haya incurrido mientras esté inscrito en el plan.<br>• Aetna tampoco se responsabiliza por los fondos sin utilizar debido a circunstancias personales en las que no puede usar su monto de beneficios (p. ej., hospitalización, viajes).<br>• Los fondos sin utilizar se perderán. No habrá excepciones para reemplazar los fondos sin utilizar debido a una tarjeta perdida o robada, circunstancias personales o por no haber proporcionado su dirección postal precisa a Aetna.<br>• Para obtener más información o si necesita solicitar una tarjeta de reemplazo, llame al **1-844-428-8147** (**TTY: 711**) los 7 días de la semana, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora local, excluidos los días feriados nacionales. También puede usar la aplicación CVS Flex Benefits o visitar **CVS.com/Aetna**. | |

| Servicios cubiertos | Lo que usted paga |
|---|---|
| **Servicios de ambulancia**<br>Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sea para una situación de emergencia o que no sea de emergencia, incluyen servicios de ambulancia terrestre y aérea con aeronaves de ala fija o rotatoria hasta el centro apropiado más cercano que puede brindar atención si se trata de un miembro cuya afección médica es tal que cualquier otro medio de transporte podría poner en peligro la salud de la persona o si está autorizado por el plan. Si los servicios de ambulancia cubiertos no son para una situación de emergencia, debería documentarse que la afección médica 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.<br><br>**Se requiere autorización previa para el transporte que no sea de emergencia.** | No se requiere coseguro, copago ni deducible para los servicios de ambulancia cubiertos por Medicare. |
| **Examen físico de rutina anual**<br>El examen físico de rutina anual es un examen físico exhaustivo que incluye una recopilación de antecedentes médicos y también puede incluir cualquiera de los siguientes: Signos vitales, observación del aspecto general, examen de cabeza y cuello, examen de corazón y pulmón, examen abdominal, examen neurológico, examen dermatológico y examen de las extremidades.<br><br>La cobertura de este beneficio no cubierto por Medicare se agrega a la consulta anual de bienestar cubierta por Medicare y a la consulta preventiva Bienvenido a Medicare. Puede programar su examen físico de rutina anual una vez por año calendario.<br><br>Los análisis preventivos, las pruebas de detección o las pruebas de diagnóstico que se realicen durante esta consulta dependen de su cobertura para pruebas de laboratorio y de diagnóstico. (Consulte la sección **Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos** para obtener más información). | Copago de $0 por un examen físico de rutina anual. |
| **Consulta anual de bienestar**<br>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. Nuestro plan cubrirá la consulta anual de bienestar una vez por año calendario.<br><br>**Nota:** Su primera consulta anual de bienestar 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 anuales de bienestar después de haber tenido la Parte B por 12 meses. | No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta anual de bienestar. |

| Servicios cubiertos | Lo que usted paga |
|---|---|
| **Medición de la masa ósea**<br>Para las personas calificadas (por lo general, 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 consideran médicamente necesarios: Procedimientos para determinar la densidad ósea, detectar la pérdida de masa ósea o determinar la calidad ósea, incluida la interpretación de los resultados por parte del médico. | No se requiere coseguro, copago ni deducible para la medición de la masa ósea cubierta por Medicare. |
| **Prueba de detección de cáncer de mama (mamografías)**<br>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:<br>• Una mamografía inicial entre los 35 y 39 años.<br>• Una mamografía de detección por año calendario para las mujeres de 40 años o más.<br>• Exámenes clínicos de mamas una vez cada 24 meses<br><br>**Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.** | No se requiere coseguro, copago ni deducible para las mamografías de detección cubiertas.<br><br>No se requiere coseguro, copago ni deducible para mamografías de diagnóstico. |
| **Servicios de rehabilitación cardíaca**<br>Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicios, educación y asesoramiento están cubiertos para los miembros que cumplen con determinadas condiciones con una orden del médico.<br><br>Nuestro plan cubre estos programas integrales si ha tenido al menos una de estas afecciones:<br>• Ataque cardíaco en los últimos 12 meses.<br>• Cirugía de revascularización coronaria.<br>• Angina de pecho estable (dolor en el pecho)<br>• Reparación o reemplazo de válvula cardíaca.<br>• Angioplastia coronaria (un procedimiento médico utilizado para abrir una arteria obstruida) o colocación de stents coronarios (un procedimiento utilizado para mantener una arteria abierta).<br>• Corazón o trasplante de corazón y pulmón.<br>• Insuficiencia cardíaca crónica estable.<br><br>Limitaciones de cobertura:<br>Puede obtener hasta 36 sesiones de rehabilitación cardíaca. Puede tener 2 sesiones por día (cada una con una duración de 1 hora) y el programa puede durar hasta 36 semanas. Si califica, es posible que pueda obtener 36 sesiones más que se pueden extender durante un período de tiempo más largo. | No se requiere coseguro, copago ni deducible para los servicios de rehabilitación cardíaca y rehabilitación cardíaca intensiva cubiertos por Medicare. |

| Servicios cubiertos | Lo que usted paga |
|---|---|
| **Consulta para disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (tratamiento para las enfermedades cardiovasculares)**<br>Cubrimos una consulta por año con su médico de atención primaria para ayudarle 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 de manera saludable. | No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo para el tratamiento conductual intensivo de enfermedades cardiovasculares. |
| **Pruebas de detección de enfermedad cardiovascular**<br>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). | No se requiere coseguro, copago ni deducible para análisis para detectar enfermedades cardiovasculares que se cubren una vez cada 5 años. |
| **Prueba de detección de cáncer de cuello de útero y de vagina**<br>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:<br>• Pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses para todas las mujeres.<br>• Una prueba de Papanicolaou cada 12 meses si corre alto riesgo de padecer cáncer de cuello de útero o de vagina o si está en edad de procrear y ha obtenido un resultado anormal en una prueba de Papanicolaou en los últimos 3 años. | No se requiere coseguro, copago ni deducible para pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos preventivos cubiertos por Medicare. |
| **Servicios quiroprácticos**<br>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:<br>• Solo cubrimos la manipulación manual de la columna para corregir una subluxación vertebral. | No se requiere coseguro, copago ni deducible para las consultas de quiropráctica cubiertas por Medicare. |
| **Prueba de detección de cáncer colorrectal**<br>Las siguientes pruebas de detección están cubiertas:<br>• La colonoscopia no tiene límite mínimo o máximo de edad y se cubre una vez cada 120 meses (10 años) para pacientes que no son de alto riesgo o cada 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para pacientes que no tienen alto riesgo de padecer cáncer colorrectal y una vez cada 24 meses para pacientes de alto riesgo después de una colonoscopia de detección previa.<br>• La colonografía por tomografía computada está cubierta para pacientes de 45 años o más que no tienen alto riesgo de padecer cáncer colorrectal cuando hayan pasado al menos 59 meses desde el mes en el que se realizó la última colonografía por | No se requiere coseguro, copago ni deducible para una prueba de detección de cáncer colorrectal cubierta por Medicare. También se conoce como colonoscopia preventiva. |
| *Este beneficio continúa en la siguiente página.* | |

| Servicios cubiertos | Lo que usted paga |
|---|---|
| **Prueba de detección de cáncer colorrectal** *(continuación)* | |
| tomografía computada de detección, o cuando hayan pasado 47 meses desde el mes en el que se realizó la última sigmoidoscopia flexible de detección o colonoscopia de detección. En el caso de los pacientes con alto riesgo de cáncer colorrectal, la cobertura de una colonografía por tomografía computada de detección que se realice después de que hayan pasado al menos 23 meses desde el mes en que se realizó la última colonografía por tomografía computada de detección o la última colonoscopia de detección.<br>• Sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 120 meses para los pacientes que no son de alto riesgo después de haber recibido una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para pacientes de alto riesgo después de la última sigmoidoscopia flexible o colonografía por tomografía computada.<br>• Pruebas de detección de sangre oculta en las heces para pacientes de 45 años o más. Dos veces por año calendario.<br>• Prueba de guayacol de detección de sangre oculta en las heces para pacientes de 45 años o más. Dos veces por año calendario.<br>• Prueba multidiana de ADN en las heces para pacientes de entre 45 y 85 años que no cumplen con los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años.<br>• Prueba de biomarcadores en sangre para pacientes de entre 45 y 85 años que no cumplen con los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años.<br>• Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de detección de seguimiento después de que una prueba no invasiva en heces de detección de cáncer colorrectal cubierta por Medicare devuelva un resultado positivo.<br>• Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una sigmoidoscopia flexible de detección planificada o una colonoscopia de detección que implica la extracción de tejido u otro material, u otro procedimiento realizado en relación con la prueba de detección, como resultado de esta y en la misma consulta clínica. | |
| **Servicios dentales**<br>En general, los servicios dentales preventivos (como limpiezas, exámenes de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Original Medicare. Sin embargo, Medicare paga los servicios dentales en una cantidad | No se requiere coseguro, copago ni deducible para los servicios dentales cubiertos por Medicare. |
| *Este beneficio continúa en la siguiente página.* | |

| Servicios cubiertos | Lo que usted paga |
|---|---|
| **Servicios dentales** *(continuación)* | |
| limitada de circunstancias, específicamente cuando ese servicio es una parte integral de un tratamiento específico de una afección médica primaria de la persona. Algunos ejemplos incluyen reconstrucción de la mandíbula después de una fractura o lesión, extracciones de dientes realizadas en preparación para el tratamiento de radiación contra el cáncer que afecta la mandíbula o exámenes orales que preceden al trasplante de órganos.<br><br>Además, cubrimos los siguientes beneficios no cubiertos por Medicare:<br><br>**Servicios dentales preventivos (no cubiertos por Medicare):** Para obtener una lista de servicios preventivos cubiertos, consulte el *Programa de beneficios dentales*.<br><br>**Servicios dentales integrales (no cubiertos por Medicare):** Para obtener una lista de servicios integrales cubiertos, consulte el *Programa de beneficios dentales*.<br><br>Usted recibe un **monto anual de beneficios (asignación)** de $3,000 para servicios dentales preventivos y servicios dentales integrales combinados cubiertos.<br><br>Se pagarán los servicios cubiertos al proveedor hasta alcanzar el monto anual de beneficios (asignación). Si excede el monto de beneficios para los servicios cubiertos, usted será responsable de esos costos y no se le reembolsará.<br><br>Consulte el *Programa de beneficios dentales* para obtener más información.<br><br>Este beneficio se brinda a través de DentaQuest. Si elige atenderse con un proveedor fuera de la red, sus servicios no estarán cubiertos. Para encontrar un proveedor de la red, puede hacer lo siguiente:<br><br>1. Llame al Departamento de Servicios para Miembros de DentaQuest al **1-800-516-2551** (**TTY: 711**)<br>O bien,<br>2. Visite **dentaquest.com** y busque usando su plan de Medicare<br><br>También recibe beneficios dentales a través de Medicaid, además de la cobertura dental de este plan.<br><br>**Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.** | **Servicios dentales preventivos (no cubiertos por Medicare):** Para obtener más información sobre el costo compartido para los servicios preventivos cubiertos, consulte el *Programa de beneficios dentales*.<br><br>**Servicios dentales integrales (no cubiertos por Medicare):** Para obtener más información sobre el costo compartido para los servicios integrales, consulte el *Programa de beneficios dentales*. |
| *Este beneficio continúa en la siguiente página.* | |

| Servicios cubiertos | Lo que usted paga |
|---|---|
| **Servicios dentales** *(continuación)* | |
| | |
| **Prueba de detección de depresión**<br>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. | No se requiere coseguro, copago ni deducible para una consulta anual para la prueba de detección de depresión. |
| **Prueba de detección de diabetes**<br>Cubrimos esta prueba (incluidas pruebas de glucosa en ayunas) si tiene alguno de estos factores de riesgo: Presión arterial alta (hipertensión), antecedentes de niveles de triglicéridos y colesterol anormales (dislipidemia), obesidad o antecedentes 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.<br><br>Puede ser elegible para realizarse hasta 2 pruebas de detección de diabetes cada 12 meses después de la fecha de su prueba de detección de diabetes más reciente. | No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare. |
| **Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para la diabetes**<br>Para todas las personas que padecen diabetes (ya sea que usen insulina o no), los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:<br><br>• Suministros para controlar la glucosa en sangre: Glucómetro, tiras reactivas para análisis de glucosa en sangre, dispositivos de punción y lancetas, y soluciones de control de glucosa para verificar la precisión de las tiras reactivas y de los glucómetros.<br>• Para las personas que padecen diabetes y pie diabético grave: Un par de zapatos terapéuticos a medida por año calendario (con los zapatos se incluyen las plantillas ortopédicas) y 2 pares adicionales de plantillas ortopédicas, o un par de zapatos profundos y 3 pares de plantillas ortopédicas (con los zapatos no se incluyen las plantillas ortopédicas extraíbles que no están hechas a medida), incluida la adaptación.<br>• Capacitación para el autocontrol de la diabetes, siempre que se cumpla con ciertos requisitos.<br><br>**Información importante sobre el glucómetro (BGM):**<br><br>Cubrimos exclusivamente los glucómetros (BGM) y las tiras reactivas fabricados y distribuidos por Accu-Chek/Roche y TRUE/Trividia disponibles actualmente. Los glucómetros y las tiras reactivas producidos por otros fabricantes pueden estar cubiertos si son médicamente necesarios, por ejemplo, | No se requiere coseguro, copago ni deducible para la capacitación para el autocontrol de la diabetes, los zapatos y las plantillas para pacientes diabéticos o los servicios y suministros para la diabetes cubiertos por Medicare. |
| *Este beneficio continúa en la siguiente página.* | |

| Servicios cubiertos | Lo que usted paga |
|---|---|
| **Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para la diabetes** *(continuación)* | |
| glucómetros con tamaño de letra grande o con función de voz para personas con problemas de la vista. Las excepciones médicas para personas con problemas de la vista pueden cubrirse con una autorización previa aprobada.<br><br>• Los glucómetros (BGM) y otros suministros para medir la glucosa en sangre (p. ej., dispositivos de punción, lancetas y tiras reactivas) se pueden obtener con receta médica en una farmacia de la red o de un proveedor de equipo médico duradero (DME).<br>• Suministros médicos para la diabetes, los glucómetros (BGM), las lancetas y las soluciones de control están cubiertos por su cobertura médica.<br>• Puede encontrar los suministros para la diabetes cubiertos por la cobertura de medicamentos con receta (toallitas de alcohol, lancetas, gasa de 2x2, agujas y jeringas) en la guía del formulario de su plan. Estos suministros para la diabetes se pueden encontrar en la guía del formulario de su plan.<br>• Se requieren autorizaciones previas para más de un glucómetro por año o para más de 100 tiras reactivas para un suministro de un mes y pueden ser necesarias para zapatos y plantillas para pacientes diabéticos. La autorización previa es responsabilidad de su proveedor.<br><br>**Información importante sobre monitores continuos de glucosa (CGM):**<br><br>• Cubrimos todos los monitores continuos de glucosa (CGM) en los proveedores de DME, pero cubrimos exclusivamente Dexcom y Freestyle Libre en las farmacias de la red.<br>• Es posible que se requiera autorización previa para los monitores continuos de glucosa (CGM) Dexcom y Freestyle Libre en farmacias dentro de la red si no se puede confirmar el historial de insulina de los últimos 6 meses en el momento del suministro.<br>• Es posible que se requiera autorización previa para los monitores continuos de glucosa (CGM) y los sensores de un proveedor de DME, si se exceden los límites de cantidad.<br>• Si se superan los límites de cantidad para los monitores y sensores que se ajustan a la cobertura de Medicare, se requiere una guía para las autorizaciones previas. Es posible que también se requieran solicitudes de excepción. | |
| *Este beneficio continúa en la siguiente página.* | |

| Servicios cubiertos | Lo que usted paga |
|---|---|
| **Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para la diabetes** *(continuación)* | |
| Puede encontrar las farmacias y los proveedores de DME de la red participantes, así como los proveedores de monitores continuos de glucosa (CGM) en nuestro sitio web: **AetnaMedicare.com/VADSNP-find-provider**<br><br>**Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.** | |
| **Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados** (Para obtener una definición de equipo médico duradero, consulte el Capítulo 12 y el Capítulo 3).<br><br>Cubrimos los siguientes productos:<br>• Sillas de ruedas<br>• Muletas<br>• Sistemas de colchones eléctricos<br>• Suministros para la diabetes<br>• Cama de hospital recetada por un proveedor para usar en el hogar<br>• Bombas de infusión intravenosa y soportes<br>• Dispositivos para la generación del habla<br>• Equipos y suministros de oxígeno<br>• Nebulizadores<br>• Andadores<br>• Bastón estándar con mango curvo o bastón de cuatro apoyos y suministros de reemplazo<br>• Tracción cervical (sobre la puerta)<br>• Estimulador óseo<br>• Equipos de atención de diálisis<br><br>Otros productos pueden estar cubiertos.<br><br>Cubrimos todo DME que sea médicamente necesario cubierto por Original Medicare. Si nuestro proveedor en su área no tiene una marca o fabricante en particular, puede preguntarle si puede pedirlo especialmente para usted. Su proveedor debe proporcionar una receta para el equipo médico duradero (DME) cubierto y obtener autorización previa si es necesario.<br><br>En Original Medicare, existe una política de alquiler hasta el precio de compra para ciertos tipos de DME después de realizar los copagos del período de alquiler. El período de alquiler suele durar entre 10 y 13 meses. Una vez alcanzado el precio de compra, puede utilizar el equipo todo el tiempo que sea necesario. Cuando ya no lo necesite, el proveedor del | No se requiere coseguro, copago ni deducible para el equipo médico duradero y los suministros relacionados cubiertos por Medicare. |
| *Este beneficio continúa en la siguiente página.* | |

| Servicios cubiertos | Lo que usted paga |
|---|---|
| **Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados** *(continuación)* | |
| producto deberá recogerlo. En determinadas circunstancias limitadas, le transferiremos la posesión del producto de DME.<br><br>Visite **AetnaMedicare.com/VADSNP-find-provider** para encontrar proveedores de DME de la red.<br><br>**Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.** | |
| **Atención de emergencia**<br>La atención de emergencia hace referencia a servicios con las siguientes características:<br><br>• Son brindados por un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia.<br>• Son necesarios para evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia.<br><br>Una emergencia médica es cuando usted o cualquier persona prudente, con un conocimiento promedio de salud y medicina, creen que presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar perder la vida (y, si es una mujer embarazada, la pérdida de un niño no nacido), la pérdida de una extremidad o la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección que se agrava rápidamente.<br><br>Los costos compartidos para los servicios de emergencia necesarios que se proporcionan fuera de la red son los mismos que para los mismos servicios que se proporcionan dentro de la red.<br><br>Además de los beneficios cubiertos por Medicare, también ofrecemos lo siguiente:<br><br>• Atención de emergencia (en todo el mundo)<br>• Servicios de ambulancia de emergencia (en todo el mundo)<br><br>Beneficio máximo anual de $250,000 para atención de emergencia, atención de urgencia y servicios de ambulancia de emergencia en todo el mundo.<br><br>Es posible que deba pagarle al proveedor en el momento de la prestación del servicio y enviar una solicitud de reembolso. Se le reembolsará hasta alcanzar el monto máximo anual de beneficios menos cualquier copago o costo compartido aplicable. | No se requiere coseguro, copago ni deducible para la atención de emergencia dentro de los Estados Unidos.<br><br>No se requiere coseguro, copago ni deducible para la atención de emergencia en todo el mundo (es decir, fuera de los Estados Unidos).<br><br>No se requiere coseguro, copago ni deducible para los servicios de ambulancia de emergencia en todo el mundo (es decir, fuera de los Estados Unidos).<br><br>Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención para pacientes internados después de que su afección se estabilice, debe recibir la atención para pacientes internados en el hospital fuera de la red autorizado por el plan, y su costo es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red. |

| Servicios cubiertos | Lo que usted paga |
|---|---|
| **Acondicionamiento físico: Membresía básica de SilverSneakers®**<br>Tiene cubierta la membresía básica en cualquier centro de acondicionamiento físico autorizado de SilverSneakers® participante. Además, las clases en línea y los kits de acondicionamiento físico para el hogar están a su disposición. Puede solicitar un kit de acondicionamiento físico por año a través de SilverSneakers.<br><br>También está incluido en su membresía básica de SilverSneakers el acceso a clases enriquecedoras en línea que contribuyen a su salud y bienestar, así como su acondicionamiento mental. Las clases de salud y bienestar de SilverSneakers incluyen, entre otros, lo siguiente: Cocina, comida y nutrición, y atención plena. Las clases de acondicionamiento mental de SilverSneakers incluyen, entre otros, lo siguiente: Habilidades nuevas, organización, autoayuda y cómo mantenerse conectado. Se puede acceder a estas clases en línea en **SilverSneakers.com**.<br><br>Para comenzar, necesitará su número de identificación de SilverSneakers. Visite **SilverSneakers.com** o llame a SilverSneakers al **1-855-627-3795** (**TTY:** **711**) para obtener este número de identificación. Luego, lleve este número de identificación cuando visite un centro de acondicionamiento físico participante autorizado. Para obtener información sobre los centros participantes autorizados, puede consultar el sitio web de SilverSneakers o llamar a SilverSneakers.<br><br>**Importante:** Tiene una membresía básica en cualquier centro participante autorizado de SilverSneakers. Los servicios del centro pueden variar según la ubicación participante e incluyen, entre otros, horas, días y tipos de clase. | Copago de $0 por el beneficio de acondicionamiento físico cuando usa nuestro proveedor autorizado, SilverSneakers. |
| **Programas educativos sobre salud y bienestar**<br>**Línea de enfermería durante las 24 horas:** Puede hablar con un enfermero certificado durante las 24 horas, los 7 días de la semana, a través de la Línea de enfermería durante las 24 horas. Pueden ayudar con preguntas relacionadas con la salud cuando su médico no esté disponible. Llame al **1-855-463-0933** (**TTY:** **711**). El personal de enfermería certificado no puede diagnosticar, recetar ni dar asesoramiento médico. Si necesita atención de urgencia o de emergencia, llame al 911 o a su médico de inmediato.<br><br>Si bien solo su médico puede diagnosticar, recetar o dar asesoramiento médico, la Línea de enfermería durante las 24 horas puede proporcionar información sobre una variedad de temas de salud. | Copago de $0 por el beneficio de la Línea de enfermería durante las 24 horas.<br><br>Copago de $0 por educación sobre salud. |
| *Este beneficio continúa en la siguiente página.* | |

| Servicios cubiertos | Lo que usted paga |
|---|---|
| **Programas educativos sobre salud y bienestar** *(continuación)* | |
| **Educación de salud:** Puede reunirse con un instructor de salud certificado u otro profesional de salud calificado para obtener información sobre temas de salud y bienestar como: Control de la diabetes, asesoramiento nutricional, educación sobre asma y más. Tiene la opción de reunirse de forma individual, grupal o virtual. Pida a su proveedor información sobre cómo estos servicios pueden ayudarlo. | |
| **Servicios auditivos**<br>Las evaluaciones auditivas de diagnóstico y las relacionadas con el equilibrio realizadas por su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico se cubren como atención para pacientes externos cuando sean provistas por un médico, un audiólogo u otro proveedor calificado.<br><br>Consulte su Manual para miembros de Medicaid para obtener información adicional sobre los beneficios. | No se requiere coseguro, copago ni deducible para los servicios auditivos cubiertos por Medicare. |
| **Prueba de detección de VIH**<br>Para personas que solicitan una prueba de detección de VIH o que tienen mayor riesgo de infección por el VIH, cubrimos lo siguiente:<br>• Una prueba de detección cada 12 meses.<br><br>Si está embarazada, cubrimos lo siguiente:<br>• Hasta tres pruebas de detección durante el embarazo. | No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para pruebas de detección de VIH preventivas cubiertas por Medicare. |
| **Agencia de atención médica a domicilio**<br>Antes de recibir los servicios de atención médica a domicilio, un médico debe certificar que usted necesita estos servicios 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.<br><br>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:<br>• Servicios de enfermería especializada o los servicios de un auxiliar de atención médica 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 los servicios de un auxiliar de atención médica a domicilio combinados deben totalizar menos de 8 horas por día y 35 horas por semana). | No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para las agencias de atención médica a domicilio cubiertas por Medicare.<br><br>No se requiere coseguro, copago ni deducible para el equipo médico duradero y los suministros cubiertos por Medicare. |
| *Este beneficio continúa en la siguiente página.* | |

| Servicios cubiertos | Lo que usted paga |
|---|---|
| **Agencia de atención médica a domicilio** *(continuación)* | |
| • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla.<br>• Servicios médicos y sociales.<br>• Equipos y suministros médicos.<br><br>**Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.** | |
| **Tratamiento de infusión en el hogar**<br>El tratamiento de infusión en el hogar implica la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a una persona en su casa. Los componentes necesarios para llevar a cabo una infusión en el hogar incluyen el medicamento (por ejemplo, antivirales, inmunoglobulinas), los equipos (por ejemplo, una bomba) y los suministros (por ejemplo, tubos y catéteres).<br><br>Antes de recibir servicios de infusión en el hogar, un médico debe solicitarlos e incluirlos en su plan de atención.<br><br>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:<br><br>• Servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, brindados de acuerdo con nuestro plan de atención.<br>• Capacitación y educación del paciente que no estén cubiertas por el beneficio de equipo médico duradero.<br>• Monitoreo remoto.<br>• Servicios de monitoreo para la prestación del tratamiento de infusión en el hogar y los medicamentos para infusión en el hogar que brinde un proveedor calificado para este tipo de tratamiento. | No se requiere coseguro, copago ni deducible para los servicios profesionales del tratamiento de infusión en el hogar (incluidos los proveedores de infusión en el hogar autorizados), la capacitación, la educación y el monitoreo cubiertos por Medicare. |
| **Atención en hospicio**<br>Usted es elegible para el beneficio de hospicio cuando su médico y el director médico del hospicio le hayan dado un pronóstico terminal que certifique que tiene una enfermedad terminal y 6 meses o menos de vida si su enfermedad sigue su curso normal. Puede recibir atención a través de cualquier programa de hospicio certificado por Medicare. Nuestro plan está obligado a ayudarlo a encontrar programas de hospicio certificados por Medicare en el área de servicio de nuestro plan, incluidos los programas de los que somos propietarios, que controlamos o en los que tenemos un interés financiero. El médico del hospicio puede ser un proveedor de la red o fuera de la red.<br><br>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: | Cuando se inscribe en un programa de hospicio certificado por Medicare, Original Medicare, y no Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP), paga los servicios de hospicio y sus servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su pronóstico terminal.<br><br>Las consultas en un hospicio están incluidas como parte de la atención hospitalaria para pacientes internados. |
| *Este beneficio continúa en la siguiente página.* | |

| Servicios cubiertos | Lo que usted paga |
|---|---|
| **Atención en hospicio** *(continuación)* | |
| • Medicamentos para controlar síntomas y aliviar el dolor<br>• Cuidados paliativos a corto plazo<br>• Atención a domicilio<br><br>Cuando es ingresado en un hospicio, tiene derecho a seguir siendo miembro de nuestro plan.<br><br>**Para los servicios de hospicio y para los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que se relacionan con su pronóstico terminal:** Original Medicare (en lugar de nuestro plan) pagará a su proveedor de hospicio por los servicios de hospicio y cualquier servicio de la Parte A y la Parte B relacionado con su pronóstico terminal. Mientras esté en el programa de hospicio, su proveedor de hospicio facturará a Original Medicare por los servicios que Original Medicare cubre. Se le facturará el costo compartido de Original Medicare.<br><br>**Para los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare que no se relacionan con su pronóstico terminal:** Si necesita servicios que no sean de urgencia o de emergencia que están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que no están relacionados con su pronóstico terminal, el costo para estos servicios depende de si usted utiliza un proveedor de la red de nuestro plan y sigue las normas del plan (por ejemplo, si hay que obtener una autorización previa).<br><br>• Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red y sigue las normas del plan para obtener el servicio, solo pagará el monto del costo compartido de nuestro plan por los servicios dentro de la red.<br>• Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, pagará el costo compartido correspondiente a Original Medicare.<br><br>**Para los servicios cubiertos por Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) que no están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare:** Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) seguirá cubriendo los servicios incluidos en el plan que no estén cubiertos por la Parte A o la Parte B, estén o no relacionados con su pronóstico terminal. Usted paga el monto del costo compartido de su plan por estos servicios.<br><br>**Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por los beneficios de la Parte D del plan**: Si estos medicamentos no se relacionan con su afección con el hospicio terminal, usted paga el costo compartido. Si se relacionan con su afección | |
| *Este beneficio continúa en la siguiente página.* | |

| Servicios cubiertos | Lo que usted paga |
|---|---|
| **Atención en hospicio** *(continuación)* | |
| terminal que requiere atención en hospicio, usted paga el costo compartido de Original Medicare. Los medicamentos nunca están cubiertos por el hospicio y nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte la Sección 9.3 del Capítulo 5.<br><br>**Nota:** Si necesita atención médica que no sea en hospicio (atención que no está relacionada con su pronóstico terminal), comuníquese con nosotros para coordinar los servicios.<br><br>Nuestro plan cubre los servicios de consulta en hospicio (una única vez) para una persona que padece una enfermedad terminal y no ha optado por el beneficio de hospicios. | |
| **Vacunas**<br>Los servicios de la Parte B cubiertos por Medicare incluyen los siguientes:<br>• Vacunas contra la neumonía.<br>• Vacunas antigripales, una vez por cada temporada de gripe/influenza, en otoño e invierno, y vacunas antigripales adicionales si son médicamente necesarias.<br>• Vacunas contra la hepatitis B si nunca ha recibido una serie completa, no conoce su historial de vacunación o tiene cualquier otra afección que lo pone en riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B.<br>• Vacunas contra la COVID-19.<br>• Otras vacunas si su salud está en peligro y si cumplen con las normas de cobertura de la Parte B de Medicare.<br><br>También cubrimos la mayoría de las demás vacunas para adultos en virtud de los beneficios de cobertura de medicamentos de la Parte D. Para obtener más información, consulte la Sección 7 del Capítulo 6. | No se requiere coseguro, copago ni deducible por las vacunas contra la neumonía, antigripales, la hepatitis B y la COVID-19.<br><br>No se requiere coseguro, copago ni deducible para todas las vacunas cubiertas por la Parte B de Medicare. |
| **Atención hospitalaria para pacientes internados**<br>Incluye servicios hospitalarios de cuidados agudos, de rehabilitación, de atención a largo plazo y de otros tipos para pacientes internados en un hospital. La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día en que formalmente ingresa al hospital con una orden del médico. El día anterior a su alta médica es su último día como paciente internado.<br><br>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:<br>• Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario). | No se requiere coseguro, copago ni deducible para la atención hospitalaria para pacientes internados cubierta.<br><br>Si obtiene autorización para recibir atención para pacientes internados en un hospital fuera de la red una vez que se ha estabilizado la afección que causó la emergencia, el costo que le corresponde pagar es el costo compartido que debería pagar en un hospital de la red. |
| *Este beneficio continúa en la siguiente página.* | |

| Servicios cubiertos | Lo que usted paga |
|---|---|
| **Atención hospitalaria para pacientes internados** *(continuación)* | |
| • Comidas, incluidas dietas especiales.<br>• Servicios de enfermería permanentes.<br>• Costos de las unidades de cuidados especiales (por ejemplo, unidades de cuidados intensivos o coronarios).<br>• Medicamentos.<br>• Análisis de laboratorio<br>• Radiografías y otros servicios radiológicos.<br>• Suministros médicos y quirúrgicos necesarios.<br>• Uso de aparatos, como sillas de ruedas.<br>• Costos de la sala de operaciones y de recuperación.<br>• Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje.<br>• Servicios por abuso de sustancias para pacientes internados.<br>• En determinadas condiciones, están cubiertos los siguientes tipos de trasplantes: Córnea, riñón, páncreas y riñón, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinos/múltiples vísceras. Si necesita un trasplante, organizaremos la revisión de su caso en un centro de trasplantes aprobado por Medicare, que decidirá si es candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplante pueden ser locales o fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de trasplante dentro de la red se encuentran fuera del patrón de atención de la comunidad, puede elegir un lugar cerca, siempre y cuando los proveedores locales de trasplante estén dispuestos a aceptar la tarifa de Original Medicare. Si Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) presta servicios de trasplante en un lugar fuera del patrón de atención para trasplantes en su comunidad y usted elige llevar a cabo el trasplante en un lugar alejado, coordinaremos o pagaremos los costos de transporte y alojamiento correspondientes para usted y un acompañante.<br>• Sangre: Se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y de concentrado de glóbulos rojos comienza a partir de la primera pinta de sangre que usted necesite. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta de sangre.<br>• Servicios médicos | |
| *Este beneficio continúa en la siguiente página.* | |

| Servicios cubiertos | Lo que usted paga |
|---|---|
| **Atención hospitalaria para pacientes internados** *(continuación)* | |
| **Nota:** Para ser paciente internado, el proveedor debe hacer una orden por escrito para que lo ingresen de manera formal como paciente internado en el hospital. Aunque 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.<br><br>Obtenga más información en la hoja de datos de Medicare *Beneficios hospitalarios de Medicare* disponible en **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**.<br><br>**Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.**<br><br>La cobertura adicional puede estar disponible en virtud de la parte de Medicaid de los beneficios del plan. | |
| **Servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico**<br>Los servicios cubiertos incluyen servicios de salud mental que requieren hospitalización.<br><br>Días cubiertos: Tiene un límite de 190 días de por vida para los servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico. El límite de 190 días no se aplica a los servicios de salud mental para pacientes internados que se brindan en la unidad psiquiátrica de un hospital general.<br><br>**Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.** | No se requiere coseguro, copago ni deducible para la atención médica de salud mental para pacientes internados cubierta por Medicare.<br><br>Sus beneficios para pacientes internados comenzarán el día uno cada vez que sea admitido en un tipo de centro específico. Un traslado dentro de un centro, o a un centro, incluidos los centros de rehabilitación para pacientes internados, de cuidados agudos a largo plazo (LTAC), de cuidados agudos para pacientes internados y centros psiquiátricos para pacientes internados, se considera una nueva admisión. |
| **Hospitalización: Servicios cubiertos recibidos en un hospital o un centro de atención de enfermería especializada (SNF) durante una hospitalización no cubierta**<br>Si ha agotado sus beneficios para pacientes internados o centros de atención de enfermería especializada, o si la estadía en este centro u hospitalización no son razonables ni necesarias, no cubriremos su hospitalización. 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: | No se requiere coseguro, copago ni deducible para los servicios cubiertos durante una hospitalización no cubierta. |
| *Este beneficio continúa en la siguiente página.* | |

| Servicios cubiertos | Lo que usted paga |
|---|---|
| **Hospitalización: Servicios cubiertos recibidos en un hospital o un centro de atención de enfermería especializada (SNF) durante una hospitalización no cubierta** *(continuación)* | |
| • Servicios médicos<br>• Análisis de diagnóstico (como los análisis de laboratorio).<br>• Tratamiento con radiografías, radio e isótopos, incluidos los servicios y materiales de los técnicos.<br>• Vendajes quirúrgicos.<br>• Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones.<br>• Dispositivos protésicos y ortésicos (salvo los dentales) que sustituyen una parte o la totalidad de un órgano interno del cuerpo (incluso tejido contiguo), o bien una 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.<br>• Soportes para piernas, brazos, espalda y cuello; bragueros y piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos ajustes, reparaciones y reemplazos necesarios debidos a la rotura, al desgaste, a la pérdida o a un cambio en el estado físico del paciente.<br>• Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla.<br><br>**Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.** | |
| **Tratamiento médico nutricional**<br>Este beneficio es para las personas con diabetes o enfermedad renal (del riñón) (pero no con tratamiento de diálisis), o después de un trasplante de riñón cuando el médico así lo indique.<br><br>Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento individual durante el primer año que recibe los servicios de tratamiento médico nutricional en virtud de Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier plan de Medicare Advantage u Original Medicare) y 2 horas cada año después de eso. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambia, puede obtener más horas de tratamiento con la orden de un médico. El médico debe recetar estos servicios y renovar la orden todos los años si hay que continuar el tratamiento en el siguiente año calendario.<br><br>La cobertura adicional puede estar disponible en virtud de la parte de Medicaid de los beneficios del plan. | No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para servicios de tratamiento médico nutricional cubiertos por Medicare. |

| Servicios cubiertos | Lo que usted paga |
|---|---|
| **Programa de prevención de diabetes de Medicare (MDPP)**<br>**Los servicios del MDPP están cubiertos para las personas elegibles a través de todos los planes de salud de Medicare.**<br><br>El MDPP es una intervención estructurada para el cambio conductual de la salud que proporciona capacitación práctica en cambios alimenticios a largo plazo, aumento de la actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar desafíos con el fin de sostener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable. | No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio del MDPP. |
| **Medicamentos de la Parte B de Medicare**<br>**La Parte B de Original Medicare cubre estos medicamentos. Los miembros de nuestro plan obtienen cobertura de estos medicamentos a través de nuestro plan. Entre los medicamentos cubiertos, se incluyen los siguientes:**<br><br>• 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 médicos, en un hospital para pacientes externos o en un centro quirúrgico ambulatorio.<br>• Insulina proporcionada a través de un producto de equipo médico duradero (como una bomba de insulina médicamente necesaria).<br>• Otros medicamentos que se administran con equipo médico duradero (por ejemplo, nebulizadores) autorizados por nuestro plan.<br>• El medicamento para el Alzheimer Leqembi® (nombre genérico: Lecanemab), que se administra de forma intravenosa. Además de los costos de los medicamentos, es posible que necesite tomografías y pruebas adicionales antes o durante el tratamiento que podrían sumarse a los costos generales. Consulte a su médico qué tomografías y pruebas puede necesitar como parte del tratamiento.<br>• Factores de la coagulación que se aplica usted mismo mediante una inyección si tiene hemofilia.<br>• Medicamentos inmunosupresores/para trasplantes: Medicare cubre los tratamientos con medicamentos para trasplantes si Medicare pagó su trasplante de órgano. Debe tener la Parte A en el momento del trasplante cubierto y la Parte B en el momento en que obtenga los medicamentos inmunosupresores. La cobertura de medicamentos de la Parte D de Medicare cubre medicamentos inmunosupresores si la Parte B no los cubre. | No se requiere coseguro, copago ni deducible para los medicamentos con receta de la Parte B cubiertos por Medicare.<br><br>Los medicamentos de la Parte B pueden estar sujetos a requisitos de tratamiento escalonado. |
| *Este beneficio continúa en la siguiente página.* | |

| Servicios cubiertos | Lo que usted paga |
|---|---|
| **Medicamentos de la Parte B de Medicare** *(continuación)* | |
| • 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 administrarse usted mismo el medicamento.<br>• Algunos antígenos: Medicare cubre antígenos si un médico los prepara y una persona que se instruyó correctamente (que puede ser usted, el paciente) los administra bajo la supervisión adecuada.<br>• Determinados medicamentos orales para el tratamiento del cáncer: Medicare cubre algunos medicamentos orales para el tratamiento del cáncer que usted 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, al ingerirse, se descompone en el mismo ingrediente activo que se encuentra en el medicamento inyectable) del medicamento inyectable. La Parte B puede cubrir nuevos medicamentos orales para el tratamiento del cáncer a medida que estén disponibles. Si la Parte B no los cubre, la Parte D los cubre.<br>• Medicamentos orales contra las náuseas: Medicare cubre medicamentos orales contra las náuseas que usted utiliza como parte de un régimen de quimioterapia contra el cáncer si estos se administran antes de la quimioterapia, durante la quimioterapia o dentro de las 48 horas posteriores a la quimioterapia, o si se utilizan como un reemplazo terapéutico completo de un medicamento intravenoso contra las náuseas.<br>• Determinados medicamentos orales para la enfermedad renal terminal (ESRD) cubiertos por la Parte B de Medicare.<br>• Medicamentos calcimiméticos y quelantes de fosfato bajo el sistema de pago de la ESRD, incluido el medicamento intravenoso Parsabiv® y el medicamento oral Sensipar®.<br>• Determinados medicamentos para diálisis en su hogar, incluidos heparina, el antídoto para la heparina (cuando sea médicamente necesario) y anestésicos tópicos.<br>• Fármacos estimuladores de la eritropoyesis: Medicare cubre la eritropoyetina inyectable si tiene enfermedad renal terminal (ESRD) o necesita este medicamento para tratar la anemia relacionada con otras afecciones (como Epogen®, Procrit®, Retacrit®, Epoetin Alfa, Aranesp®, Darbepoetin Alfa, Mircera® o metoxipolietilenglicol-epoetina beta). | |
| *Este beneficio continúa en la siguiente página.* | |

| Servicios cubiertos | Lo que usted paga |
|---|---|
| **Medicamentos de la Parte B de Medicare** *(continuación)* | |
| • Inmunoglobulinas intravenosas para el tratamiento a domicilio de deficiencias inmunitarias primarias.<br>• Nutrición parenteral y enteral (alimentación por vía intravenosa o por sonda).<br><br>Este enlace lo dirigirá a una lista de medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos a tratamiento escalonado: **AetnaMedicare.com/VADSNP-RxDrugs**.<br><br>También cubrimos algunas vacunas en la Parte B y la mayoría de las vacunas para adultos en virtud de los beneficios de cobertura de medicamentos de la Parte D.<br><br>En el Capítulo 5, se explica el beneficio para medicamentos de la Parte D e indica las normas que deben seguirse a fin de recibir cobertura para las recetas. Lo que usted paga por los medicamentos de la Parte D a través de nuestro plan se explica en el Capítulo 6.<br><br>**Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.** | |
| **Prueba de detección de obesidad y tratamiento para fomentar la pérdida de peso continua**<br>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. | No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de obesidad y tratamientos preventivos. |
| **Servicios del programa de tratamiento por opioides**<br>Los miembros de nuestro plan con un trastorno por el consumo de opioides (OUD) pueden recibir cobertura de servicios para tratar dicho trastorno mediante un Programa de tratamiento por opioides (OTP), que incluye los siguientes servicios:<br><br>• Los medicamentos para el tratamiento con agonistas y antagonistas de los opioides aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los Estados Unidos para el tratamiento asistido por medicamentos (MAT).<br>• Suministro y administración de los medicamentos para el MAT (si corresponde).<br>• Asesoramiento ante el consumo de sustancias.<br>• Terapia individual y grupal.<br>• Análisis de toxicología. | No se requiere coseguro, copago ni deducible para los servicios del programa de tratamiento por opioides. |
| *Este beneficio continúa en la siguiente página.* | |

| Servicios cubiertos | Lo que usted paga |
|---|---|
| **Servicios del programa de tratamiento por opioides** *(continuación)* | |
| • Actividades de admisión.<br>• Evaluaciones periódicas.<br><br>**Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.** | |
| **Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos**<br>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:<br><br>• Radiografías<br>• Tratamiento de radiación (radio e isótopos) que incluye materiales de los técnicos y suministros.<br>• Suministros quirúrgicos, por ejemplo, vendajes.<br>• Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones.<br>• Análisis de laboratorio<br>• Sangre: Se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y de concentrado de glóbulos rojos comienza a partir de la primera pinta de sangre que usted necesite. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta de sangre.<br>• Pruebas de diagnóstico que no sean de laboratorio, como tomografías computadas (CT), resonancias magnéticas (MRI), electrocardiogramas (EKG) y tomografías por emisión de positrones (PET), cuando su médico u otro proveedor de atención médica así las indique para tratar un problema médico.<br>• Otros exámenes de diagnóstico para pacientes externos.<br><br>**Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.** | No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de diagnóstico y los servicios y suministros terapéuticos para pacientes externos cubiertos por Medicare. |
| **Observación hospitalaria para pacientes externos**<br>Los servicios de observación son servicios hospitalarios para pacientes externos que se ofrecen para determinar si usted necesita que lo ingresen como paciente internado o si le pueden dar el alta.<br><br>Para que se cubran los servicios de observación hospitalaria para pacientes externos, deben cumplir los criterios de Medicare y considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación solo están cubiertos cuando se ofrecen a través de la orden de un médico u otra persona autorizada por la ley de licencia estatal y los reglamentos del | No se requiere coseguro, copago ni deducible para los servicios de observación hospitalaria para pacientes externos cubiertos por Medicare. |
| *Este beneficio continúa en la siguiente página.* | |

| Servicios cubiertos | Lo que usted paga |
|---|---|
| **Observación hospitalaria para pacientes externos** *(continuación)* | |
| personal del hospital para admitir a los pacientes en el hospital o pedir pruebas para pacientes externos.<br><br>**Nota:** A menos que el proveedor haya dejado por escrito una orden de admisión como paciente internado, usted es un paciente externo. Aunque permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente externo. Si no está seguro de si es un paciente externo, consulte con el personal del hospital.<br><br>Obtenga más información en la hoja de datos de Medicare *Beneficios hospitalarios de Medicare* disponible en **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**.<br><br>**Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.** | |
| **Servicios hospitalarios para pacientes externos**<br>Cubrimos los servicios médicamente necesarios que se le hayan brindado en el departamento de pacientes externos de un hospital para el diagnóstico y tratamiento de una enfermedad o lesión.<br><br>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:<br>• Servicios en un departamento de emergencias o una clínica para pacientes externos, como servicios de observación o cirugía para pacientes externos.<br>• Pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital.<br>• Atención de salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que el tratamiento con internación podría ser requerido sin esta atención.<br>• Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital.<br>• Suministros médicos como entablillados y yesos.<br>• Algunos medicamentos y productos biológicos que no se pueden autoadministrar.<br><br>**Nota:** A menos que el proveedor haya dejado por escrito una orden de admisión como paciente internado, usted es un paciente externo. Aunque permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente externo. Si no está seguro de si es un paciente externo, consulte con el personal del hospital. | No se requiere coseguro, copago ni deducible para los servicios hospitalarios para pacientes externos cubiertos por Medicare. |
| *Este beneficio continúa en la siguiente página.* | |

| Servicios cubiertos | Lo que usted paga |
|---|---|
| **Servicios hospitalarios para pacientes externos** *(continuación)* | |
| **Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.** | |
| **Atención de salud mental para pacientes externos**<br>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:<br><br>Servicios de salud mental prestados por un psiquiatra o médico autorizados por el estado, psicólogo clínico, asistente social clínico (CSW), especialista en enfermería clínica (CNS), asesor profesional autorizado (LPC), terapeuta matrimonial y familiar autorizado (LMFT), profesional en enfermería (NP), auxiliar médico (PA) u otro profesional de salud mental calificado según Medicare, de conformidad con lo permitido por la legislación estatal vigente.<br><br>**Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.** | No se requiere coseguro, copago ni deducible para los servicios de atención de salud mental para pacientes externos cubiertos por Medicare. |
| **Servicios de rehabilitación para pacientes externos**<br>Los servicios cubiertos incluyen fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y del lenguaje.<br><br>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 (CORF). | No se requiere coseguro, copago ni deducible para los servicios de rehabilitación para pacientes externos cubiertos por Medicare. |
| **Servicios para trastornos por consumo de sustancias para pacientes externos**<br>Nuestra cobertura es la misma que ofrece Original Medicare, que es la cobertura de los servicios prestados en el departamento para pacientes externos de un hospital para personas que, por ejemplo, han recibido el alta de una hospitalización como paciente internado tras un tratamiento para un trastorno por consumo de sustancias, o que requieren tratamiento, pero no necesitan la disponibilidad e intensidad de los servicios que se encuentran únicamente en el entorno hospitalario para pacientes internados. La cobertura disponible para estos servicios está sujeta a las mismas normas que se aplican generalmente a la cobertura de servicios hospitalarios para pacientes externos.<br><br>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:<br><br>• Valoración, evaluación y tratamiento para trastornos relacionados con el consumo de sustancias a cargo de un proveedor elegible de Medicare, a fin de determinar rápidamente la gravedad del consumo de sustancias e | No se requiere coseguro, copago ni deducible para los servicios para trastornos por consumo de sustancias para pacientes externos cubiertos por Medicare. |
| *Este beneficio continúa en la siguiente página.* | |

| Servicios cubiertos | Lo que usted paga |
|---|---|
| **Servicios para trastornos por consumo de sustancias para pacientes externos** *(continuación)* | |
| identificar el nivel adecuado de tratamiento.<br>• Las intervenciones breves o los consejos que se centran en aumentar el conocimiento y la concienciación respecto del consumo de sustancias, y la motivación hacia el cambio de comportamiento.<br><br>**Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.** | |
| **Cirugía para pacientes externos, incluidos los servicios brindados en centros hospitalarios para pacientes externos y centros quirúrgicos ambulatorios**<br>**Nota:** Si va a ser sometido a una cirugía en un centro hospitalario, consulte con el proveedor si será considerado un paciente internado o externo. A menos que el proveedor escriba una orden de admisión como paciente internado, usted es un paciente externo. Aunque permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente externo.<br><br>**Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.** | No se requiere coseguro, copago ni deducible para la cirugía para pacientes externos cubierta por Medicare brindada en un centro hospitalario para pacientes externos o centro quirúrgico ambulatorio. |
| **Billetera de productos de venta libre (OTC)**<br>Usted recibe una billetera de productos de venta libre (OTC) con un monto mensual de beneficios (asignación) de $295 en la tarjeta de beneficios adicionales de Aetna® Medicare para ayudarle a pagar lo siguiente:<br><br>• Productos de salud y bienestar de venta libre (OTC) aprobados, incluidos los medicamentos para las alergias, analgésicos, suministros de primeros auxilios y más. Este beneficio incluye ciertas terapias de reemplazo de la nicotina.<br>• Los productos OTC pueden comprarse en:<br>  • En la tienda en sucursales participantes autorizadas, incluidas las sucursales minoristas de CVS® (a excepción de las sucursales dentro de otras tiendas)<br>  • A través de la aplicación CVS Flex Benefits™. La aplicación también se puede utilizar para localizar tiendas minoristas participantes autorizadas e identificar los productos cubiertos.<br>  • En línea en **CVS.com/Aetna**<br>  • Por teléfono a través de CVS Flex Benefits al **1-844-428-8147** (**TTY:** 711) | No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio de la billetera de productos de venta libre (OTC).<br><br>La billetera de OTC solo puede usarse para comprar productos de OTC aprobados en tiendas minoristas participantes autorizadas y en línea, o en la aplicación, o por teléfono a través de nuestro proveedor autorizado CVS Flex Benefits. |
| *Este beneficio continúa en la siguiente página.* | |

| Servicios cubiertos | Lo que usted paga |
|---|---|
| **Billetera de productos de venta libre (OTC)** *(continuación)* | |
| • Algunos productos disponibles en línea o en la tienda pueden estar agotados ocasionalmente. Si se acerca la fecha de vencimiento de sus beneficios, asegúrese de usar sus fondos. Los saldos no utilizados no se transferirán. Planifique su asignación cuidadosamente, ya que no se otorgarán excepciones una vez que haya finalizado el período de beneficios.<br><br>Su monto mensual de beneficios estará disponible en la tarjeta de beneficios adicionales de Aetna Medicare el primer día de cada mes. Asegúrese de usar el monto de beneficios completo todos los meses, ya que cualquier monto de beneficios no utilizado no se transferirá al mes siguiente ni al siguiente año del plan. No se harán excepciones para agregar fondos adicionales o sin usar a su tarjeta.<br><br>**Importante:** Todos los productos y servicios están sujetos a impuestos (según el estado). El saldo de su tarjeta se utilizará para cubrir los impuestos. Si no hay fondos suficientes en su tarjeta para cubrir el costo total de su compra, incluidos los impuestos, será su responsabilidad cubrir la diferencia con otra forma de pago. Para obtener más información sobre la tarjeta de beneficios adicionales de Aetna Medicare, consulte la sección **Tarjeta de beneficios adicionales de Aetna Medicare** en el Capítulo 4. | |
| **Servicios de hospitalización parcial y servicios intensivos para pacientes externos**<br>La *hospitalización parcial* es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo, suministrado como un servicio hospitalario para pacientes externos o en un centro comunitario de salud mental, que es más intenso que la atención obtenida en el consultorio de su médico, terapeuta, terapeuta matrimonial y familiar autorizado (LMFT) o asesor profesional autorizado y es una alternativa a la hospitalización como paciente internado.<br><br>El *servicio intensivo para pacientes externos* es un programa estructurado de tratamiento activo de terapia de salud conductual (mental) suministrado en un departamento para pacientes externos de un hospital, un centro comunitario de salud mental, un centro de salud con calificación federal o una clínica de salud rural, que es más intenso que la atención obtenida en el consultorio de su médico, terapeuta, terapeuta matrimonial y familiar autorizado (LMFT) o asesor profesional autorizado, pero menos intenso que la hospitalización parcial.<br><br>**Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.** | No se requiere coseguro, copago ni deducible para los servicios de hospitalización parcial cubiertos por Medicare.<br><br>No se requiere coseguro, copago ni deducible para cada consulta intensiva para pacientes externos cubierta por Medicare. |

| Servicios cubiertos | Lo que usted paga |
|---|---|
| **Servicios médicos o profesionales, incluidas las visitas al consultorio del médico**<br>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:<br>• Servicios quirúrgicos o de atención médica médicamente necesarios llevados a cabo en un consultorio médico, centro quirúrgico ambulatorio certificado, departamento para pacientes externos de un hospital o cualquier otra ubicación.<br>• Consultas, diagnóstico y tratamiento a cargo de un especialista.<br>• Exámenes auditivos y relacionados con el equilibrio básicos realizados por su PCP o especialista, si el médico así lo indica para determinar si usted necesita tratamiento médico.<br>• Determinados servicios de telesalud, siempre y cuando su proveedor pueda ofrecer estos servicios a través de la telesalud, incluidos los siguientes:<br>◦ Servicios de proveedores de atención primaria<br>◦ Servicios con médicos especialistas<br>◦ Servicios de capacitación para el autocontrol de la diabetes<br>◦ Servicios educativos sobre enfermedad renal<br>◦ Servicios de salud mental (sesiones individuales)<br>◦ Servicios de salud mental (sesiones grupales)<br>◦ Servicios de terapia ocupacional<br>◦ Servicios de tratamiento por opioides<br>◦ Servicios para trastornos por consumo de sustancias para pacientes externos (sesiones individuales).<br>◦ Servicios para trastornos por consumo de sustancias para pacientes externos (sesiones grupales).<br>◦ Servicios de fisioterapia y terapia del habla.<br>◦ Servicios psiquiátricos (sesiones individuales)<br>◦ Servicios psiquiátricos (sesiones grupales)<br>◦ Servicios de urgencia<br>• Esta cobertura es complementaria a los servicios de telesalud que se describen a continuación. Para obtener más información sobre su cobertura adicional de telesalud, revise su Cobertura de telesalud de Aetna Medicare en **AetnaMedicare.com/Telehealth**<br>◦ Tiene la opción de recibir estos servicios mediante una consulta presencial o por telesalud. Si decide recibir uno de estos servicios mediante telesalud, debe recurrir a un proveedor de la red que ofrezca los servicios por este medio. No todos los proveedores ofrecen servicios de telesalud. | No se requiere coseguro, copago ni deducible para los servicios brindados por médicos/profesionales cubiertos por Medicare (incluidos los servicios de telesalud, los servicios profesionales de infusión en el hogar y los servicios de urgencia).<br><br>No se requiere coseguro, copago ni deducible para determinados servicios de telesalud adicionales. |
| *Este beneficio continúa en la siguiente página.* | |

| Servicios cubiertos | Lo que usted paga |
|---|---|
| **Servicios médicos o profesionales, incluidas las visitas al consultorio del médico** *(continuación)* | |
| ◦ Debe comunicarse con su médico para obtener información sobre qué servicios de telesalud ofrece y cómo programar una consulta de telesalud. Según la ubicación, usted también tiene la opción de programar una visita de telemedicina durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana mediante Teladoc, las consultas por video de MinuteClinic® u otro proveedor que ofrezca servicios de telemedicina que estén cubiertos por su plan. Puede acceder a Teladoc en **Teladoc.com/Aetna** o llamando al 1-855-TELADOC (**1-855-835-2362**) (**TTY:** **711**). Puede averiguar si las consultas por video de MinuteClinic® están disponibles en su área en **CVS.com/MinuteClinic/virtual-care/videovisit**.<br>• Algunos servicios de telesalud, incluidos la consulta, el diagnóstico y el tratamiento por parte de un médico o profesional de la salud para pacientes en ciertas áreas rurales y otros lugares aprobados por Medicare.<br>• Servicios de telesalud para visitas mensuales relacionadas con una enfermedad renal terminal para miembros que requieren diálisis en el hogar en un centro de diálisis renal en un hospital o en un hospital de acceso crítico, en un centro de diálisis renal o en el hogar del miembro<br>• Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar síntomas de un accidente cerebrovascular, independientemente de la ubicación.<br>• Servicios de telesalud para los miembros con un trastorno por consumo de sustancias o un trastorno de salud mental concurrente, independientemente de la ubicación.<br>• Servicios de telesalud para el diagnóstico, evaluación y tratamiento de trastornos de salud mental<br>• Servicios de telesalud para consultas de salud mental brindadas por clínicas de salud rurales y centros de salud calificados a nivel federal<br>• Controles virtuales (por ejemplo, por teléfono o videollamada) con su médico durante 5 a 10 minutos **si se cumple lo siguiente**:<br>◦ Usted no es un paciente nuevo **y**<br>◦ El control no está relacionado con una visita al consultorio en los últimos 7 días **y**<br>◦ El control no requiere una visita al consultorio dentro de las 24 horas o en la cita disponible lo antes posible. | |
| *Este beneficio continúa en la siguiente página.* | |

| Servicios cubiertos | Lo que usted paga |
|---|---|
| **Servicios médicos o profesionales, incluidas las visitas al consultorio del médico** *(continuación)* | |
| • Evaluación del video o las imágenes que envía a su médico y la interpretación y el seguimiento por parte de su médico dentro de las 24 horas **en caso de que ocurra lo siguiente**:<br>◦ Usted no es un paciente nuevo **y**<br>◦ La evaluación no está relacionada con una visita al consultorio en los últimos 7 días **y**<br>◦ La evaluación no requiere una visita al consultorio dentro de las 24 horas o en la cita disponible lo antes posible.<br>• Consulta que su médico tiene con otros médicos por teléfono, Internet o historia clínica electrónica.<br>• Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de la cirugía.<br><br>**Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.** | |
| **Servicios de podiatría**<br>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:<br>• Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (por ejemplo, dedo en martillo o espolones calcáneos).<br>• Atención de rutina de los pies para los miembros que padecen determinadas afecciones médicas que comprometen las extremidades inferiores.<br><br>Además de los beneficios cubiertos por Medicare, también ofrecemos lo siguiente:<br>• Servicios de podiatría adicionales (no cubiertos por Medicare): Hasta seis consultas por año | No se requieren coseguro, copago ni deducible para los servicios de podiatría cubiertos por Medicare.<br>Coseguro del 0% por cada consulta adicional de podiatría no cubierta por Medicare. |
| **Profilaxis preexposición (PrEP) para la prevención del VIH**<br>Si usted no tiene el VIH, pero su médico u otro profesional de la salud determinan que tiene un mayor riesgo de contraer VIH, cubrimos los medicamentos para la profilaxis preexposición (PrEP) y los servicios relacionados.<br><br>Si califica, los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:<br>• Medicamentos de PrEP orales o inyectables aprobados por la FDA, incluido el costo por inyectar el medicamento, si corresponde. | No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio de la PrEP. |
| *Este beneficio continúa en la siguiente página.* | |

| Servicios cubiertos | Lo que usted paga |
|---|---|
| **Profilaxis preexposición (PrEP) para la prevención del VIH** *(continuación)* | |
| • Hasta 8 sesiones de asesoramiento individual (incluida la evaluación del riesgo del VIH, la reducción del riesgo del VIH y la adherencia a la medicación) cada 12 meses.<br>• Hasta 8 pruebas de detección del VIH cada 12 meses.<br>• Una prueba de detección del virus de la hepatitis B por única vez. | |
| **Pruebas de detección de cáncer de próstata**<br>Para los hombres de 50 años o más, los servicios cubiertos incluyen los siguientes una vez cada 12 meses:<br>• Tacto rectal<br>• Análisis del antígeno prostático específico (PSA) | No se requieren coseguro, copago ni deducible para los exámenes de tacto rectal cubiertos.<br><br>No se requiere coseguro, copago ni deducible para un análisis del PSA anual. |
| **Dispositivos protésicos y ortésicos y suministros relacionados**<br>Dispositivos (no dentales) que reemplazan una función o parte del cuerpo parcial o totalmente. Estos incluyen, entre otros, la prueba o colocación de dispositivos protésicos y ortésicos o la capacitación sobre su uso; bolsas de colostomía y productos directamente relacionados con el cuidado de la colostomía, marcapasos, férulas, zapatos protésicos, miembros artificiales y prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico para después de una mastectomía). Se incluyen determinados suministros relacionados con dispositivos protésicos y ortésicos, así como la reparación o sustitución de estos dispositivos. Además, también se proporciona cierto grado de cobertura después de la extracción de cataratas o de una cirugía de cataratas (para obtener más detalles, consulte *Atención de la vista* más adelante en esta tabla).<br><br>**Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.** | No se requiere coseguro, copago ni deducible para los dispositivos protésicos y ortésicos y suministros relacionados cubiertos por Medicare. |
| **Servicios de rehabilitación pulmonar**<br>Los programas integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para miembros que padecen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD) de moderada a grave y tienen una orden del médico que atiende su enfermedad respiratoria crónica para comenzar una terapia de rehabilitación pulmonar. | No se requiere coseguro, copago ni deducible para los servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare. |
| **Pruebas de detección y asesoramiento para reducir el consumo excesivo de alcohol**<br>Cubrimos una prueba de detección de consumo excesivo de alcohol para adultos (incluidas mujeres embarazadas) que | No se requiere coseguro, copago ni deducible para beneficios preventivos para pruebas de detección y asesoramiento para reducir el consumo excesivo de alcohol cubiertos por |
| *Este beneficio continúa en la siguiente página.* | |

| Servicios cubiertos | Lo que usted paga |
|---|---|
| **Pruebas de detección y asesoramiento para reducir el consumo excesivo de alcohol** *(continuación)* | |
| abusan del alcohol pero que no son dependientes.<br><br>Si el resultado de la prueba de detección de consumo excesivo de alcohol es positivo, usted puede obtener hasta 4 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. | Medicare. |
| **Prueba de detección de infección por el virus de la hepatitis C**<br>Cubrimos una prueba de detección de hepatitis C si su médico de atención primaria u otro proveedor de atención médica calificado solicita una y usted cumple una de estas condiciones:<br><br>• Está en alto riesgo porque usa o ha usado drogas ilícitas para inyectarse.<br>• Recibió una transfusión de sangre antes de 1992.<br>• Nació entre 1945 y 1965.<br><br>Si nació entre 1945 y 1965 y no se considera de alto riesgo, pagamos una prueba de detección una vez. Si corre un alto riesgo (por ejemplo, ha seguido consumiendo drogas inyectables ilícitas desde que su anterior prueba de detección de hepatitis C dio negativo), cubrimos pruebas de detección anuales. | No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección del virus de la hepatitis C cubiertas por Medicare. |
| **Prueba de detección de cáncer de pulmón con tomografía computada de dosis baja (LDCT)**<br>Para las personas calificadas, se cubre una LDCT cada 12 meses.<br><br>**Los miembros elegibles son los siguientes:** Personas de entre 50 y 77 años que no tienen signos ni síntomas de cáncer de pulmón, pero que tienen antecedentes de tabaquismo de al menos 20 paquetes por año y que fuman actualmente, que han dejado de fumar en el plazo de los últimos 15 años, que reciben una orden para una LDCT durante una consulta de asesoramiento y toma de decisiones compartida sobre la detección de cáncer de pulmón que cumple con los criterios de Medicare para dichas consultas y que fue realizada por un médico o profesional no médico calificado.<br><br>*Para poder realizarse una prueba de detección de cáncer de pulmón con una LDCT después de una prueba de detección inicial con una LDCT*: El miembro debe recibir una orden para | 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. |
| *Este beneficio continúa en la siguiente página.* | |

| Servicios cubiertos | Lo que usted paga |
|---|---|
| **Prueba de detección de cáncer de pulmón con tomografía computada de dosis baja (LDCT)** *(continuación)* | |
| 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 el médico o profesional no médico calificado decide ofrecer una consulta de asesoramiento y toma de decisión compartida sobre la detección de cáncer de pulmón para futuras pruebas de detección de cáncer de pulmón mediante una LDCT, la consulta debe cumplir con los criterios de Medicare para dichas consultas. | |
| **Prueba de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y asesoramiento para prevenirlas**<br>Cubrimos las 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 algunos momentos durante el embarazo.<br><br>También cubrimos hasta 2 sesiones individuales, presenciales, de alta intensidad de asesoramiento conductual de 20 a 30 minutos por año, para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de infecciones por ETS. Solo cubrimos 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 el consultorio de un médico. | No se requiere coseguro, copago ni deducible para beneficios preventivos para pruebas de detección de ETS y asesoramiento para prevenirlas cubiertos por Medicare. |
| **Servicios para tratar enfermedades renales**<br>Los servicios de diálisis y enfermedades renales incluyen los siguientes:<br><br>• Servicios educativos sobre la enfermedad renal para enseñar sobre el cuidado del riñón y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas sobre su cuidado. En el caso de los miembros con enfermedad renal crónica en la etapa IV, cuando son remitidos por su médico, cubrimos hasta 6 sesiones de servicios educativos sobre la enfermedad renal de por vida.<br>• Tratamientos de diálisis para pacientes externos (incluso tratamientos de diálisis cuando está temporalmente fuera del área de servicio, como se explica en el Capítulo 3 o cuando su proveedor para este servicio no está disponible o no es posible comunicarse con él temporalmente). | No se requiere coseguro, copago ni deducible para los servicios para tratar afecciones y enfermedades renales cubiertos por Medicare.<br><br>No se requiere coseguro, copago ni deducible por diálisis para pacientes externos, preparación para autodiálisis, algunos servicios de apoyo domiciliario, y equipos y suministros para diálisis en su hogar cubiertos por Medicare.<br><br>No se requiere coseguro, copago ni deducible para la atención hospitalaria para pacientes internados cubierta. |
| *Este beneficio continúa en la siguiente página.* | |

| Servicios cubiertos | Lo que usted paga |
|---|---|
| **Servicios para tratar enfermedades renales** *(continuación)* | |
| • Tratamientos de diálisis para pacientes internados si se lo ingresa al hospital como paciente internado para recibir atención especial.<br>• Preparación para autodiálisis (incluye su preparación y la de cualquier otra persona que le ayude con los tratamientos de diálisis en su hogar).<br>• Equipos y suministros para diálisis en su hogar.<br>• Determinados servicios de apoyo a domicilio (por ejemplo, cuando sea necesario, recibir visitas por parte de trabajadores capacitados y especializados en diálisis para verificar cómo va con la diálisis en su hogar, para ayudar en casos de emergencia y para revisar su equipo para diálisis y el suministro de agua).<br><br>Determinados medicamentos para diálisis están cubiertos según la Parte B de Medicare. Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte B, consulte la sección **Medicamentos de la Parte B de Medicare**.<br><br>**Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.** | Si obtiene autorización para recibir atención para pacientes internados en un hospital fuera de la red una vez que se ha estabilizado la afección que causó la emergencia, el costo que le corresponde pagar es el costo compartido que debería pagar en un hospital de la red. |
| **Cuidado en un centro de atención de enfermería especializada (SNF)**<br>(Para obtener una definición de cuidado en un centro de atención de enfermería especializada, consulte el Capítulo 12. Los centros de atención de enfermería especializada suelen denominarse SNF).<br><br>Días cubiertos: Hasta 100 días por período de beneficios. No se requiere hospitalización previa. Cubriremos la hospitalización únicamente si cumple determinadas pautas de Medicare y si su hospitalización es médicamente necesaria.<br><br>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:<br><br>• Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario).<br>• Comidas, incluidas dietas especiales.<br>• Servicios de enfermería especializada.<br>• Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla.<br>• Medicamentos administrados como parte de nuestro plan de atención (esto incluye sustancias naturalmente presentes en el organismo, como los factores de la coagulación de la sangre). | No se requiere coseguro, copago ni deducible para el cuidado en un centro de atención de enfermería especializada (SNF) cubierta por Medicare.<br><br>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 se lo ingresa al hospital o al centro 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 que puede tener. |
| *Este beneficio continúa en la siguiente página.* | |

| Servicios cubiertos | Lo que usted paga |
|---|---|
| **Cuidado en un centro de atención de enfermería especializada (SNF)** *(continuación)* | |
| • Sangre: Se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y de concentrado de glóbulos rojos comienza a partir de la primera pinta de sangre que usted necesite. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta de sangre.<br>• Suministros médicos y quirúrgicos que habitualmente proveen los SNF.<br>• Análisis de laboratorio que habitualmente se realizan en los SNF.<br>• Radiografías y otros servicios de radiología que habitualmente se realizan en los SNF.<br>• Uso de aparatos, como sillas de ruedas, que habitualmente proveen los SNF.<br>• Servicios médicos o profesionales.<br><br>Generalmente, la atención en los SNF la obtendrá en los centros de la red. En determinadas condiciones que se detallan más abajo, es posible que deba pagar los costos compartidos dentro de la red para un centro que no sea un proveedor de la red, si dicho centro acepta los montos de pago de nuestro plan.<br><br>• Un hogar 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).<br>• Un SNF donde su cónyuge o pareja doméstica esté viviendo en el momento en que usted recibe el alta del hospital.<br><br>**Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.** | |
| **Servicios para dejar de fumar y consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco)**<br>El asesoramiento para dejar de fumar y consumir tabaco está cubierto para pacientes externos y hospitalizados que cumplan los siguientes criterios:<br><br>• Consumen tabaco, independientemente de si tienen signos o síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco<br>• Son competentes y están alerta durante el asesoramiento. | No se requiere coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos para dejar de fumar y consumir tabaco cubiertos por Medicare.<br><br>Copago de $0 por cada consulta adicional para dejar de fumar y consumir tabaco no cubierta por Medicare. |
| *Este beneficio continúa en la siguiente página.* | |

| Servicios cubiertos | Lo que usted paga |
|---|---|
| **Servicios para dejar de fumar y consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco)** *(continuación)* | |
| • Un médico calificado u otro profesional reconocido por Medicare ofrece asesoramiento<br><br>Cubrimos 2 intentos de abandono del tabaco por año (cada intento puede incluir un máximo de 4 sesiones intermedias o intensivas, y el paciente puede recibir hasta 8 sesiones por año).<br><br>Además de los beneficios cubiertos por Medicare, también ofrecemos lo siguiente:<br><br>• Sesiones adicionales de asesoramiento individuales y grupales, presenciales, intermedias e intensivas (no cubiertas por Medicare): Consultas ilimitadas todos los años. | |
| **Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas**<br>Puede ser elegible para recibir beneficios adicionales. Consulte la **Tabla de beneficios complementarios especiales** que figura a continuación de la Tabla de beneficios médicos para obtener información sobre los beneficios y las calificaciones para elegibilidad. | Consulte la **Tabla de beneficios complementarios especiales** para obtener más información. |
| **Tratamiento de ejercicios supervisados (SET)**<br>El SET está cubierto para miembros que tienen enfermedad arterial periférica (PAD) sintomática.<br><br>La cobertura cubre hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas, siempre y cuando se cumplan los requisitos del programa de SET.<br><br>El programa de SET debe tener las siguientes características:<br><br>• Incluir sesiones de entre 30 y 60 minutos, compuestas por un programa de entrenamiento con ejercicios terapéuticos para PAD en pacientes con claudicación.<br>• Proporcionarse en un entorno hospitalario para pacientes externos o en el consultorio médico.<br>• Ser brindado por personal auxiliar calificado necesario para garantizar que los beneficios superen los daños y capacitado en tratamiento de ejercicios para la PAD.<br>• Realizarse bajo la supervisión directa de un médico, auxiliar médico (PA) o profesional en enfermería (NP) o especialista en enfermería clínica (CNS) capacitado tanto en técnicas de reanimación básicas como | No se requiere coseguro, copago ni deducible para el tratamiento de ejercicios supervisados (SET) cubierto por Medicare. |
| *Este beneficio continúa en la siguiente página.* | |

| Servicios cubiertos | Lo que usted paga |
|---|---|
| **Tratamiento de ejercicios supervisados (SET)** *(continuación)* | |
| avanzadas.<br><br>El programa de SET puede cubrirse en 36 sesiones, durante 12 semanas, con la oportunidad de extender el tratamiento por 36 sesiones adicionales durante un período prolongado si el proveedor de atención médica considera que es médicamente necesario. | |
| **Servicios de transporte (para casos que no sean de emergencia)**<br>Consulte su Manual para miembros de Medicaid para obtener información adicional sobre los beneficios. | No se requieren coseguro, copago ni deducible. |
| **Servicios de urgencia**<br>Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata y no representa una emergencia, sino un servicio de urgencia, ya sea que se encuentre temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan, o, incluso si está dentro del área de servicio de nuestro plan, sea poco razonable que, dados sus horarios, lugar y circunstancias, obtenga este servicio de proveedores de la red con los que el plan tiene contrato. Nuestro plan debe cubrir los servicios de urgencia y solo cobrarle el costo compartido dentro de la red. Algunos ejemplos de servicios de urgencia son enfermedades y lesiones médicas imprevistas o exacerbaciones inesperadas de afecciones existentes. Sin embargo, las consultas de rutina médicamente necesarias con proveedores, como los exámenes anuales, no se consideran de urgencia incluso si usted se encuentra fuera del área de servicio del plan o si la red del plan no está disponible temporalmente.<br><br>Además de los beneficios cubiertos por Medicare, ofrecemos lo siguiente:<br><br>• Atención de urgencia (en todo el mundo)<br><br>Beneficio máximo anual de $250,000 para atención de emergencia, atención de urgencia y servicios de ambulancia de emergencia en todo el mundo.<br><br>Es posible que deba pagarle al proveedor en el momento de la prestación del servicio y enviar una solicitud de reembolso. Se le reembolsará hasta alcanzar el monto máximo anual de beneficios menos cualquier copago o costo compartido aplicable. | No se requiere coseguro, copago ni deducible para los servicios de urgencia en los Estados Unidos.<br><br>No se requiere coseguro, copago ni deducible para cada consulta de atención de urgencia en todo el mundo (es decir, fuera de los Estados Unidos). |

| Servicios cubiertos | Lo que usted paga |
|---|---|
| **Atención de la vista**<br>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:<br>• 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.<br>• Para las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma, cubrimos una prueba de detección de glaucoma cada año. Las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma son: 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.<br>• Para las personas con diabetes, se cubre una prueba de detección de retinopatía diabética por año.<br>• 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.<br><br>Además de los beneficios cubiertos por Medicare, también ofrecemos lo siguiente:<br>• Examen de seguimiento de la vista relacionado con la diabetes<br><br>Consulte su Manual para miembros de Medicaid para obtener información adicional sobre los beneficios. | No se requieren coseguro, copago ni deducible para los exámenes de la vista, las pruebas de detección de glaucoma o anteojos después de una cirugía de cataratas cubiertos por Medicare.<br><br>Copago de $0 por el examen inicial de la vista relacionado con la diabetes cubierto por Medicare.<br><br>Copago de $0 por cada examen de seguimiento de la vista relacionado con la diabetes. |
| **Consulta preventiva Bienvenido a Medicare**<br>Nuestro 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 remisiones a otro tipo de atención si fuera necesario.<br><br>**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, informe al consultorio del médico que desea programar su consulta preventiva Bienvenido a Medicare. | No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta preventiva Bienvenido a Medicare.<br><br>No se requiere coseguro, copago ni deducible para el electrocardiograma (EKG) cubierto por Medicare posterior a la consulta preventiva Bienvenido a Medicare. |

| Servicios cubiertos | Lo que usted paga |
|---|---|
| **Pelucas debido a la pérdida de cabello relacionada con la quimioterapia**<br>Obtiene un monto de beneficios (asignación) de $400 cada año para pelucas cubiertas necesarias para la pérdida del cabello debido a la quimioterapia. Para obtener ayuda para comprar una peluca, llame al número de teléfono que figura en su tarjeta de identificación de miembro para hablar con el Departamento de Servicios para Miembros o con su administrador de atención. | No se requieren coseguros, copagos ni deducibles para obtener las pelucas por la pérdida de cabello, producto de la quimioterapia. |

**Tabla de beneficios complementarios especiales**

Los miembros inscritos en este plan pueden calificar para recibir beneficios adicionales. La siguiente tabla describe las calificaciones para elegibilidad y los beneficios que pueden estar disponibles.

**Billetera de apoyo adicional**

**Calificaciones para elegibilidad:**
Si se le diagnostica una o más de las afecciones crónicas indicadas a continuación y cumple con todos los demás criterios, puede ser elegible para recibir beneficios adicionales en virtud de nuestro plan a fin de ayudar a controlar su salud y bienestar generales.

1. Le deben diagnosticar una o más de las afecciones crónicas calificadas que se enumeran a continuación.‡
2. Tiene un alto riesgo de hospitalización u otros resultados adversos para la salud.
3. Requiere coordinación de cuidados intensivos.

‡Afecciones crónicas que califican:

- Anemia
- Los trastornos autoinmunitarios se limitan a los siguientes:
  - Dermatomiositis
  - Panarteritis nodosa
  - Polimialgia reumática
  - Polimiositis
  - Psoriasis
  - Artritis psoriásica
  - Artritis reumatoidea
  - Esclerodermia
  - Lupus eritematoso sistémico
- Cáncer
- Los trastornos cardiovasculares se limitan a los siguientes:
  - Arritmias cardíacas
  - Arteriopatía coronaria
  - Enfermedad vascular periférica
  - Enfermedad cardíaca valvular
- Trastorno crónico por consumo de alcohol y otros trastornos por consumo de sustancias (SUDS)
- Las afecciones de salud mental crónicas e incapacitantes se limitan a las siguientes:
  - Trastornos de ansiedad
  - Trastornos bipolares
  - Trastornos alimentarios
  - Trastornos depresivos graves
  - Trastorno paranoide
  - Trastorno por estrés postraumático (PTSD)
  - Esquizofrenia
  - Trastorno esquizoafectivo
- Afecciones crónicas que afectan la vista, la audición (sordera), el gusto, el tacto y el olfato

*Esto continúa en la página siguiente*

**Tabla de beneficios complementarios especiales**

**Calificaciones para elegibilidad** (continuación)

- La enfermedad gastrointestinal crónica se limita a lo siguiente:
  - Enfermedad hepática crónica
  - Hepatitis B
  - Hepatitis C
  - Síndrome del intestino irritable
  - Enfermedad inflamatoria intestinal
  - Enfermedad del hígado graso no alcohólico (NAFLD)
  - Pancreatitis
- Insuficiencia cardíaca crónica
- Hiperlipidemia crónica
- Hipertensión crónica
- La enfermedad renal crónica (CKD) se limita a lo siguiente:
  - CKD que no requiere diálisis
  - CKD que requiere diálisis/enfermedad renal terminal (ESRD)
- Los trastornos pulmonares crónicos se limitan a los siguientes:
  - Asma
  - Bronquitis crónica
  - Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD)
  - Fibrosis quística
  - Enfisema
  - Fibrosis pulmonar
  - Hipertensión pulmonar
- Dolor crónico
- Las afecciones asociadas con la discapacidad cognitiva se limitan a lo siguiente:
  - Enfermedad de Alzheimer
  - Enfermedad mental incapacitante asociada con discapacidades cognitivas
  - Discapacidades intelectuales y del desarrollo
  - Discapacidad cognitiva leve
  - Lesiones cerebrales traumáticas
- Afecciones que requieren servicios de tratamiento continuo para que las personas mantengan o conserven el funcionamiento
- Afecciones con desafíos funcionales y que requieren servicios similares, incluidas las siguientes:
  - Artritis
  - Pérdida de extremidades
  - Parálisis
  - Lesiones de la médula espinal
  - Accidente cerebrovascular
- Demencia
- Diabetes mellitus
- VIH/SIDA
- Inmunodeficiencias y trastornos inmunosupresores

*Esto continúa en la página siguiente*

**Tabla de beneficios complementarios especiales**

**Calificaciones para elegibilidad** (continuación)

- Los trastornos neurológicos se limitan a los siguientes:
  - Esclerosis lateral amiotrófica (ALS)
  - Síndrome de fatiga crónica
  - Epilepsia
  - Parálisis extendida (es decir, hemiplejia, cuadriplejia, paraplejia, monoplejia)
  - Fibromialgia
  - Enfermedad de Huntington
  - Esclerosis múltiple (MS)
  - Enfermedad de Parkinson
  - Polineuropatía
  - Lesiones de la médula espinal
  - Estenosis espinal
  - Déficit neurológico relacionado con accidente cerebrovascular
- Sobrepeso, obesidad y síndrome metabólico
- Atención posterior al trasplante de órganos
- Los trastornos hematológicos graves se limitan a los siguientes:
  - Anemia aplásica
  - Trastorno tromboembólico venoso crónico
  - Hemofilia
  - Púrpura trombocitopénica inmunitaria
  - Síndrome mielodisplásico
  - Anemia drepanocítica (excepto el rasgo falciforme)
- Accidente cerebrovascular

La elegibilidad se determinará en función de sus reclamaciones médicas y farmacéuticas, y otra información clínica. Esta información debe respaldar una expectativa razonable de que el beneficio ayudará a mantener o mejorar su salud o función general.

También puede pedirle a su proveedor que envíe una declaración jurada firmada que confirme que cumple con todas las calificaciones para elegibilidad. Si necesita un formulario de certificación de proveedores, llame al número del Departamento de Servicios para Miembros que figura en su tarjeta de identificación de miembro.

Puede comunicarse con su administrador de atención al **1-855-463-0933** (**TTY:** 711) de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., de lunes a viernes; esta persona lo ayudará a determinar su elegibilidad.

La inscripción en el plan no garantiza la elegibilidad. Después de que cumpla las calificaciones para elegibilidad mencionadas anteriormente, recibirá beneficios complementarios especiales. Sin embargo, no recibirá beneficios durante ningún período de tiempo antes de que se determine su elegibilidad. Si tiene preguntas sobre las calificaciones para elegibilidad para recibir este beneficio, visite **aet.na/VAQualify**.

| Beneficios | Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios |
|---|---|
| **Billetera de apoyo adicional**<br>Si califica, el monto mensual de beneficios de $295 en la billetera de productos de venta libre (OTC) se cambiará a la billetera de apoyo adicional con categorías de gastos adicionales. Los miembros calificados pueden usar esta billetera para ayudar a pagar lo siguiente:<br>• Alimentos saludables, como carne, productos agrícolas, lácteos y más.<br>◦ Los alimentos saludables aprobados pueden comprarse en la tienda en comercios minoristas participantes autorizados y en línea en **CVS.com/Aetna**, a través de la aplicación CVS Flex Benefits™ y por teléfono al **1-844-428-8147** (**TTY:** 711).<br>◦ Algunos ejemplos de productos que no son elegibles son tabaco, alcohol, caramelos, refrescos y productos no alimenticios.<br>• Productos de salud y bienestar de venta libre (OTC) aprobados, incluidos los medicamentos para las alergias, analgésicos, suministros de primeros auxilios y más. Este beneficio incluye ciertas terapias de reemplazo de la nicotina.<br>◦ Los productos OTC aprobados pueden comprarse en la tienda en comercios minoristas participantes autorizados, incluidas las sucursales minoristas de CVS® (a excepción de las sucursales dentro de otras tiendas), y en línea en **CVS.com/Aetna**, a través de la aplicación CVS Flex Benefits y por teléfono al **1-844-428-8147** (**TTY:** 711).<br>• Servicios de transporte, incluidos gasolina en el surtidor, transporte público y determinados servicios de viajes compartidos.<br>◦ La gasolina debe comprarse en el surtidor deslizando la tarjeta y seleccionando el crédito como el tipo de pago.<br>◦ La tarjeta no puede utilizarse para comprar gasolina o productos en el interior de una tienda en la gasolinera.<br>◦ Las compras de combustible están sujetas a retenciones y los fondos pueden no estar disponibles mientras se procesa esa transacción.<br>◦ Para los servicios de viajes compartidos, como Uber y Lyft, deberá descargar la aplicación correspondiente y agregar la tarjeta de beneficios adicionales de Aetna Medicare como su tipo de pago.<br>• Servicios públicos, incluidos gas, electricidad, agua, cloacas, teléfono fijo y celular, y servicio de Internet.<br>◦ El proveedor de servicios públicos debe aceptar Visa® y ser un proveedor de servicios públicos reconocido. Los gastos de servicios públicos deben pagarse directamente al proveedor usando la tarjeta. **Nota:** No todos los proveedores de servicios públicos aceptan la | No se requieren coseguro, copago ni deducible para la billetera de apoyo adicional.<br><br>La billetera de apoyo adicional solo puede usarse en tiendas minoristas participantes autorizadas y en línea o por teléfono a través de CVS Flex Benefits. |
| *Este beneficio continúa en la siguiente página.* | |

| Beneficios | Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios |
|---|---|
| **Billetera de apoyo adicional** *(continuación)* | |
| tarjeta de beneficios adicionales.<br>• Productos de atención personal, incluidas toallas de papel, champú, jabón y más.<br>◦ Los productos de atención personal aprobados pueden comprarse en la tienda en comercios minoristas participantes, incluidas las sucursales minoristas de CVS® (a excepción de las sucursales dentro de otras tiendas), y en línea en **CVS.com/Aetna** por medio de la aplicación de CVS Flex Benefits o por teléfono al **1-844-428-8147** (**TTY:** **711**).<br><br>La elegibilidad para recibir esta billetera debe determinarse antes del día 15 del mes para recibir el monto de beneficios para ese mes. Si la elegibilidad se determina después del día 15 del mes, el monto de beneficios estará disponible el mes siguiente. De ahí en adelante para cada mes que sea elegible, el monto de beneficios estará disponible en la tarjeta de beneficios adicionales de Aetna Medicare el primer día de cada mes.<br><br>Asegúrese de usar el monto de beneficios completo todos los meses, ya que cualquier monto de beneficios no utilizado no se transferirá al mes siguiente ni al siguiente año del plan. No se harán excepciones para agregar fondos adicionales o sin usar a su tarjeta.<br><br>**Importante:** Aetna no es responsable de los cargos asociados con los pagos de servicios atrasados. Todos los productos y servicios están sujetos a impuestos (según el estado). El saldo de su tarjeta se utilizará para cubrir los impuestos. Si no hay fondos suficientes en su tarjeta para cubrir el costo total de su compra, incluidos los impuestos, será su responsabilidad cubrir la diferencia con otra forma de pago. Para obtener más información sobre la tarjeta de beneficios adicionales de Aetna Medicare, consulte la sección **Tarjeta de beneficios adicionales de Aetna Medicare** en el Capítulo 4. | |

## Programa de beneficios dentales de DentaQuest Enhanced Wrap VA para 2027

Nuestro plan se asoció con DentaQuest Dental para proporcionarle los beneficios dentales. Tenga en cuenta que algunos servicios requieren revisión clínica para obtener la autorización previa al tratamiento. Estos servicios se revisan clínicamente para determinar si se indican y son apropiados según las normas de la industria y si cumplen con las pautas y los criterios clínicos de DentaQuest. No se cubrirá ningún tratamiento que, según la opinión del director dental de DentaQuest, no sea necesario o que no cumpla los criterios del plan. Si se deniega la autorización previa, el servicio no estará cubierto y usted será responsable de todos los costos relacionados. Los procedimientos dentales por motivos cosméticos o estéticos no están cubiertos. La cobertura se encuentra limitada a los servicios mencionados en el Programa de beneficios. Si un servicio no está especificado en esa lista, quiere decir que no está incluido y no tiene cobertura. Para encontrar un proveedor de la red, puede llamar al Departamento de Servicios

para Miembros de DentaQuest al **1-800-516-2551** (**TTY:** **711**) o buscar en el directorio de proveedores de DentaQuest en línea en **https://www.dentaquest.com/en/find-a-dentist**. Se recomienda que trabaje con su dentista dentro de la red para comprobar la cobertura de los beneficios antes de obtener servicios dentales. Si elige usar un proveedor fuera de la red, los servicios que reciba no tendrán cobertura. Las limitaciones y exclusiones adicionales se detallan a continuación del Programa de beneficios.

**Beneficio máximo anual de $3,000**
**Deducible de $0**

| Código CDT | Descripción | Pagos de los miembros | Se requiere autorización previa | Frecuencia |
|---|---|---|---|---|
| D0160 | evaluación bucal detallada y exhaustiva (problema específico, según informe) | $0 | No | Dos por año calendario (D0160, D0180) |
| D0171 | reevaluación (consulta posoperatoria en el consultorio) | $0 | No | N/C |
| D0180 | evaluación periodontal integral (paciente nuevo o establecido) | $0 | No | Dos por año calendario (D0160, D0180) |
| D0190 | examen de un paciente | $0 | No | N/C |
| D0191 | evaluación de un paciente | $0 | No | N/C |
| D0273 | aleta de mordida (tres radiografías) | $0 | No | Un conjunto de D0270-D0274, D0277 o D0373 por año calendario |
| D0277 | aleta de mordida vertical (de 7 a 8 radiografías) | $0 | No | Un conjunto de D0270-D0274, D0277 o D0373 por año calendario |
| D0310 | sialografía | $0 | No | N/C |
| D0320 | artrografía de la articulación temporomandibular (con inyección) | $0 | No | N/C |
| D0321 | otras radiografías de la articulación temporomandibular (según informe) | $0 | No | N/C |
| D0322 | estudio tomográfico | $0 | No | N/C |
| D0340 | radiografía cefalométrica en 2D (adquisición, medición y análisis) | $0 | No | N/C |
| D0350 | imágenes bucales/faciales en 2D (obtenidas de forma intrabucal/extrabucal) | $0 | No | N/C |
| D0364 | captura e interpretación de tomografía computada (CT) de haz cónico (con campo limitado de visión más pequeño que una mandíbula completa) | $0 | No | N/C |

| Código CDT | Descripción | Pagos de los miembros | Se requiere autorización previa | Frecuencia |
|---|---|---|---|---|
| D0365 | captura e interpretación de CT de haz cónico, con campo de visión de un arco dental completo (la mandíbula) | $0 | No | N/C |
| D0366 | captura e interpretación de CT de haz cónico, con campo de visión de un arco dental completo (el maxilar superior), con o sin el cráneo | $0 | No | N/C |
| D0367 | captura e interpretación de CT de haz cónico (con campo de visión de ambas mandíbulas, con o sin el cráneo) | $0 | No | N/C |
| D0368 | captura e interpretación de CT de haz cónico (para serie de TMJ, incluidas dos o más exposiciones) | $0 | No | N/C |
| D0369 | captura e interpretación de resonancia magnética (MRI) maxilofacial | $0 | No | N/C |
| D0370 | ecografía maxilofacial (captura e interpretación) | $0 | No | N/C |
| D0371 | sialoendoscopia (captura e interpretación) | $0 | No | N/C |
| D0380 | captura e interpretación de tomografía computada (CT) de haz cónico (con campo limitado de visión, más pequeño que una mandíbula completa) | $0 | No | N/C |
| D0381 | captura de CT de haz cónico, con campo de visión de un arco dental completo (la mandíbula) | $0 | No | N/C |
| D0382 | captura de CT de haz cónico, con campo de visión de un arco dental completo (el maxilar, con o sin el cráneo) | $0 | No | N/C |
| D0383 | captura de CT de haz cónico (con campo de visión de ambas mandíbulas, con o sin el cráneo) | $0 | No | N/C |
| D0384 | captura de CT de haz cónico (para serie de TMJ, incluidas dos o más exposiciones) | $0 | No | N/C |
| D0385 | captura de MRI maxilofacial | $0 | No | N/C |
| D0386 | captura de ecografía maxilofacial | $0 | No | N/C |
| D0387 | tomosíntesis intrabucal (serie integral de radiografías, solo captura) | $0 | No | N/C |
| D0388 | tomosíntesis intrabucal (radiografía de aleta de mordida, solo captura) | $0 | No | N/C |
| D0389 | tomosíntesis intrabucal (radiografía periapical, solo captura) | $0 | No | N/C |
| D0391 | interpretación de imagen de diagnóstico por parte de un profesional no relacionado con la captura de la imagen, más un informe | $0 | No | N/C |

| Código CDT | Descripción | Pagos de los miembros | Se requiere autorización previa | Frecuencia |
|---|---|---|---|---|
| D0393 | simulación de tratamiento virtual mediante escaneo de superficie o volumen de imágenes en 3D | $0 | No | N/C |
| D0394 | sustracción digital de dos o más imágenes o volúmenes de imagen de la misma modalidad | $0 | No | N/C |
| D0395 | fusión de dos o más volúmenes de imagen 3D de una o más modalidades | $0 | No | N/C |
| D0396 | impresión en 3D de un escaneo 3D de superficie dental | $0 | No | N/C |
| D0411 | prueba de hemoglobina glicosilada (HbA1c) realizada en un consultorio | $0 | No | N/C |
| D0412 | prueba de nivel de glucosa en sangre: En un consultorio con un medidor de glucosa | $0 | No | N/C |
| D0414 | procesamiento en laboratorio de muestras microbianas, que incluye estudios de cultivo y sensibilidad, y preparación y transmisión de informe escrito | $0 | No | N/C |
| D0415 | recolección de microorganismos para cultivo y sensibilidad | $0 | No | N/C |
| D0416 | cultivo viral | $0 | No | N/C |
| D0417 | recolección y preparación de muestra de saliva para análisis de laboratorio | $0 | No | N/C |
| D0418 | análisis de la muestra de saliva (laboratorio) | $0 | No | N/C |
| D0419 | evaluación del flujo salival por medición | $0 | No | N/C |
| D0422 | recolección y preparación de material de muestra genética para análisis de laboratorio e informe | $0 | No | N/C |
| D0423 | análisis de material de muestra genética para la susceptibilidad a enfermedades, laboratorio | $0 | No | N/C |
| D0425 | pruebas de susceptibilidad a caries | $0 | No | N/C |
| D0431 | prueba complementaria de prediagnóstico que ayuda a detectar anomalías de la mucosa, incluidas las lesiones malignas y premalignas, excepto los procedimientos de citología o biopsia | $0 | No | N/C |
| D0460 | pruebas de vitalidad pulpar | $0 | No | N/C |
| D0470 | moldes de diagnóstico | $0 | No | N/C |
| D0472 | toma de muestra de tejido, examen macroscópico, preparación y transmisión de informe escrito | $0 | No | N/C |

| Código CDT | Descripción | Pagos de los miembros | Se requiere autorización previa | Frecuencia |
|---|---|---|---|---|
| D0473 | toma de muestra de tejido, examen macroscópico y microscópico, preparación y transmisión de informe escrito | $0 | No | N/C |
| D0474 | toma de muestra de tejido, incluida la evaluación de los márgenes quirúrgicos para detectar la presencia de enfermedad, examen macroscópico y microscópico, preparación y transmisión de informe escrito | $0 | No | N/C |
| D0475 | procedimiento de descalcificación | $0 | No | N/C |
| D0476 | coloraciones especiales para microorganismos | $0 | No | N/C |
| D0477 | coloración especial (no para microorganismos) | $0 | No | N/C |
| D0478 | coloraciones para inmunohistoquímica | $0 | No | N/C |
| D0479 | hibridación in situ de tejidos (con interpretación) | $0 | No | N/C |
| D0480 | toma de muestras de secreciones citológicas exfoliativas, examen microscópico, preparación y transmisión de informe escrito | $0 | No | N/C |
| D0481 | microscopia electrónica | $0 | No | N/C |
| D0482 | inmunofluorescencia directa | $0 | No | N/C |
| D0483 | inmunofluorescencia indirecta | $0 | No | N/C |
| D0484 | consulta de láminas preparadas en otro sitio | $0 | No | N/C |
| D0485 | consultas, incluida la preparación de láminas a partir de material de biopsia suministrado por la fuente de remisión | $0 | No | N/C |
| D0486 | toma de muestra de laboratorio citológica transepitelial, examen microscópico, preparación y transmisión de informe escrito | $0 | No | N/C |
| D0502 | otros procedimientos patológicos bucales (según informe) | $0 | No | N/C |
| D0600 | procedimiento de diagnóstico no ionizante capaz de cuantificar, controlar y registrar los cambios en la estructura del esmalte, la dentina y el cemento | $0 | No | N/C |
| D0601 | evaluación y documentación de riesgo de caries, con un resultado de bajo riesgo | $0 | No | N/C |
| D0602 | evaluación y documentación de riesgo de caries, con un resultado de riesgo moderado | $0 | No | N/C |
| D0603 | evaluación y documentación de riesgo de caries, con un resultado de alto riesgo | $0 | No | N/C |

| Código CDT | Descripción | Pagos de los miembros | Se requiere autorización previa | Frecuencia |
|---|---|---|---|---|
| D0604 | análisis de antígenos para un patógeno relacionado con la salud pública, incluido el coronavirus | $0 | No | N/C |
| D0605 | análisis de antígenos para un patógeno relacionado con la salud pública, incluido el coronavirus | $0 | No | N/C |
| D0701 | solo captura de radiografía panorámica | $0 | No | N/C |
| D0702 | solo captura de radiografía cefalométrica en 2D | $0 | No | N/C |
| D0703 | imágenes bucales/faciales en 2D obtenidas de forma intrabucal o extrabucal (solo captura) | $0 | No | N/C |
| D0705 | extrabucal (radiografía dental posterior, solo captura) | $0 | No | N/C |
| D0706 | intrabucal (radiografía oclusal, solo captura) | $0 | No | N/C |
| D0707 | intrabucal (radiografía periapical, solo captura) | $0 | No | N/C |
| D0708 | intrabucal (radiografía de aleta de mordida, solo captura) | $0 | No | N/C |
| D0709 | intrabucal (serie integral de radiografías, solo captura) | $0 | No | N/C |
| D0801 | escaneo de superficie intrabucal en 3D (directo) | $0 | No | N/C |
| D0802 | escaneo de superficie dental en 3D (indirecto) | $0 | No | N/C |
| D0803 | escaneo de superficie facial en 3D (directo) | $0 | No | N/C |
| D0804 | escaneo de superficie facial en 3D (indirecto) | $0 | No | N/C |
| D1301 | asesoramiento sobre vacunas | $0 | No | N/C |
| D1310 | asesoramiento nutricional para el control de las enfermedades dentales | $0 | No | N/C |
| D1320 | asesoramiento sobre consumo de tabaco para el control y prevención de enfermedades bucales | $0 | No | N/C |
| D1321 | asesoramiento para el control y la prevención de efectos adversos para la salud bucal, conductual y sistémica asociados al consumo de sustancias de alto riesgo | $0 | No | N/C |
| D1330 | instrucciones sobre la higiene bucal | $0 | No | N/C |
| D1353 | reparación de sellador (por diente) | $0 | No | N/C |
| D1354 | aplicación de medicamento contra caries sin intervención quirúrgica (por diente) | $0 | No | |

| Código CDT | Descripción | Pagos de los miembros | Se requiere autorización previa | Frecuencia |
|---|---|---|---|---|
| D1355 | aplicación de medicamentos: Prevención primaria o remineralización sin intervención quirúrgica; por diente | $0 | No | N/C |
| D2410 | funda de oro (una superficie) | $0 | No | N/C |
| D2420 | funda de oro (dos superficies) | $0 | No | N/C |
| D2430 | funda de oro (tres superficies) | $0 | No | N/C |
| D2510 | incrustación metálica (una superficie) | $0 | No | Uno por diente por 5 años; Códigos D2510-D2664 |
| D2520 | incrustación (metálica, dos superficies) | $0 | No | |
| D2530 | incrustación (metálica, tres o más superficies) | $0 | No | |
| D2542 | recubrimiento metálico (dos superficies) | $0 | No | |
| D2543 | recubrimiento (metálico, tres superficies) | $0 | No | |
| D2544 | recubrimiento (metálico, cuatro o más superficies) | $0 | No | |
| D2610 | incrustación (porcelana/cerámica, una superficie) | $0 | No | |
| D2620 | incrustación (porcelana/cerámica, dos superficies) | $0 | No | |
| D2630 | incrustación (porcelana/cerámica, tres o más superficies) | $0 | No | |
| D2642 | recubrimiento (porcelana/cerámica, dos superficies) | $0 | No | |
| D2643 | recubrimiento (porcelana/cerámica, tres superficies) | $0 | No | |
| D2644 | recubrimiento (porcelana/cerámica, cuatro o más superficies) | $0 | No | |
| D2650 | incrustación (compuesto a base de resina, una superficie) | $0 | No | |
| D2651 | incrustación (compuesto a base de resina, dos superficies) | $0 | No | |
| D2652 | incrustación (compuesto a base de resina, tres o más superficies) | $0 | No | |
| D2662 | recubrimiento (compuesto a base de resina, dos superficies) | $0 | No | |
| D2663 | recubrimiento (compuesto a base de resina, tres superficies) | $0 | No | |
| D2664 | recubrimiento (compuesto a base de resina, cuatro o más superficies) | $0 | No | |
| D2710 | corona (compuesto a base de resina, indirecta) | $0 | No | |
| D2712 | corona, compuesto a base de ¾ de resina (indirecta) | $0 | No | |

| Código CDT | Descripción | Pagos de los miembros | Se requiere autorización previa | Frecuencia |
|---|---|---|---|---|
| D2720 | corona (resina con metal de alta nobleza) | $0 | No | Uno por diente por 5 años; Códigos D2710-D2722, D2753-D2783 |
| D2721 | corona (resina con metal base predominante) | $0 | No | |
| D2722 | corona (resina con metal noble) | $0 | No | |
| D2753 | corona (porcelana fundida sobre titanio y aleaciones de titanio) | $0 | No | Uno por diente por 5 años; Códigos D2710-D2722, D2753-D2783 |
| D2780 | corona (molde 3/4 de metal de alta nobleza) | $0 | No | |
| D2781 | corona (molde 3/4 de metal base predominante) | $0 | No | |
| D2782 | corona (molde 3/4 de metal noble) | $0 | No | |
| D2783 | corona (3/4 de porcelana/cerámica) | $0 | No | |
| D2799 | corona provisoria: Es necesario realizar un tratamiento adicional o completar el diagnóstico antes de la impresión final | $0 | No | N/C |
| D2910 | Recementado o refijación de incrustación, recubrimiento, laminado o restauración parcial de cobertura | $0 | No | Uno por diente por año calendario; Códigos D2910-D2915 |
| D2915 | recementado o refijación de perno y muñón prefabricados o fabricados indirectamente | $0 | No | |
| D2921 | reimplantación de fragmento de diente, borde incisal o cúspide | $0 | No | N/C |
| D2949 | base de restauración para una restauración indirecta | $0 | No | N/C |
| D2953 | cada perno adicional fabricado indirectamente (mismo diente) | $0 | No | Uno por diente cada cinco años |
| D2955 | extracción de perno | $0 | No | Uno por diente cada cinco años |
| D2956 | extracción de una restauración indirecta en un diente natural | $0 | No | N/C |
| D2957 | Cada perno adicional prefabricado (mismo diente) | $0 | No | Uno por diente cada cinco años |
| D2960 | revestimiento labial (laminado de resina) (directo) | $0 | No | Uno por diente cada cinco años; Códigos D2960-D5962 |
| D2961 | revestimiento labial (laminado de resina) (indirecto) | $0 | No | |
| D2962 | revestimiento labial (laminado de porcelana) (indirecto) | $0 | No | |
| D2971 | procedimientos adicionales para personalizar una corona para que quepa debajo de una estructura de dentadura postiza parcial existente | $0 | No | N/C |
| D2975 | funda | $0 | No | N/C |

| Código CDT | Descripción | Pagos de los miembros | Se requiere autorización previa | Frecuencia |
|---|---|---|---|---|
| D2976 | estabilización de bandas (por diente) | $0 | No | N/C |
| D2980 | Reparación de corona necesaria por falla del material de restauración | $0 | No | Uno por diente por año |
| D2981 | reparación de incrustación necesaria por falla del material de restauración | $0 | No | Uno por diente por año |
| D2982 | reparación de recubrimiento necesaria por falla del material de restauración | $0 | No | Uno por diente por año |
| D2983 | reparación de revestimiento necesaria por falla del material de restauración | $0 | No | Uno por diente por año |
| D2989 | excavación de un diente que resulta en la determinación de la no restaurabilidad | $0 | No | N/C |
| D2990 | infiltración de resina de lesiones incipientes de la superficie lisa | $0 | No | N/C |
| D3220 | pulpotomía terapéutica (sin restauración final) (extracción de pulpa coronal en la unión dentinocemental y aplicación de medicamentos) | $0 | No | N/C |
| D3222 | pulpotomía parcial para apexogénesis (diente permanente con desarrollo incompleto de la raíz) | $0 | No | N/C |
| D3331 | tratamiento por obstrucción del conducto: Acceso no quirúrgico | $0 | No | N/C |
| D3332 | tratamiento de endodoncia incompleto; diente sin posibilidad de operación, irrecuperable o fracturado | $0 | No | N/C |
| D3333 | reparación interna de la raíz por defectos de perforación | $0 | No | N/C |
| D3346 | repetición de tratamiento de conducto previo (anterior) | $0 | No | Uno por diente de por vida; Códigos D3346-D3348 |
| D3347 | repetición de tratamiento de conducto previo (premolar) | $0 | No | |
| D3348 | repetición de tratamiento de conducto previo (molar) | $0 | No | |
| D3351 | apexificación/recalcificación: Consulta inicial (cierre apical/reparación calcificada de perforaciones, reabsorción radicular, etc.) | $0 | No | N/C |
| D3352 | apexificación/recalcificación (reemplazo provisorio de medicamentos) | $0 | No | N/C |
| D3353 | apexificación/recalcificación: Consulta final (incluye tratamiento de conducto completo: Cierre apical/reparación de perforaciones por calcificación, reabsorción radicular, etc.) | $0 | No | N/C |
| D3355 | regeneración pulpar (consulta inicial) | $0 | No | N/C |

| Código CDT | Descripción | Pagos de los miembros | Se requiere autorización previa | Frecuencia |
|---|---|---|---|---|
| D3356 | regeneración pulpar (reemplazo provisional de medicamentos) | $0 | No | N/C |
| D3357 | regeneración pulpar (finalización de tratamiento) | $0 | No | N/C |
| D3410 | apicectomía (anterior) | $0 | No | N/C |
| D3421 | apicectomía (premolar, primera raíz) | $0 | No | N/C |
| D3425 | apicectomía (molar, primera raíz) | $0 | No | N/C |
| D3426 | apicectomía (cada raíz adicional) | $0 | No | N/C |
| D3428 | injerto óseo junto con cirugía perirradicular (por diente, un solo lugar) | $0 | No | N/C |
| D3429 | injerto óseo junto con cirugía perirradicular (cada diente contiguo adicional en el mismo lugar quirúrgico) | $0 | No | N/C |
| D3430 | empaste retrógrado (por raíz) | $0 | No | N/C |
| D3431 | materiales biológicos para ayudar con la regeneración de tejido óseo y blando junto con cirugía perirradicular | $0 | No | N/C |
| D3432 | regeneración guiada de tejido, barrera reabsorbible, por lugar junto con cirugía perirradicular | $0 | No | N/C |
| D3450 | amputación radicular (por raíz) | $0 | No | N/C |
| D3470 | reimplantación intencional (con entablillado necesario) | $0 | No | N/C |
| D3471 | reparación quirúrgica de reabsorción radicular (anterior) | $0 | No | N/C |
| D3472 | reparación quirúrgica de reabsorción radicular (premolar) | $0 | No | N/C |
| D3473 | reparación quirúrgica de reabsorción radicular (molar) | $0 | No | N/C |
| D3501 | exposición quirúrgica de superficie radicular sin apicectomía o reparación de reabsorción radicular (anterior) | $0 | No | N/C |
| D3502 | exposición quirúrgica de superficie radicular sin apicectomía o reparación de reabsorción radicular (premolar) | $0 | No | N/C |
| D3503 | exposición quirúrgica de superficie radicular sin apicectomía o reparación de reabsorción radicular (molar) | $0 | No | N/C |
| D3910 | procedimiento quirúrgico para aislar diente con dique de goma | $0 | No | N/C |
| D3920 | hemisección (incluida cualquier eliminación de raíces), no incluye tratamiento de conducto | $0 | No | N/C |

| Código CDT | Descripción | Pagos de los miembros | Se requiere autorización previa | Frecuencia |
|---|---|---|---|---|
| D3921 | decoronación o sumersión de un diente erupcionado | $0 | No | N/C |
| D3950 | preparación del canal y adaptación de perno o clavija preformados | $0 | No | N/C |
| D4212 | gingivectomía o gingivoplastia (para permitir acceso para procedimientos de restauración, por diente) | $0 | No | N/C |
| D4230 | exposición anatómica de la corona (cuatro o más dientes contiguos o espacios interdentales por cuadrante) | $0 | No | N/C |
| D4231 | exposición anatómica de la corona (uno a tres dientes o espacios interdentales por cuadrante) | $0 | No | N/C |
| D4240 | procedimiento de colgajo gingival, con pulido radicular incluido (cuatro o más dientes o espacios contiguos entre dientes, por cuadrante) | $0 | No | N/C |
| D4241 | procedimiento de colgajo gingival, incluido pulido radicular (uno a tres dientes contiguos o espacios interdentales por cuadrante) | $0 | No | N/C |
| D4245 | colgajo en posición apical | $0 | No | N/C |
| D4249 | alargamiento clínico de corona (tejido duro) | $0 | No | N/C |
| D4260 | cirugía ósea (incluida la elevación del colgajo de espesor completo y el cierre, cuatro o más dientes contiguos o espacios interdentales por cuadrante) | $0 | No | N/C |
| D4261 | cirugía ósea, incluida la elevación de un colgajo de espesor total y el cierre (uno a tres dientes contiguos o espacios interdentales por cuadrante) | $0 | No | N/C |
| D4263 | injerto para reemplazo óseo, diente natural retenido (primer lugar en el cuadrante) | $0 | No | N/C |
| D4264 | injerto para reemplazo óseo (diente natural retenido, cada lugar adicional en el cuadrante) | $0 | No | N/C |
| D4265 | materiales biológicos para ayudar con la regeneración de tejido óseo y blando (por lugar) | $0 | No | N/C |
| D4266 | regeneración guiada de tejido (dientes naturales, barrera reabsorbible, por lugar) | $0 | No | N/C |
| D4267 | regeneración guiada de tejido (dientes naturales, barrera no reabsorbible, por lugar) | $0 | No | N/C |

| Código CDT | Descripción | Pagos de los miembros | Se requiere autorización previa | Frecuencia |
|---|---|---|---|---|
| D4268 | procedimiento de revisión quirúrgica (por diente) | $0 | No | N/C |
| D4270 | procedimiento de injerto de tejido blando pediculado | $0 | No | N/C |
| D4273 | procedimiento de injerto de tejido conectivo autógeno (incluidos los lugares quirúrgicos de donante y receptor), primer diente, implante o lugar desdentado en el injerto | $0 | No | N/C |
| D4274 | procedimiento de cuña distal/mesial, único diente (cuando no se realiza junto con procedimientos quirúrgicos en la misma área anatómica) | $0 | No | N/C |
| D4275 | injerto de tejido conectivo no autógeno (incluido el lugar de receptor y el material del donante), primer diente, implante o lugar desdentado en el injerto | $0 | No | N/C |
| D4276 | injerto combinado de tejido conectivo y pedículo (por diente) | $0 | No | N/C |
| D4277 | procedimiento de injerto de tejido blando libre (incluidos los lugares quirúrgicos de receptor y donante), primer diente, implante o lugar desdentado en el injerto | $0 | No | N/C |
| D4278 | procedimiento de injerto de tejido blando libre (incluidos los lugares quirúrgicos de receptor y donante), cada diente contiguo adicional, implante o lugar desdentado en el mismo lugar del injerto | $0 | No | N/C |
| D4283 | procedimiento de injerto de tejido conectivo autógeno (incluidos los lugares quirúrgicos de receptor y donante), cada diente contiguo adicional, implante o lugar desdentado en el mismo lugar del injerto | $0 | No | N/C |
| D4285 | procedimiento de injerto de tejido conectivo no autógeno (incluido el lugar de receptor y el material del donante), cada diente contiguo adicional, implante o lugar desdentado en el mismo lugar del injerto | $0 | No | N/C |
| D4286 | extracción de barrera no reabsorbible | $0 | No | N/C |
| D4322 | entablillado (dentro de la corona; dientes naturales o coronas protésicas) | $0 | No | N/C |
| D4323 | entablillado (por fuera de la corona; dientes naturales o coronas protésicas) | $0 | No | N/C |
| D4324 | reparación de entablillado fijo (por fuera de la corona; dientes naturales o coronas protésicas) | $0 | No | N/C |

| Código CDT | Descripción | Pagos de los miembros | Se requiere autorización previa | Frecuencia |
|---|---|---|---|---|
| D4325 | reparación de entablillado fijo (por fuera de la corona; dientes naturales o coronas protésicas) | $0 | No | N/C |
| D4326 | extracción de entablillado fijo (dentro de la corona; dientes naturales o coronas protésicas); no incluye la reparación de los defectos resultantes | $0 | No | N/C |
| D4327 | extracción de entablillado arreglado (por fuera de la corona; dientes naturales o coronas protésicas) | $0 | No | N/C |
| D4381 | administración localizada de agentes antimicrobianos mediante la liberación controlada del vehículo en tejido crevicular enfermo (por diente) | $0 | No | N/C |
| D4920 | cambio de vendaje no programado (por otra persona que no sea el dentista que lo atiende o su personal) | $0 | No | N/C |
| D4921 | irrigación gingival con un agente medicinal (por cuadrante) | $0 | No | N/C |
| D5221 | dentadura postiza maxilar parcial inmediata: A base de resina (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes) | $0 | No | Uno por arco cada cinco años Códigos D5221-D5226, D5282-D5286 |
| D5222 | dentadura postiza mandibular parcial inmediata: A base de resina (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes) | $0 | No | |
| D5223 | dentadura postiza maxilar parcial inmediata: Estructura de metal con bases de resina (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes) | $0 | No | |
| D5224 | dentadura postiza mandibular parcial inmediata (estructura de metal con bases de resina, incluye materiales de retención/ ganchos, soportes y dientes) | $0 | No | |
| D5225 | dentadura postiza maxilar parcial: Base flexible (incluye materiales de retención/ ganchos, soportes y dientes) | $0 | No | |
| D5226 | dentadura postiza mandibular parcial (base flexible, incluye materiales de retención/ ganchos, soportes y dientes) | $0 | No | |
| D5227 | dentadura postiza maxilar parcial inmediata: Base flexible (incluye cualquier gancho, soporte y diente) | $0 | No | N/C |

| Código CDT | Descripción | Pagos de los miembros | Se requiere autorización previa | Frecuencia |
|---|---|---|---|---|
| D5228 | dentadura postiza mandibular parcial inmediata (base flexible, incluye cualquier gancho, soporte y diente) | $0 | No | N/C |
| D5282 | dentadura postiza parcial unilateral removible: Una pieza en molde de metal (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes), maxilar | $0 | No | Uno por arco cada cinco años Códigos D5221-D5226, D5282-D5286 |
| D5283 | dentadura postiza parcial unilateral extraíble (una pieza en molde de metal, incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes), mandibular | $0 | No | |
| D5284 | dentadura postiza parcial unilateral extraíble (base flexible de una pieza, incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes), por cuadrante | $0 | No | |
| D5286 | dentadura postiza parcial unilateral extraíble (resina de una pieza, incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes), por cuadrante | $0 | No | |
| D5410 | ajuste de la dentadura postiza completa (maxilar) | $0 | No | N/C |
| D5411 | Ajuste de la dentadura postiza completa (mandibular) | $0 | No | N/C |
| D5421 | Ajuste de la dentadura postiza parcial (maxilar) | $0 | No | N/C |
| D5422 | Ajuste de la dentadura postiza parcial (mandibular) | $0 | No | N/C |
| D5611 | reparación de dentadura postiza parcial con base de resina (mandibular) | $0 | No | N/C |
| D5612 | Reparación de dentadura postiza parcial con base de resina (maxilar) | $0 | No | N/C |
| D5621 | Reparación de molde de estructura parcial (mandibular) | $0 | No | N/C |
| D5622 | Reparación de molde de estructura parcial (maxilar) | $0 | No | N/C |
| D5630 | Reparación o reemplazo de materiales de retención/ganchos quebrados (por diente) | $0 | No | N/C |
| D5660 | Añadido de gancho a la dentadura postiza parcial existente (por diente) | $0 | No | N/C |
| D5670 | Reemplazo de todos los dientes y acrílico en estructura de molde de metal (maxilar) | $0 | No | N/C |
| D5671 | Reemplazo de todos los dientes y acrílico en estructura de molde de metal (mandibular) | $0 | No | N/C |

| Código CDT | Descripción | Pagos de los miembros | Se requiere autorización previa | Frecuencia |
|---|---|---|---|---|
| D5710 | Rebasado de dentadura postiza maxilar completa | $0 | No | N/C |
| D5711 | Rebasado de dentadura postiza mandibular completa | $0 | No | N/C |
| D5720 | Rebasado de dentadura postiza maxilar parcial | $0 | No | N/C |
| D5721 | Rebasado de dentadura postiza mandibular parcial | $0 | No | N/C |
| D5725 | rebasado de prótesis híbrida | $0 | No | N/C |
| D5740 | revestimiento de dentadura postiza maxilar parcial (directo) | $0 | No | N/C |
| D5741 | revestimiento de dentadura postiza mandibular parcial (directo) | $0 | No | N/C |
| D5760 | Revestimiento de dentadura postiza maxilar parcial (indirecto) | $0 | No | N/C |
| D5761 | Revestimiento de dentadura postiza mandibular parcial (indirecto) | $0 | No | N/C |
| D5765 | revestimiento blando para dentaduras postizas completas o parciales extraíbles (indirecto) | $0 | No | N/C |
| D5810 | dentadura postiza completa provisional (maxilar) | $0 | No | N/C |
| D5811 | dentadura postiza completa provisional (mandibular) | $0 | No | N/C |
| D5820 | dentadura postiza parcial provisional (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes) (maxilar) | $0 | No | N/C |
| D5821 | dentadura postiza parcial provisional (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes) (mandibular) | $0 | No | N/C |
| D5850 | acondicionamiento de tejido (maxilar) | $0 | No | N/C |
| D5851 | acondicionamiento de tejido (mandibular) | $0 | No | N/C |
| D5859 | colocación de un pilar de semiprecisión sobre un diente natural | $0 | No | N/C |
| D5862 | ajuste de precisión (según informe) | $0 | No | N/C |
| D5863 | sobredentadura completa (maxilar) con soporte de dientes naturales | $0 | No | N/C |
| D5864 | sobredentadura parcial (maxilar) con soporte de dientes naturales | $0 | No | N/C |
| D5865 | sobredentadura completa (mandibular) con soporte de dientes naturales | $0 | No | N/C |

| Código CDT | Descripción | Pagos de los miembros | Se requiere autorización previa | Frecuencia |
|---|---|---|---|---|
| D5866 | sobredentadura parcial (mandibular) con soporte de dientes naturales | $0 | No | N/C |
| D5867 | reemplazo de pieza de enganche de semiprecisión o de precisión de prótesis sobre diente natural, por conexión | $0 | No | N/C |
| D5876 | Añadido de subestructura de metal a la dentadura postiza completa acrílica (por arco) | $0 | No | N/C |
| D5991 | portador de medicamentos para enfermedades vesiculobulosas | $0 | No | N/C |
| D5992 | ajuste del aparato protésico maxilofacial (según informe) | $0 | No | N/C |
| D5993 | limpieza de una prótesis maxilofacial (intrabucal/extrabucal) (según informe) | $0 | No | N/C |
| D5995 | portador de medicamentos con sello periférico: Procesado en laboratorio (maxilar) | $0 | No | N/C |
| D5996 | portador de medicamentos con sello periférico: Procesado en laboratorio (mandibular) | $0 | No | N/C |
| D5998 | reparación de prótesis maxilofacial (según informe) | $0 | No | N/C |
| D6205 | póntico (compuesto a base de resina, indirecto) | $0 | No | Uno por diente cada cinco años; Códigos D6205-D6252 |
| D6210 | póntico (molde de metal de alta nobleza) | $0 | No | |
| D6211 | póntico (molde de metal base predominante) | $0 | No | |
| D6212 | póntico (molde de metal noble) | $0 | No | |
| D6214 | póntico (titanio y aleaciones de titanio) | $0 | No | |
| D6240 | póntico (porcelana fundida sobre metal de alta nobleza) | $0 | No | |
| D6241 | póntico (porcelana fundida sobre metal base predominante) | $0 | No | |
| D6242 | póntico (porcelana fundida sobre metal noble) | $0 | No | |
| D6243 | póntico (porcelana fundida sobre titanio y aleaciones de titanio) | $0 | No | |
| D6245 | póntico (porcelana/cerámica) | $0 | No | |
| D6250 | póntico (resina con metal de alta nobleza) | $0 | No | |
| D6251 | póntico (resina con metal base predominante) | $0 | No | |
| D6252 | póntico (resina con metal noble) | $0 | No | |

| Código CDT | Descripción | Pagos de los miembros | Se requiere autorización previa | Frecuencia |
|---|---|---|---|---|
| D6253 | póntico provisorio (es necesario realizar un tratamiento adicional o completar el diagnóstico antes de la impresión final) | $0 | No | N/C |
| D6545 | retenedor (metal fundido para prótesis fija de resina) | $0 | No | Uno por diente por 5 años; Códigos D6545, D6548 o D6720-D6792 |
| D6548 | retenedor (porcelana/cerámica para prótesis fija adherida con resina) | $0 | No | |
| D6549 | retenedor de resina (para prótesis fija de resina) | $0 | No | N/C |
| D6600 | incrustación retenedora (porcelana/cerámica, dos superficies) | $0 | No | N/C |
| D6601 | incrustación retenedora (de porcelana/cerámica, tres o más superficies) | $0 | No | Uno por diente cada cinco años; Códigos D6601-D6634 |
| D6602 | incrustación retenedora (molde de metal de alta nobleza, dos superficies) | $0 | No | |
| D6603 | incrustación retenedora (molde de metal de alta nobleza, tres o más superficies) | $0 | No | |
| D6604 | incrustación retenedora (molde de metal predominantemente básico, dos superficies) | $0 | No | |
| D6605 | incrustación retenedora (molde predominantemente de metal básico, tres o más superficies) | $0 | No | |
| D6606 | incrustación retenedora (molde de metal noble, dos superficies) | $0 | No | |
| D6607 | incrustación retenedora (molde de metal noble, tres o más superficies) | $0 | No | |
| D6608 | recubrimiento retenedor (porcelana/cerámica, dos superficies) | $0 | No | |
| D6609 | recubrimiento retenedor (porcelana/cerámica, tres o más superficies) | $0 | No | |
| D6610 | recubrimiento retenedor (molde de metal de alta nobleza, dos superficies) | $0 | No | |
| D6611 | recubrimiento retenedor (molde de metal de alta nobleza, tres o más superficies) | $0 | No | |
| D6612 | recubrimiento retenedor (molde de metal base predominante, dos superficies) | $0 | No | |
| D6613 | recubrimiento retenedor (molde de metal base predominante, tres o más superficies) | $0 | No | |
| D6614 | recubrimiento retenedor (molde de metal noble, dos superficies) | $0 | No | |
| D6615 | recubrimiento retenedor (molde de metal noble, tres o más superficies) | $0 | No | |

| Código CDT | Descripción | Pagos de los miembros | Se requiere autorización previa | Frecuencia |
|---|---|---|---|---|
| D6624 | incrustación retenedora (titanio) | $0 | No | |
| D6634 | recubrimiento retenedor (titanio) | $0 | No | |
| D6710 | corona retenedora (compuesto a base de resina, indirecta) | $0 | No | N/C |
| D6720 | corona retenedora (resina con metal de alta nobleza) | $0 | No | Uno por diente por 5 años; Código D6545, D6548 o D6720-D6792 |
| D6721 | corona retenedora (resina con metal base predominante) | $0 | No | |
| D6722 | corona retenedora (resina con metal noble) | $0 | No | |
| D6740 | corona retenedora (porcelana/cerámica) | $0 | No | |
| D6750 | corona retenedora (porcelana fundida sobre metal de alta nobleza) | $0 | No | |
| D6751 | corona retenedora (porcelana fundida sobre metal base predominante) | $0 | No | |
| D6752 | corona retenedora (porcelana fundida sobre metal noble) | $0 | No | |
| D6753 | corona retenedora (porcelana fundida con titanio y aleaciones de titanio) | $0 | No | |
| D6780 | corona retenedora (molde 3/4 de metal de alta nobleza) | $0 | No | |
| D6781 | corona retenedora (molde 3/4 de metal base predominante) | $0 | No | |
| D6782 | corona retenedora (molde 3/4 de metal noble) | $0 | No | |
| D6783 | corona retenedora (molde 3/4 de porcelana/cerámica) | $0 | No | |
| D6784 | corona retenedora (molde ¾ de titanio y de aleaciones de titanio) | $0 | No | |
| D6790 | corona retenedora (molde completo de metal de alta nobleza) | $0 | No | |
| D6791 | corona retenedora (molde completo de metal base predominante) | $0 | No | |
| D6792 | corona retenedora (molde completo de metal noble) | $0 | No | |
| D6793 | corona retenedora provisoria: Es necesario realizar un tratamiento adicional o completar el diagnóstico antes de la impresión final | $0 | No | N/C |
| D6794 | corona retenedora (titanio y aleaciones de titanio) | $0 | No | N/C |
| D6920 | barra conectora | $0 | No | N/C |
| D6940 | placa de descanso | $0 | No | N/C |
| D6950 | ajuste de precisión | $0 | No | N/C |

| Código CDT | Descripción | Pagos de los miembros | Se requiere autorización previa | Frecuencia |
|---|---|---|---|---|
| D6980 | reparación de dentadura postiza parcial fija, reparación necesaria por falla en el material de restauración | $0 | No | N/C |
| D6985 | dentadura postiza parcial pediátrica (fija) | $0 | No | N/C |
| D7111 | extracción de restos de corona (diente primario) | $0 | No | Uno por diente de por vida Códigos D7111, D7251 |
| D7251 | coronectomía (extracción parcial intencional de dientes, solo de dientes impactados) | $0 | No | Uno por diente de por vida Códigos D7111, D7251 |
| D7272 | trasplante de dientes (incluye reimplantación de un lugar a otro y entablillado o estabilización) | $0 | No | N/C |
| D7280 | exposición de un diente no erupcionado | $0 | No | N/C |
| D7282 | movilización de diente erupcionado o mal posicionado para ayudar a la erupción | $0 | No | N/C |
| D7283 | colocación de un dispositivo para facilitar la erupción de dientes impactados | $0 | No | N/C |
| D7290 | reposicionamiento quirúrgico de dientes | $0 | No | N/C |
| D7291 | fibrotomía transeptal/supracrestal (según informe) | $0 | No | N/C |
| D7292 | cierre primario de una perforación de la membrana sinusal | $0 | No | N/C |
| D7293 | colocación de dispositivo de anclaje temporal que requiere colgajo | $0 | No | N/C |
| D7294 | colocación de dispositivo de anclaje temporal sin colgajo | $0 | No | N/C |
| D7298 | extracción de dispositivo de anclaje temporal (placa de retención con tornillos) que requiere colgajo | $0 | No | N/C |
| D7299 | extracción de dispositivo de anclaje temporal que requiere colgajo | $0 | No | N/C |
| D7300 | extracción de dispositivo de anclaje temporal sin colgajo | $0 | No | N/C |
| D7340 | vestibuloplastia (extensión de reborde, epitelización secundaria) | $0 | No | N/C |
| D7350 | vestibuloplastia (extensión de reborde, incluidos injertos de tejido blando, reinserción muscular, revisión de la inserción de tejido blando y tratamiento de tejido hipertrofiado e hiperplásico) | $0 | No | N/C |
| D7485 | reducción de tuberosidad ósea | $0 | No | N/C |

| Código CDT | Descripción | Pagos de los miembros | Se requiere autorización previa | Frecuencia |
|---|---|---|---|---|
| D7921 | recolección y aplicación de producto concentrado de sangre autólogo | $0 | No | N/C |
| D7922 | colocación del apósito biológico dentro de la cavidad para ayudar en la hemostasia o la estabilización de la coagulación (por lugar) | $0 | No | N/C |
| D7939 | indexación para osteotomía mediante navegación dinámica asistida por robot o dinámica | $0 | No | N/C |
| D7953 | injerto para reemplazo óseo para la preservación del reborde (por lugar) | $0 | No | N/C |
| D7956 | regeneración guiada de tejido, área edéntula (barrera reabsorbible, por lugar) | $0 | No | N/C |
| D7957 | regeneración guiada de tejido, área edéntula (barrera no reabsorbible, por lugar) | $0 | No | N/C |
| D7961 | frenectomía bucal/labial (frenulectomía) | $0 | No | N/C |
| D7962 | frenectomía lingual (frenulectomía) | $0 | No | N/C |
| D7963 | frenuloplastia | $0 | No | N/C |
| D7970 | extirpación de tejido hiperplásico (por arco) | $0 | No | N/C |
| D7971 | extirpación de encía pericoronal | $0 | No | N/C |
| D7972 | reducción quirúrgica de tuberosidad fibrosa | $0 | No | N/C |
| D7979 | sialolitotomía no quirúrgica | $0 | No | N/C |
| D7998 | colocación intrabucal de un dispositivo de fijación que no se realiza junto con una fractura | $0 | No | N/C |
| D9120 | seccionamiento de dentadura postiza parcial fija | $0 | No | N/C |
| D9130 | disfunción de la articulación temporomandibular (tratamientos físicos no invasivos), cada incremento posterior de 15 minutos, o cualquier parte de ese tiempo | $0 | No | N/C |
| D9210 | anestesia local, sin procedimientos quirúrgicos u operaciones | $0 | No | N/C |
| D9211 | anestesia de bloqueo regional | $0 | No | N/C |
| D9212 | anestesia de bloqueo de una división del trigémino | $0 | No | N/C |
| D9215 | anestesia local junto con procedimientos quirúrgicos u operaciones | $0 | No | N/C |
| D9311 | consulta con un profesional de salud médica | $0 | No | N/C |
| D9410 | visita a domicilio o a un centro de atención prolongada | $0 | No | N/C |

| Código CDT | Descripción | Pagos de los miembros | Se requiere autorización previa | Frecuencia |
|---|---|---|---|---|
| D9430 | visita al consultorio para observación (en el horario de atención habitual): Sin la prestación de otros servicios | $0 | No | N/C |
| D9440 | visita al consultorio (fuera del horario de atención habitual) | $0 | No | N/C |
| D9450 | presentación de casos, posterior a la planificación de tratamiento detallada y exhaustiva | $0 | No | N/C |
| D9612 | medicamentos parenterales terapéuticos (dos o más administraciones, diferentes medicamentos) | $0 | No | N/C |
| D9613 | Infiltración de fármaco terapéutico de liberación sostenida (por cuadrante) | $0 | No | N/C |
| D9910 | aplicación de medicamentos desensibilizantes, por diente | $0 | No | N/C |
| D9911 | aplicación de resina desensibilizante para superficie cervical o radicular (por diente) | $0 | No | N/C |
| D9932 | limpieza e inspección de dentadura postiza completa extraíble (maxilar) | $0 | No | N/C |
| D9933 | limpieza e inspección de dentadura postiza completa extraíble (mandibular) | $0 | No | N/C |
| D9934 | limpieza e inspección de dentadura postiza parcial extraíble (maxilar) | $0 | No | N/C |
| D9935 | limpieza e inspección de dentadura postiza parcial extraíble (mandibular) | $0 | No | N/C |
| D9941 | fabricación de protector bucal | $0 | No | N/C |
| D9942 | reparación o revestimiento de protector oclusal | $0 | No | N/C |
| D9943 | ajuste de protector oclusal | $0 | No | N/C |
| D9944 | protector oclusal (aparato duro con arco completo) | $0 | No | N/C |
| D9945 | protector oclusal (aparato blando con arco completo) | $0 | No | N/C |
| D9946 | protector oclusal (aparato duro con arco parcial) | $0 | No | N/C |
| D9947 | fabricación y colocación de aparatos personalizados para la apnea del sueño | $0 | No | N/C |
| D9948 | ajuste del aparato personalizado para la apnea del sueño | $0 | No | N/C |
| D9949 | reparación del aparato personalizado para la apnea del sueño | $0 | No | N/C |
| D9950 | molde de análisis de oclusión bucal | $0 | No | N/C |

| Código CDT | Descripción | Pagos de los miembros | Se requiere autorización previa | Frecuencia |
|---|---|---|---|---|
| D9951 | ajuste oclusal (limitado) | $0 | No | N/C |
| D9952 | ajuste oclusal (completo) | $0 | No | N/C |
| D9953 | revestimiento del aparato personalizado para la apnea del sueño (indirecto) | $0 | No | N/C |
| D9954 | fabricación y entrega de un dispositivo de reposicionamiento matutino para tratamiento con aparatos bucales (OAT) | $0 | No | N/C |
| D9955 | consulta para ajuste del tratamiento con aparatos bucales (OAT) | $0 | No | N/C |
| D9970 | microabrasión de esmalte | $0 | No | N/C |
| D9971 | odontoplastia (por diente) | $0 | No | N/C |
| D9993 | administración de casos dentales (entrevistas motivacionales) | $0 | No | N/C |
| D9997 | administración de casos dentales (pacientes con necesidades de atención médica especiales) | $0 | No | N/C |
| D9998 | administración de casos dentales: Servicios de transición de la etapa pediátrica a la adulta, pacientes con necesidades especiales de atención médica | $0 | No | Una vez de por vida |

**Costos que paga de su bolsillo**
Es posible que usted sea responsable de pagar los servicios y cargos facturados por un proveedor que supere las limitaciones de cobertura. También es posible que deba pagar su costo compartido en el momento del servicio. Los acuerdos de facturación son entre usted y el proveedor.

**Limitaciones y exclusiones**

1. La cobertura se encuentra limitada a los servicios y a las frecuencias de servicios mencionados en el Programa de beneficios. Si un servicio no está especificado en esa lista, quiere decir que no tiene cobertura.
2. Los servicios dentales prestados fuera de Estados Unidos o los territorios estadounidenses no están cubiertos de conformidad con el beneficio dental complementario.
3. No se cubren los gastos relacionados con las consultas perdidas, la preparación o copia de informes dentales, la duplicación de radiografías, las facturas detalladas o los formularios de reclamación.
4. No está cubierto el tratamiento por lesiones o afecciones cubierto por la compensación laboral o las leyes de responsabilidad civil del empleador, ni el tratamiento proporcionado sin costo por algún municipio, condado o cualquier otra subdivisión política.
5. No está cubierto el tratamiento que se realice como consecuencia de insurrección civil, el deber en forma de miembro de las fuerzas armadas en cualquier estado o país, la participación en un acto de guerra declarada o no declarada, la explosión nuclear intencional o no intencional, y otros tipos de liberación de energía nuclear en tiempos de paz o de guerra.
6. No está cubierto ningún tratamiento que tenga cobertura de un plan médico individual o grupal, seguro automotor, seguro automotor sin culpa o sin póliza contra conductores no asegurados, en la medida en que lo permita la ley federal o estatal.
7. No se cubren los servicios de ortodoncia ni ningún servicio relacionado con la ortodoncia

8. No se cubren los servicios de implante ni ningún servicio relacionado con los implantes
9. No se cubren las prótesis maxilofaciales
10. No se cubren los servicios dentales por motivos cosméticos o estéticos
11. No se cubren los servicios de blanqueamiento dental ni de microabrasión del esmalte
12. Los servicios no especificados según informe (Códigos dentales: D##99) no están cubiertos.
13. No se cubren los servicios dentales relacionados con el síndrome de la articulación temporomandibular (TMJ), a menos que el código dental relacionado se incluya en el programa de beneficios
14. No se cubren los servicios electivos
15. La anestesia general o la sedación consciente no son un servicio cubierto, a menos que se basen en la revisión clínica de la documentación proporcionada y administrada por un dentista o profesional de atención médica junto con procedimientos quirúrgicos bucales, procedimientos quirúrgicos periodontales y óseos, o procedimientos quirúrgicos periarticulares cubiertos para los servicios cubiertos.
16. No se cubren los cambios en la dimensión vertical de los dientes ni la restauración/mantenimiento de la oclusión, incluido el registro o el análisis de la mordida.
17. No se cubren la ferulización dental, incluidos los pilares múltiples, ni ningún servicio para estabilizar los dientes debilitados periodontalmente.
18. No se cubre el reemplazo de estructuras dentales perdidas como consecuencia de la abrasión, la atrición, la erosión o la abfracción.
19. Las limitaciones de frecuencia del plan seguirán aplicándose cuando haya un reemplazo de un dispositivo o electrodoméstico que se pierda, falte, se robe o se dañe por abuso, mal uso o negligencia.
20. Los procedimientos dentales solo están cubiertos cuando los realiza un dentista autorizado en los EE. UU. o en cualquier territorio de los EE. UU.
21. No se cubre el mantenimiento periodontal a menos que haya antecedentes de raspado y alisado radicular o tratamiento periodontal quirúrgico.
22. No se cubren los ajustes de dentadura postiza realizados dentro de los 6 meses posteriores a la colocación/instalación, revestimiento o rebasado de dentadura postiza.
23. No se cubren el revestimiento ni el rebasado de dentadura postiza, si figuran como cubiertos en su programa de beneficios, realizados dentro de los 6 meses posteriores a la colocación de una dentadura postiza completa o inmediata.
24. No se cubre el acondicionamiento de tejido realizado dentro de los 6 meses a partir de la colocación, revestimiento o rebasado.
25. Para los procedimientos dentales cubiertos que figuren en su programa de beneficios, la fecha de tratamiento a los fines de la facturación se define por la finalización de procedimientos específicos. Para las dentaduras postizas removibles (completas y parciales), esto es la fecha de entrega. En el caso de las incrustaciones, recubrimientos, coronas, carillas y puentes, es la fecha de cementación final. En el caso de los tratamientos de conducto, es la fecha en que se coloca la obturación final.
26. No se cubren los procedimientos que se consideran experimentales, de investigación o no probados. Esto incluye los regímenes farmacológicos no aceptados por el Consejo de Terapias Dentales de la Asociación Dental Americana.
27. Si se cancela esta política o se cambian los servicios dentales cubiertos para este plan, este plan no cubrirá la atención o el tratamiento en curso. Esto incluye todos los procedimientos de citas múltiples.
28. No se cubren los servicios ni los suministros proporcionados en relación con el tratamiento o la atención que no estén cubiertos por el plan.

**Necesidad médica**
Su plan cubre servicios de atención dental clínicamente apropiados. Este es un requisito para que reciba un beneficio cubierto por este plan. Los servicios de atención dental que determinamos que un proveedor con juicio clínico prudente brindará al paciente con el propósito de prevenir, evaluar, diagnosticar o tratar

una enfermedad, lesión, enfermedad o sus síntomas y que nosotros determinamos:

1. Clínicamente apropiado, en términos de tipo, frecuencia, extensión, lugar y duración, y considerado eficaz para la enfermedad del paciente, lesión o enfermedad.
2. No es principal para la conveniencia del paciente, dentista u otro proveedor de atención médica
3. No es más costoso que una secuencia o servicio alternativos, al menos con probabilidad de producir los mismos beneficios o resultados de diagnóstico según el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad, lesión o enfermedad del paciente

La necesidad médica se determina mediante criterios que:

- *Son compatibles con las normas generalmente aceptadas de la práctica dental*
- *Se basan en la evidencia de la bibliografía revisada por pares y guías clínicas*
- *Se aplican de manera uniforme y sin tener en cuenta las consideraciones de costos*

## SECCIÓN 3 Beneficios cubiertos por fuera de Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP)

**Beneficios cubiertos fuera de Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP)**
Para los servicios y beneficios que no están cubiertos por Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP), pero que están disponibles a través de Medicaid, consulte su Manual para miembros de Medicaid o el Resumen de beneficios.

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

En esta sección, se describen los servicios que Medicare excluye.

La tabla que se encuentra a continuación enumera servicios y productos que no están cubiertos por nuestro plan bajo algunas circunstancias o que están cubiertos por el plan solo en determinadas circunstancias específicas.

Si recibe servicios que están excluidos (no cubiertos), deberá pagarlos usted mismo, excepto en los casos específicos que se detallan a continuación. Incluso si obtiene los servicios excluidos en un centro de emergencia, los servicios excluidos siguen sin estar cubiertos y nuestro plan no los pagará. La única excepción es si el servicio se apela y se decide, mediante una apelación, que es un servicio médico que debería haberse pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hayamos tomado sobre no prestar cobertura para un servicio médico, consulte la Sección 6.3 del Capítulo 9).

| Servicios no cubiertos por Medicare | Cubiertos solo en situaciones específicas |
|---|---|
| **Acupuntura** | Disponible para las personas que padecen dolor crónico en la región lumbar en determinadas circunstancias. |

| Servicios no cubiertos por Medicare | Cubiertos solo en situaciones específicas |
|---|---|
| **Cirugía o procedimientos estéticos** | Se cubren en casos de una lesión accidental o para mejorar el funcionamiento de un miembro deformado.<br><br>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. |
| **Cuidado asistencial**<br><br>El cuidado asistencial es la atención personal que no requiere de la atención continua de personal médico o paramédico capacitado, como la atención que le ayuda con las actividades de la vida diaria como bañarse o vestirse. | Cubiertos por la parte de Medicaid de los beneficios de su plan. |
| **Procedimientos quirúrgicos y médicos, equipos y medicamentos experimentales.**<br><br>Los productos y los procedimientos experimentales son aquellos determinados por Original Medicare que, generalmente, no son aceptados por la comunidad médica. | Pueden estar cubiertos por Original Medicare en virtud de un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o nuestro plan.<br><br>(Para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica, vaya a la Sección 5 del Capítulo 3). |
| **Cargos que cobren los familiares directos o los integrantes de su familia por la atención brindada.** | No cubiertos en ninguna situación. |
| **Atención de enfermería de tiempo completo en el hogar.** | No cubiertos en ninguna situación. |
| **Entrega de comidas a domicilio** | Cubiertos por la parte de Medicaid de los beneficios de su plan. |
| **Servicios de atención médica a domicilio** | Medicare cubre la atención de enfermería especializada intermitente o a tiempo parcial médicamente necesaria. |
| **Servicios de empleada doméstica que incluyen ayuda básica en el hogar, incluso tareas domésticas sencillas o preparación de comidas livianas.** | No cubiertos en ninguna situación. |
| **Servicios de un naturoterapeuta (emplea tratamientos naturales o alternativos).** | No cubiertos en ninguna situación. |
| **Atención dental que no es de rutina.** | Se puede cubrir la atención dental requerida para tratar una enfermedad o lesión como atención para pacientes internados o externos. |

| Servicios no cubiertos por Medicare | Cubiertos solo en situaciones específicas |
|---|---|
| **Zapatos ortopédicos o dispositivos de apoyo para los pies.** | Se cubren los zapatos que forman parte de una pierna ortopédica y que se incluyen en el costo de la pierna. Se cubren los zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas que padecen pie diabético. |
| **Objetos personales en su habitación del hospital o centro de atención de enfermería especializada, por ejemplo, un teléfono o televisor.** | No cubiertos en ninguna situación. |
| **Habitación privada en el hospital.** | Solo se cubre cuando es médicamente necesario. |
| **Procedimientos para invertir la esterilización y suministros de anticonceptivos sin receta.** | No cubiertos en ninguna situación. |
| **Atención quiropráctica de rutina.** | Se cubre la manipulación manual de la columna para corregir una subluxación. |
| **Atención dental de rutina, como limpiezas, empastes o dentaduras postizas.** | Nuestro plan proporciona cierto grado de cobertura para servicios dentales, tal como se describe en la *Tabla de beneficios médicos*. |
| **Exámenes de la vista de rutina, anteojos, queratotomía radial, cirugía LASIK y otros dispositivos de ayuda para baja visión.** | Un par de anteojos con monturas estándar (o un par de lentes de contacto) cubiertos después de cada cirugía de cataratas que incluya la implantación de una lente intraocular.<br><br>Cubiertos por la parte de Medicaid de los beneficios de su plan. |
| **Cuidado de rutina de los pies.** | Nuestro plan proporciona cierto grado de cobertura para el cuidado de los pies de rutina, tal como se describe en la *Tabla de beneficios médicos*. |
| **Exámenes auditivos de rutina, audífonos o exámenes para la colocación de audífonos.** | Medicare cubre exámenes de audición de diagnóstico y pruebas de equilibrio indicados por un médico.<br><br>Cubiertos por la parte de Medicaid de los beneficios de su plan. |
| **Servicios considerados no razonables ni necesarios, según las normas de Original Medicare** | No cubiertos en ninguna situación. |

# Capítulo 5:
# Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos de la Parte D

**¿Cómo obtener información sobre los costos de los medicamentos?**

Debido a que usted es elegible para Medicaid, califica para recibir Ayuda adicional de Medicare para cubrir los costos de su plan de medicamentos con receta. Dado que usted participa en el programa Ayuda adicional, **hay información sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D en esta** *Evidencia de cobertura* **que no se aplica a 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 conocida como *Low Income Subsidy Rider* o *LIS Rider (Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS)*, que le informa sobre su cobertura de medicamentos. Si no posee este inserto, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-463-0933** (Los usuarios de TTY deben llamar al **711**) y solicite la *Cláusula adicional LIS*. (En la contraportada de este documento encontrará impresos los números de teléfono del Departamento de Servicios para Miembros).

## SECCIÓN 1 Normas básicas para la cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro plan

Consulte la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4 para conocer los beneficios de medicamentos de la Parte B de Medicare y los beneficios de medicamentos de hospicio.

Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, los beneficios de Medicaid cubren algunos medicamentos con receta. En la Lista de medicamentos se indica cómo obtener información sobre su cobertura de los medicamentos de Medicaid.

Generalmente, nuestro plan cubrirá los medicamentos siempre y cuando siga las siguientes normas:

- Debe pedirle a un proveedor (médico, dentista u otra persona autorizada a dar recetas) que le emita una receta que sea válida en virtud de la ley estatal aplicable.
- La persona autorizada a dar recetas no debe estar en la lista de exclusiones o preclusión de Medicare.
- Por lo general, debe utilizar una farmacia de la red para obtener sus medicamentos con receta. (Vaya a la Sección 2). O bien, puede obtener su medicamento con receta a través del servicio de pedido por correo del plan.
- Su medicamento debe estar en la Lista de medicamentos de nuestro plan (vaya a la Sección 3).
- El 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. (Vaya a la Sección 3 para obtener más información sobre cómo obtener una indicación médicamente aceptada).
- Es posible que su medicamento necesite aprobación del plan en función de ciertas normas antes de que aceptemos cubrirlo. (Para obtener más información, vaya a la Sección 4).

## SECCIÓN 2 Obtenga su medicamento con receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo de nuestro plan

En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta están cubiertos *solo* si se obtienen en una de las farmacias de la red de nuestro plan. (Para obtener más información sobre cuándo cubrimos los medicamentos con receta que obtiene en farmacias fuera de la red, consulte la Sección 2.4).

Una farmacia de la red es aquella que ha celebrado un contrato con nuestro plan para proporcionar los

medicamentos cubiertos. El término “medicamentos cubiertos” significa todos los medicamentos de la Parte D que se encuentran en la Lista de medicamentos de nuestro plan.

## Sección 2.1 Farmacias de la red

**Encuentre una farmacia de la red en su área**
Para encontrar una farmacia de la red, consulte su *Directorio de proveedores y farmacias*, visite nuestro sitio web (**AetnaMedicare.com/VADSNP-find-provider**) o llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-463-0933** (Los usuarios de TTY deben llamar al **711**).

Puede ir a cualquiera de las farmacias de la red.

**Si su farmacia deja de participar en la red**
Si la farmacia que utiliza deja de formar parte de la red de nuestro plan, deberá buscar una nueva farmacia dentro de la red. Para encontrar otra farmacia en su área, llame al Departamento de Servicios para Miembros para recibir ayuda al **1-855-463-0933** (Los usuarios de TTY deben llamar al **711**) o utilice el *Directorio de proveedores y farmacias*. También puede encontrar esta información en nuestro sitio web en **AetnaMedicare.com/VADSNP-find-provider**.

**Farmacias especializadas**
Algunos medicamentos con receta deben obtenerse en una farmacia especializada. Entre las farmacias especializadas, se incluyen las siguientes:

- 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 (LTC). Normalmente, un centro de LTC (como un hogar de convalecencia) tiene su propia farmacia. Si tiene dificultad para obtener los medicamentos de la Parte D en un centro de LTC, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-463-0933** (Los usuarios de TTY deben llamar al **711**).
- Farmacias que brinden servicios al Programa de salud para la población india estadounidense urbana o tribal del Servicio de Salud Indígena (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 limitados por la 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, consulte el *Directorio de proveedores y farmacias,* **AetnaMedicare.com/VADSNP-find-provider**, o llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-463-0933** (Los usuarios de TTY deben llamar al **711**).

## Sección 2.2 Servicio de pedido por correo de nuestro plan

Para determinados tipos de medicamentos, puede utilizar el servicio de pedido por correo de la red del plan. Por lo general, los medicamentos proporcionados a través del servicio de pedido por correo son medicamentos que toma con regularidad para una afección crónica o prolongada. Estos medicamentos están marcados como “**MO**” (pedido por correo) en nuestra Lista de medicamentos.

El servicio de pedido por correo de nuestro plan le permite solicitar **un suministro para 100 días como máximo.**

Para obtener los formularios de pedido e información sobre cómo obtener sus medicamentos con receta por correo, visite nuestro sitio web (**AetnaMedicare.com/VADSNP-drug-formulary**) o comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros. **Nota:** Debe tener un método de pago en el archivo.

Por lo general, el pedido a la farmacia de pedido por correo se le entregará en menos de 10 días. Si la

farmacia de pedidos por correo prevé que el pedido se retrasará, le notificarán al respecto. Si necesita solicitar un pedido rápido a causa de un retraso en el pedido por correo, puede comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros para analizar las opciones, que pueden incluir obtenerlos en una farmacia minorista local o acelerar el método de envío. Proporcione al representante su número de identificación y el/los número/s de receta médica. Si quiere la entrega de sus medicamentos al segundo día o al día siguiente, puede solicitar esto al representante del Departamento de Servicios para Miembros por un cargo adicional.

**Nuevas recetas que la farmacia recibe directamente del consultorio de su médico**
La farmacia resurtirá automáticamente y entregará las recetas nuevas que obtiene de los proveedores de atención médica, sin verificar primero con usted, si usted realizó lo siguiente:

- 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 ahora o en cualquier momento al continuar haciendo que su médico nos envíe sus medicamentos con receta. No se requiere ninguna solicitud especial. O bien, puede comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros para reiniciar las entregas automáticas si antes las detuvo.

Si obtiene un medicamento con receta automáticamente por correo que no desea, y no se comunicaron con usted para saber si lo quería antes de enviarlo, puede ser elegible para un reembolso.

Si utilizó el pedido por correo en el pasado y no desea que la farmacia surta y envíe automáticamente cada medicamento con receta nuevo, comuníquese con nosotros llamando al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-463-0933** (Los usuarios de TTY deben llamar al **711**).

Si nunca utilizó nuestro servicio de pedido por correo o decide interrumpir el surtido automático de nuevas recetas, la farmacia se comunicará con usted cada vez que reciba una nueva receta de un proveedor de atención médica para determinar si desea que el medicamento se surta y envíe inmediatamente. Es importante que responda cada vez que la farmacia lo contacte para informar si debe enviar, retrasar o cancelar el nuevo medicamento con receta.

Para dejar de recibir las entregas automáticas de nuevos medicamentos con receta recibidos directamente del consultorio de su proveedor de atención médica, comuníquese con nosotros llamando al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-463-0933** (Los usuarios de TTY deben llamar al **711**).

**Resurtidos de recetas médicas de pedido por correo.** Para resurtir sus medicamentos, tiene la opción de inscribirse en un programa de resurtido automático. De acuerdo con este programa, empezamos a procesar su próximo resurtido automáticamente cuando nuestros registros nos indican que está próximo a quedarse sin su medicamento. La farmacia se comunicará con usted antes del envío de cada resurtido para asegurarse de que necesite más medicamento, y usted puede cancelar los resurtidos si tiene suficiente medicamento o si el medicamento ha cambiado.

Si no desea usar nuestro programa de resurtido automático, pero aún desea que la farmacia de pedidos por correo le envíe su medicamento con receta, comuníquese con su farmacia 15 días antes de que se le termine el medicamento con receta actual. Esto garantizará que reciba su pedido a tiempo.

Para cancelar la participación en nuestro programa que prepara automáticamente resurtidos de pedidos por correo, comuníquese con nosotros llamando al Departamento de Servicios para

Miembros al **1-855-463-0933** (Los usuarios de TTY deben llamar al **711**).

Si obtiene un resurtido automáticamente por correo que no desea, puede ser elegible para un reembolso.

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

Cuando obtiene un suministro de medicamentos a largo plazo, es posible que su costo compartido sea menor. Nuestro plan ofrece 2 formas de obtener un suministro a largo plazo (también denominado suministro extendido) de medicamentos de mantenimiento en la Lista de medicamentos de nuestro plan (para los niveles de 1 a 4). (Los medicamentos de mantenimiento son aquellos que toma con regularidad para una afección crónica o prolongada).

1. Algunas farmacias minoristas de nuestra red le permiten obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. En su *Directorio de proveedores y farmacias* **AetnaMedicare.com/VADSNP-find-provider** se detallan las farmacias de la red que proporcionan suministros a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-463-0933** (Los usuarios de TTY deben llamar al **711**) para obtener más información.

2. También puede recibir medicamentos de mantenimiento a través de nuestro programa de pedido por correo. Consulte la Sección 2.2 para obtener más información.

### Sección 2.4 Cómo utilizar una farmacia que no está en la red de nuestro plan

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. Contamos también con farmacias de la red fuera del área de servicio, en las que puede obtener los medicamentos con receta como miembro de nuestro plan. **Consulte primero con el Departamento de Servicios para Miembros al 1-855-463-0933 (Los usuarios de TTY deben llamar al 711)** para ver si hay alguna farmacia de la red cerca.

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

- El medicamento con receta es para una emergencia médica o atención de urgencia.
- No puede obtener un medicamento cubierto en un momento de necesidad porque no hay farmacias de la red abiertas las 24 horas dentro de una distancia razonable en automóvil.
- La receta es para un medicamento que está fuera de stock en una farmacia minorista o pedido por correo accesible de la red (incluidos medicamentos de alto costo y únicos).
- Si ha debido evacuar o se lo ha trasladado de otro modo fuera de su casa por un desastre federal u otra declaración de salud pública de emergencia.

Si debe acudir a una farmacia fuera de la red por cualquiera de las razones enumeradas anteriormente, el plan cubrirá un suministro de medicamentos para 10 días como máximo.

Generalmente, si debe usar una farmacia fuera de la red, deberá pagar el costo total (en lugar del costo compartido regular) en el momento en que obtenga el medicamento con 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 puede solicitar un reembolso a nuestro plan). Es posible que deba pagar la diferencia entre lo que paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia dentro de la red.

## SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar en la Lista de medicamentos de nuestro plan

## Sección 3.1 La Lista de medicamentos indica qué medicamentos de la Parte D están cubiertos

El plan cuenta con una *Lista de medicamentos cubiertos* (formulario). En esta *Evidencia de cobertura*, **la denominamos Lista de medicamentos**.

Nuestro plan, con la colaboración de médicos y farmacéuticos, selecciona los medicamentos de esta lista. La lista cumple con los requisitos de Medicare y ha sido aprobada por Medicare.

La Lista de medicamentos solo muestra medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare. Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, los beneficios de Medicaid cubren algunos medicamentos con receta. En la Lista de medicamentos se indica cómo obtener información sobre su cobertura para los medicamentos de Medicaid.

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 para una indicación médicamente aceptada. Una indicación médicamente aceptada es el uso del medicamento que cumpla con *uno de los siguientes requisitos*:

- Esté aprobado por la FDA para el diagnóstico o la afección para la cual ha sido recetado.
- O bien, esté respaldado por ciertas referencias, como la American Hospital Formulary Service Drug Information y el sistema de información Micromedex DRUGDEX.

Ciertos medicamentos pueden estar cubiertos para algunas afecciones médicas, pero se consideran no incluidos en el formulario para otras afecciones médicas. Estos medicamentos se identificarán en nuestra Lista de medicamentos y en **Medicare.gov**, junto con las afecciones médicas específicas que cubren.

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

Un medicamento de marca es un medicamento con receta que se vende con un nombre de marca que es propiedad del fabricante de medicamentos. Los productos biológicos son medicamentos más complejos que los medicamentos típicos. En la Lista de medicamentos, cuando nos referimos a medicamentos, esto podría referirse a un medicamento o a un producto biológico.

Un medicamento genérico es un medicamento con receta que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Los productos biológicos tienen alternativas llamadas biosimilares. Por lo general, los medicamentos genéricos y los biosimilares funcionan tan bien como el medicamento de marca o el producto biológico original, pero suelen ser más económicos. Hay medicamentos genéricos sustitutos disponibles para muchos medicamentos de marca y alternativas de biosimilar para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son biosimilares intercambiables y, según la legislación estatal, pueden ser sustituidos por el producto biológico original en la farmacia sin necesitar una nueva receta, como los medicamentos genéricos pueden sustituirse por los medicamentos de marca.

Consulte el Capítulo 12 para conocer las definiciones de los tipos de medicamentos que pueden estar incluidos en la Lista de medicamentos.

**Medicamentos que no están en la Lista de medicamentos**
Nuestro 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. (Consulte la Sección 7 para obtener más información).

- En otros casos, decidimos no incluir un medicamento en particular en la Lista de medicamentos.
- En algunos casos, puede obtener un medicamento que no figura en nuestra Lista de medicamentos. (Para obtener más información, vaya al Capítulo 9).

### Sección 3.2 Cinco niveles de costo compartido para los medicamentos incluidos en la Lista de medicamentos

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

- **Nivel 1: Medicamento genérico preferido**
  Muchos medicamentos genéricos comunes de menor costo.
- **Nivel 2: Medicamento genérico**
  Medicamentos genéricos de mayor costo.
- **Nivel 3: Medicamento de marca preferido**
  Muchos medicamentos de marca comunes, como también algunos medicamentos genéricos con un costo más alto.
- **Nivel 4: Medicamento no preferido**
  Medicamentos de mayor costo de marca y genéricos para los que, por lo general, existen alternativas de menor costo.
- **Nivel 5: Medicamento especializado**
  Medicamentos de marca y genéricos de alto costo que cumplen la definición de medicamento especializado de Medicare.

Para saber en qué nivel de costo compartido está su medicamento, búsquelo en la Lista de medicamentos de nuestro plan. El monto que paga por los medicamentos en cada nivel de costo compartido se muestra en el Capítulo 6.

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

Para averiguar si un medicamento está en nuestra Lista de medicamentos, tiene estas opciones:

- Consulte la Lista de medicamentos más reciente que proporcionamos de manera electrónica.
- Visite el sitio web de nuestro plan (**AetnaMedicare.com/VADSNP-drug-formulary**). La Lista de medicamentos en el sitio web siempre es la más actualizada.
- Llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-463-0933** (Los usuarios de TTY deben llamar al **711**) para saber si un medicamento en particular está incluido en la Lista de medicamentos de nuestro plan o para pedir una copia de la lista.
- Use la “Herramienta de beneficios en tiempo real” (**AetnaMedicare.com/VADSNP-drug-formulary**) para buscar medicamentos en la Lista de medicamentos para obtener una estimación de lo que usted pagará y ver si hay medicamentos alternativos en la Lista de medicamentos que podrían tratar la misma afección. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-463-0933** (Los usuarios de TTY deben llamar al **711**).

## SECCIÓN 4 Medicamentos con restricciones de cobertura

### Sección 4.1 Por qué algunos medicamentos tienen restricciones

Para ciertos medicamentos con receta, existen normas especiales que restringen cómo y cuándo nuestro plan los cubre. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrollaron estas normas para alentarlos a usted

y a su proveedor a utilizar los medicamentos de la forma 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.

Si un medicamento seguro y de menor costo funciona médicamente tan bien como uno de mayor costo, las normas de nuestro plan están destinadas a alentarlos a usted y a su proveedor a usar esa opción más económica.

Tenga en cuenta que, a veces, un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra Lista de medicamentos. Esto se debe a que los mismos medicamentos pueden variar en función de la concentración, la cantidad o la forma del medicamento recetado por su proveedor de atención médica, y es posible que se apliquen diferentes restricciones o costos compartidos a las diferentes versiones del medicamento (por ejemplo, 10 mg en comparación con 100 mg, uno por día en comparación con 2 por día; comprimido en comparación con líquido).

### Sección 4.2 Tipos de restricciones

**Si hay una restricción para su medicamento, por lo general significa que usted o su proveedor deberán seguir pasos adicionales para que nosotros cubramos el medicamento.** Llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-463-0933** (Los usuarios de TTY deben llamar al **711**) para obtener información sobre lo que usted o su proveedor pueden hacer para obtener cobertura para el medicamento. **Si desea pedirnos que eliminemos la restricción, tiene que usar el proceso de decisiones de cobertura para solicitarnos una excepción.** Podemos estar o no de acuerdo en eliminar la restricción. (Vaya al Capítulo 9).

**Cómo obtener la aprobación del plan por adelantado**
Para determinados medicamentos, usted o su proveedor deben obtener la aprobación de nuestro plan, según criterios específicos, antes de que aceptemos cubrir el medicamento. Esto se denomina **autorización previa.** Se pone en marcha para garantizar la seguridad para los medicamentos y ayudar a guiar el uso adecuado de ciertos medicamentos. Si no obtiene esta aprobación, es posible que nuestro plan no cubra el medicamento. Los criterios de autorización previa de nuestro plan se pueden obtener llamando al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-463-0933** (Los usuarios de TTY deben llamar al **711**) o en nuestro sitio web en **AetnaMedicare.com/VADSNP-drug-formulary**.

**Pruebe un medicamento diferente primero**
Este requisito hace que usted trate de utilizar medicamentos menos costosos, pero generalmente igual de eficaces, antes de que nuestro plan le brinde cobertura para otro medicamento. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma afección y el medicamento A cuesta menos, nuestro plan puede requerir que pruebe el medicamento A primero. Si el medicamento A no le da ningún resultado, nuestro plan cubrirá el medicamento B. Este requisito se denomina **tratamiento escalonado.** Los criterios de tratamiento escalonado de nuestro plan se pueden obtener llamando al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-463-0933** (Los usuarios de TTY deben llamar al **711**) o en nuestro sitio web en **AetnaMedicare.com/VADSNP-drug-formulary**.

**Límites de cantidades**
Para ciertos medicamentos, limitamos la cantidad de un medicamento que usted puede recibir cada vez que obtiene su medicamento con 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 Lo que puede hacer si uno de sus medicamentos no está cubierto como usted querría

Hay situaciones en las que un medicamento con receta que usted toma, o que usted y su proveedor piensan que debería tomar, no está en nuestra Lista de medicamentos o tiene restricciones. Entre algunos de los ejemplos, se incluyen los siguientes:

- 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 esté cubierta.
- El medicamento está cubierto, pero se aplican normas o restricciones adicionales respecto de la cobertura.
- El medicamento está cubierto, pero está en un nivel de costo compartido que hace que el costo compartido sea más de lo que usted considera que debería ser.

**Si el medicamento está en un nivel de costo compartido que convierte el costo en más de lo que usted considera que debería ser, vaya a la Sección 5.1 para obtener información sobre lo que puede hacer.**

**Si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o está restringido, estas son opciones de lo que puede hacer:**

- 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, nuestro plan debe proporcionarle un suministro temporal de un medicamento que ya está tomando. Este suministro temporal le da tiempo para consultar con su proveedor acerca del cambio.

Para ser elegible para un suministro temporal, el medicamento que toma **ya no debe estar en la Lista de medicamentos de nuestro plan** O **ahora tiene algún tipo de restricción.**

- **Si es un miembro nuevo,** cubriremos un suministro temporal del medicamento durante los primeros **90 días** de su membresía en nuestro plan.
- **Si usted estuvo en nuestro plan el año pasado,** cubriremos un suministro temporal del medicamento durante los primeros **90 días** del año calendario.
- Este suministro temporal será para un máximo de un suministro para 30 días. Si su receta está indicada para menos días, permitiremos obtener varias veces los medicamentos hasta llegar a un máximo de un suministro para 30 días del medicamento. 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 los miembros que han estado en nuestro plan durante más de 90 días, viven en un centro de atención a largo plazo y necesitan un suministro de inmediato:** Cubriremos un suministro para 31 días de emergencia de un medicamento en particular, o menos si su receta está indicada para menos días. Esto es adicional al suministro temporal que se indicó antes.
- Si experimenta un cambio en su entorno de atención (por ejemplo, recibe el alta o ingresa en un centro de atención a largo plazo), su médico o farmacia pueden solicitar un suministro temporal del medicamento. Este suministro temporal (para 31 días como máximo) le permitirá hablar con su médico sobre el cambio en la cobertura.

Si tiene preguntas sobre un suministro temporal, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-463-0933** (Los usuarios de TTY deben llamar al **711**).

**Durante el tiempo en el que está usando un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se termine este suministro temporal. Tiene 2 opciones:**

**Opción 1. Puede cambiar a otro medicamento**
Hable con su proveedor sobre si existe un medicamento diferente cubierto por nuestro plan que pueda funcionar igual de bien para usted. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-463-0933** (Los usuarios de TTY deben llamar al **711**) para pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que funcione para usted.

**Opción 2. Puede solicitar una excepción**
**Usted y su proveedor pueden solicitarle a nuestro plan que haga una excepción y cubra el medicamento en la forma en que desearía que estuviera cubierto.** Si su proveedor dice que usted tiene razones médicas que justifican que nos pida una excepción, su proveedor puede ayudarlo a solicitar una excepción. Por ejemplo, usted puede pedirle a nuestro plan que cubra un medicamento, aunque no esté en la Lista de medicamentos de nuestro plan. O bien, puede pedirle a nuestro plan que haga una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.

Si es un miembro actual y uno de los medicamentos que toma se eliminará del formulario o tendrá algún tipo de restricción para el próximo año, le informaremos cualquier cambio antes del año nuevo. Puede solicitar una excepción antes del próximo año y le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibir su solicitud (o la declaración que respalda su solicitud por parte de la persona autorizada a dar recetas). Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura del medicamento antes de que el cambio entre en vigencia.

**Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, vaya a la Sección 7.4 del Capítulo 9 para saber qué hacer.** Allí se explican los procedimientos y plazos fijados por Medicare para asegurar que su solicitud se tramite de forma oportuna e imparcial.

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

Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera demasiado elevado, le presentamos algunas de las medidas que puede tomar:

**Puede cambiar a otro medicamento**
Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera demasiado elevado, hable con su proveedor. Puede haber un medicamento diferente en un nivel de costo compartido menor que podría funcionar igual de bien para usted. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-463-0933** (Los usuarios de TTY deben llamar al **711**) para pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten 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 solicitarle a nuestro plan que haga una excepción en el nivel de costo compartido 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, vaya a la Sección 7.4 del Capítulo 9 para saber qué hacer.** Allí se explican los procedimientos y plazos que Medicare ha fijado para asegurar que su solicitud se tramite de forma oportuna e imparcial.

Los medicamentos del nivel de medicamentos especializados (Nivel 5) no son elegibles para este tipo de excepción. No bajamos el monto de costo compartido para los medicamentos en este nivel.

## SECCIÓN 6 Nuestra Lista de medicamentos puede sufrir modificaciones durante el año

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

- **Agregar o quitar medicamentos de la Lista de medicamentos.**
- **Trasladar un medicamento a un nivel de costo compartido más alto o más bajo.**
- **Agregar o quitar una restricción respecto de la cobertura de un medicamento.**
- **Sustituir un medicamento de marca por una versión genérica del medicamento.**
- **Sustituir un producto biológico original por una versión biosimilar intercambiable del producto biológico.**

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

**Información sobre los cambios en la cobertura de medicamentos**
Cuando se producen cambios en la Lista de medicamentos, publicamos la información en nuestro sitio web sobre dichos cambios. También actualizamos nuestra Lista de medicamentos en línea regularmente. A veces, recibirá un aviso directo si se realizaron cambios en un medicamento que toma.

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

- **Agregar nuevos medicamentos a la Lista de medicamentos y eliminar inmediatamente o realizar cambios en un medicamento similar en la Lista de medicamentos.**
  - Podemos eliminar inmediatamente un medicamento similar de la Lista de medicamentos, mover el medicamento a un nivel de costo compartido diferente, agregar nuevas restricciones o ambas cosas. La nueva versión del medicamento estará en el mismo nivel de costo compartido o en uno menor, y con las mismas restricciones o menos.
  - Solo realizaremos estos cambios inmediatos si añadimos una nueva versión genérica de un medicamento de marca o añadimos determinadas versiones biosimilares nuevas de un producto biológico original que ya estaba en la Lista de medicamentos.
  - Podemos realizar estos cambios inmediatamente y comunicárselo más tarde, incluso si está tomando el medicamento que eliminaremos o modificaremos. Si toma el medicamento similar en el momento en que hagamos el cambio, le informaremos sobre cualquier cambio específico que hayamos hecho.
- **Agregar medicamentos a la Lista de medicamentos y eliminar o realizar cambios en un medicamento similar en la Lista de medicamentos.**
  - 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 estará en el mismo nivel de costo compartido o en uno menor, y con las mismas restricciones o menos.
  - Solo realizaremos estos cambios si añadimos una nueva versión genérica de un medicamento de marca o añadimos determinadas versiones biosimilares nuevas de un producto biológico original que ya estaba en la Lista de medicamentos.
  - Le informaremos al menos 30 días antes de hacer el cambio, o le informaremos sobre el cambio y cubriremos un surtido de 30 días del medicamento que está tomando.
- **Eliminar medicamentos no seguros y otros medicamentos en la Lista de medicamentos que se retiran del mercado.**
  - A veces, un medicamento puede considerarse no seguro o retirarse del mercado por otro motivo. Si esto ocurre, podemos eliminar inmediatamente el medicamento de la Lista de

medicamentos. Si está tomando ese medicamento, se lo informaremos después de que realicemos el cambio.

- **Hacer otros cambios a los medicamentos en la Lista de medicamentos.**
  - Es posible que hagamos otros cambios una vez que el año haya comenzado y que afecten los medicamentos que está tomando. Por ejemplo, según las advertencias de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) o nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare.
  - Le informaremos al menos 30 días antes de hacer estos cambios o le informaremos sobre el cambio y cubriremos un surtido adicional de *30 días* del medicamento que está tomando.

Si hacemos cualquiera de estos cambios en cualquiera de los medicamentos que toma, hable con la persona autorizada a dar recetas sobre las opciones que funcionen mejor para usted, incluso cambiar 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 y la persona autorizada a dar recetas pueden solicitarnos una excepción para que sigamos cubriendo el medicamento o la versión del medicamento que ha estado tomando. Para obtener más información sobre cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción, vaya al Capítulo 9.

**Cambios en la Lista de medicamentos que no lo afectan durante este año de plan**
Es posible que realicemos ciertos cambios en la Lista de medicamentos que no se describieron anteriormente. En estos casos, el cambio no se aplicará a su caso si está tomando el medicamento cuando se realice el cambio; sin embargo, estos cambios probablemente lo afectarán a partir del 1 de enero del próximo año del plan si permanece en el mismo plan.

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

- Trasladamos su medicamento a un nivel de costo compartido más alto.
- Imponemos una nueva restricción respecto del uso de su medicamento.
- Eliminamos su medicamento de la Lista de medicamentos.

Si tiene lugar alguno de estos cambios con respecto a un medicamento que usted toma (excepto por el retiro del mercado, el reemplazo de un medicamento de marca por un medicamento genérico u otro cambio indicado en las secciones anteriores), el cambio no afectará su uso ni lo que usted paga como la parte del costo que le corresponde hasta el 1 de enero del próximo año.

No le informaremos sobre estos tipos de cambios directamente durante el año actual del plan. Deberá consultar la Lista de medicamentos para el próximo año del plan (cuando la lista está disponible durante el período de inscripción abierta) para ver si hay cambios en los medicamentos que toma que lo afectarán durante el próximo año de plan.

## SECCIÓN 7 Tipos de medicamentos que no cubrimos

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

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

A continuación, se presentan 3 normas generales sobre medicamentos que el plan de medicamentos con receta de Medicare no cubre en la Parte D:

- La cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que estaría cubierto en la Parte A o Parte 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 para una *indicación no autorizada* cuando el uso no está respaldado por ciertas referencias, como la American Hospital Formulary Service Drug Information y el sistema de información Micromedex DRUGDEX. Uso para una *indicación no autorizada* es cualquier uso distinto al indicado en la etiqueta de un medicamento aprobado por la FDA.

Además, por ley, las siguientes categorías de medicamentos que se enumeran a continuación no están cubiertas por Medicare. Sin embargo, algunos de estos medicamentos pueden estar cubiertos para usted por la cobertura de medicamentos de Medicaid. En la Lista de medicamentos se indica cómo obtener información sobre su cobertura de los medicamentos de Medicaid.

- 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 utilizados 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 o el aumento de peso.
- Medicamentos para pacientes externos cuyo fabricante exige como condición de venta que los exámenes asociados o servicios de supervisión se compren exclusivamente al fabricante.

**Si recibe Ayuda adicional** para pagar sus medicamentos con receta, la Ayuda adicional no pagará los medicamentos que normalmente no están cubiertos. Si cuenta con cobertura de medicamentos a través de Medicaid, el programa Medicaid de su estado puede 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 de medicamentos disponible para usted. (Los números de teléfono y la información de contacto de Medicaid figuran en el **Apéndice A** en la parte de atrás de este documento).

## SECCIÓN 8 Cómo obtener un medicamento con receta

Para obtener su medicamento con receta, proporcione su información de miembro de nuestro plan, que puede encontrar en su tarjeta de miembro en la farmacia de la red que usted elija. La farmacia de la red facturará a nuestro plan de forma automática la parte que nos corresponde del costo de su medicamento. Usted deberá pagarle a la farmacia *su* parte del costo en el momento de retirar su medicamento con receta.

Si usted no tiene su información de miembro de nuestro plan, usted o la farmacia pueden llamar a nuestro plan para obtener la información o puede pedirle a la farmacia que busque la información de inscripción de nuestro plan.

Si la farmacia no recibe la información necesaria, **es posible que usted deba pagar el costo total del medicamento con receta cuando lo retire.** Puede **solicitarnos que le reembolsemos** la parte que nos corresponde. Vaya a la Sección 2 del Capítulo 7 para obtener información sobre cómo solicitar el reembolso a nuestro plan.

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

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

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

### Sección 9.2 Como residente de un centro de atención a largo plazo (LTC)

Normalmente, un centro de atención a largo plazo (LTC) (como un hogar de convalecencia) tiene su propia farmacia o utiliza una farmacia que suministra medicamentos para todos sus residentes. Si usted reside en un centro de LTC, puede obtener sus medicamentos con receta a través de la farmacia del centro o de la que utiliza, siempre y cuando sea parte de nuestra red.

Consulte el *Directorio de proveedores y farmacias*, **AetnaMedicare.com/VADSNP-find-provider**, para averiguar si la farmacia del centro de LTC o la que utiliza es parte de nuestra red. Si no forma parte o si usted necesita más información o ayuda, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-463-0933** (Los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Si usted está en un centro de LTC, debemos asegurarnos de que pueda recibir de manera rutinaria sus beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias de LTC.

Si usted reside en un centro de LTC y necesita un medicamento que no figura en nuestra Lista de medicamentos o que tiene algún tipo de restricción, vaya a la Sección 5 para obtener información sobre obtener un suministro temporal o de emergencia.

### Sección 9.3 Si usted participa en un programa de hospicio certificado por Medicare

El hospicio y nuestro plan no cubren el mismo medicamento al mismo tiempo. Si usted está inscrito en un hospicio de Medicare y requiere ciertos medicamentos (por ejemplo, medicamentos contra las náuseas, laxantes, un analgésico o un ansiolítico) que no están cubiertos por su hospicio porque no se relacionan con su enfermedad terminal ni sus afecciones relacionadas, nuestro plan debe ser notificado por la persona que le emite la receta o por su hospicio de que el medicamento no está relacionado antes de que el plan pueda cubrirlo. Para evitar demoras en la recepción de medicamentos que deberían ser cubiertos por nuestro plan, pídale a su hospicio o a la persona autorizada a dar recetas que envíen una notificación antes de que se le proporcione el medicamento con receta.

En caso de que usted revoque su elección de hospicio o que le den de alta del hospicio, nuestro plan debe cubrir sus medicamentos tal como se explica en este documento. Para evitar demoras en la farmacia cuando finaliza un beneficio de hospicio de Medicare, lleve la documentación a la farmacia para verificar su revocación o alta.

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

Llevamos a cabo revisiones sobre el consumo de medicamentos para asegurarnos de que nuestros miembros reciban 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 los siguientes:

- Posibles errores en los medicamentos.
- Medicamentos que pueden no ser necesarios porque está tomando otro medicamento similar 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 para medicamentos que tienen ingredientes a los que usted es alérgico.
- Posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que toma
- Cantidades peligrosas de medicamentos opioides para el dolor.

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

## Sección 10.1 Programa de administración de medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a utilizar de forma segura sus medicamentos opioides

Tenemos un programa que ayuda a garantizar que los miembros usen de forma segura los opioides con receta y otros medicamentos que, con frecuencia, se usan de manera indebida. Este programa se denomina Programa de administración de medicamentos (DMP). Si usa medicamentos opioides que obtiene de varias personas autorizadas a dar recetas o farmacias, o si recientemente tuvo una sobredosis de opioides, podemos hablar con las personas autorizadas a dar recetas para asegurarnos de que el uso de sus medicamentos opioides sea apropiado y médicamente necesario. Si, al trabajar con las personas autorizadas a dar recetas, decidimos que el uso de los medicamentos opioides o las benzodiazepinas con receta puede no ser seguro para usted, podemos limitar la forma en que puede obtener esos medicamentos. Si lo colocamos en nuestro DMP, las limitaciones pueden ser las siguientes:

- Requerirle que obtenga todas sus recetas de medicamentos opioides o benzodiacepinas en determinadas farmacias.
- Requerirle que obtenga todas sus recetas de medicamentos opioides o benzodiacepinas de determinadas personas autorizadas a dar recetas.
- Limitar la cantidad de medicamentos opiáceos o benzodiazepinas que cubriremos para usted.

Si decidimos limitar la forma en que usted obtiene estos medicamentos o cuánto puede obtener, le enviaremos una carta por adelantado. En la carta, se le explicará si limitaremos la cobertura de estos medicamentos para usted, o si usted deberá obtener los medicamentos con receta para estos medicamentos solo de una persona autorizada a dar recetas o una farmacia específica. Tendrá la oportunidad de decirnos qué personas autorizadas a dar recetas o farmacias prefiere usar y cualquier otra información que considere importante que conozcamos. Después de que haya tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura de estos medicamentos, le enviaremos otra carta en la que confirmaremos la limitación. Si cree que cometimos un error o si no está de acuerdo con nuestra decisión o con la limitación, usted y la persona autorizada a dar recetas tienen derecho a apelar. Si apela, revisaremos su caso y le comunicaremos una nueva decisión. Si continuamos denegándole alguna parte de su solicitud relacionada con las limitaciones que se aplican a su acceso a los medicamentos, enviaremos su caso automáticamente a un revisor independiente fuera de nuestro plan. Para obtener información sobre cómo solicitar una apelación, vaya al Capítulo 9.

No se lo incluirá en nuestro DMP si tiene ciertas afecciones médicas, como dolor relacionado con el cáncer o anemia drepanocítica, si está recibiendo atención en un hospicio, cuidados paliativos, atención para el final de la vida o si vive en un centro de atención a largo plazo.

## Sección 10.2 Programa de manejo del tratamiento farmacológico (MTM) para ayudar a los miembros a administrar los medicamentos

Tenemos un programa que puede ayudar a nuestros miembros con necesidades de salud complejas. Nuestro programa se denomina Programa de manejo del tratamiento farmacológico (MTM). Este programa es voluntario y gratuito. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrollaron el programa para que nosotros ayudemos a garantizar que nuestros miembros aprovechen al máximo el 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 que están en un DMP para ayudarlos a usar los opioides de forma segura, pueden obtener los servicios de un programa de MTM. Si califica para el programa, un farmacéutico u otro profesional de la salud llevarán a cabo una revisión integral de todos sus medicamentos. Durante la revisión, puede hablar sobre sus medicamentos, los costos o cualquier problema o pregunta que tenga sobre sus medicamentos con receta y de venta libre. Recibirá un resumen por escrito que incluye una lista de tareas recomendadas con los pasos que debe seguir para obtener los mejores resultados de sus medicamentos. También obtendrá una lista de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que está tomando, cuánto está tomando y cuándo y la razón por la que los está tomando. Además, los miembros en el programa de MTM recibirán información sobre la eliminación segura de medicamentos con receta que son sustancias controladas.

Es una buena idea hablar con su médico sobre su lista de medicamentos y tareas recomendadas. Lleve el resumen con usted a su consulta o en cualquier momento que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica. Lleve su lista de medicamentos al día y con usted (por ejemplo, con su identificación) si acude al hospital o a la sala de emergencias.

Si tenemos un programa que se adapte a sus necesidades, lo inscribiremos automáticamente en el programa y le enviaremos la información. Si usted decide no participar, notifíquenos y retiraremos su participación. Si tiene preguntas sobre este programa, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-463-0933** (Los usuarios de TTY deben llamar al **711**).

# Capítulo 6:
# *Lo que le corresponde pagar por los medicamentos de la Parte D*

## SECCIÓN 1 Lo que le corresponde pagar por los medicamentos de la Parte D

En este capítulo, usamos el término "medicamento" en el sentido de un medicamento con receta de la Parte D. No todos los medicamentos son medicamentos de la Parte D; algunos medicamentos están excluidos de la cobertura de la Parte D por ley. Algunos de los medicamentos que se excluyen en la cobertura de la Parte D se incluyen en la Parte A o la Parte B de Medicare.

Para comprender la información de pago, usted necesita saber qué medicamentos están cubiertos, dónde obtener sus medicamentos con receta y cuáles son las normas a seguir cuando usted recibe sus medicamentos cubiertos. El Capítulo 5 explica estas normas. Cuando utilice la "Herramienta de beneficios en tiempo real" de nuestro plan para buscar la cobertura de medicamentos, **AetnaMedicare.com/VADSNP-drug-formulary**, el costo que vea refleja un valor estimativo de los costos que paga de su bolsillo que se espera que pague. También puede obtener información brindada por la "Herramienta de beneficios en tiempo real" llamando al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-463-0933** (Los usuarios de TTY deben llamar al **711**).

**¿Cómo obtener información sobre los costos de los medicamentos?**
Debido a que usted es elegible para Medicaid, califica para recibir Ayuda adicional de Medicare para cubrir los costos de su plan de medicamentos con receta. Debido a que usted tiene Ayuda adicional, **parte de la información en esta** *Evidencia de cobertura* **sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D no se aplica en su caso.** Le enviamos un inserto aparte, 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 conocida como *Low Income Subsidy Rider* o *LIS Rider (Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS)*, que le informa sobre su cobertura de medicamentos. Si no posee este inserto, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-463-0933** (Los usuarios de TTY deben llamar al **711**) y solicite la *Cláusula adicional LIS*.

### Sección 1.1 Tipos de costos que es posible que deba pagar de su bolsillo por los medicamentos cubiertos

Existen tres distintos tipos de costos que paga de su bolsillo para los medicamentos de la Parte D cubiertos que se le puede solicitar que pague:

- El **deducible** es el monto que paga por los medicamentos antes de que nuestro plan comience a pagar la parte que le corresponde.
- El **copago** es un monto fijo que paga cada vez que obtiene un medicamento con receta.
- El **coseguro** es un porcentaje del costo total que paga cada vez que obtiene un medicamento con receta.

### Sección 1.2 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 costos que paga de su bolsillo. Estas son las normas que debemos seguir para mantener un registro de los costos que paga de su bolsillo.

---

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

Los gastos que paga de su bolsillo **incluyen** los pagos detallados a continuación (siempre y cuando

correspondan a medicamentos cubiertos de la Parte D y usted haya cumplido las normas respecto de la cobertura de medicamentos que se explican en el Capítulo 5):

- El monto que paga por los medicamentos cuando está en las siguientes etapas de pago de medicamentos:
    - La Etapa del deducible
    - La Etapa de cobertura inicial
- Cualquier pago que efectuó durante este año calendario como miembro de un plan de medicamentos de Medicare diferente antes de inscribirse en nuestro plan.
- Cualquier pago por sus medicamentos realizado por familiares o amigos.
- Cualquier pago realizado por sus medicamentos de la Ayuda adicional de Medicare, de un empleador o plan de salud sindical, Servicio de Salud Indígena, programas de asistencia de medicamentos para el SIDA y la mayoría de las organizaciones benéficas.

**Paso a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas:**
Cuando usted (o los que pagan en su nombre) haya pagado de su bolsillo un total de $2,400 dentro del año calendario, pasará de la Etapa de cobertura inicial a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

---

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

Los costos que paga de su 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.
- Los medicamentos que no sean de la Parte D, incluidos los medicamentos con receta cubiertos por la Parte A o la Parte B, y otros medicamentos excluidos de la cobertura de Medicare.
- Pagos que realiza para los medicamentos que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare.
- Pagos de sus medicamentos hechos por ciertos planes de seguro y programas de salud financiados por el gobierno, como TRICARE y la Administración de Asuntos de Veteranos (VA)
- 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 los fabricantes de medicamentos en virtud del Programa de descuentos del fabricante.

*Recordatorio:* Si cualquier otra organización, como las que mencionamos más arriba, pagan parte o la totalidad de los costos que paga de su bolsillo por los medicamentos, usted debe informarlo a nuestro plan llamando al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-463-0933** (Los usuarios de TTY deben llamar al **711**).

---

**Llevar un seguimiento de los costos que paga de su bolsillo.**

- La *Explicación de beneficios (EOB) de la Parte D* que recibe incluye el monto total de los costos que paga de su bolsillo. Cuando este monto alcance los $2,400, la *EOB de la Parte D* le indicará que ha pasado de la Etapa de cobertura inicial a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** Vaya a la Sección 3.1 para obtener información sobre lo que puede hacer para asegurarse de que los registros que tengamos de lo que ha gastado estén completos y actualizados.

## SECCIÓN 2 Etapas de pago de medicamentos para los miembros de Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP)

Hay **tres etapas de pago de los medicamentos** para su cobertura de medicamentos en virtud de Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP). El monto que paga por cada medicamento con receta depende de la etapa en que se encuentre cuando obtenga un medicamento con receta o un resurtido. En este capítulo se explican los detalles de cada etapa. Las etapas son:

**Etapa 1: Etapa del deducible anual**
**Etapa 2: Etapa de cobertura inicial**
**Etapa 3: Etapa de cobertura en situaciones catastróficas**

## SECCIÓN 3 Su *Explicación de beneficios de la Parte D* explica la etapa de pago en la que se encuentra

Nuestro plan hace un seguimiento de los costos de sus medicamentos con receta y de los pagos que efectúa cuando obtiene medicamentos con receta en la farmacia. De esta manera, podemos decirle cuándo pasa de una etapa de pago de medicamentos a la siguiente etapa. Hacemos un seguimiento de 2 tipos de costos:

- **Costos que paga de su bolsillo:** Es el monto que pagó. Esto incluye lo que pagó cuando recibe un medicamento cubierto de la Parte D, cualquier pago por sus medicamentos realizados por familiares o amigos, y cualquier pago por sus medicamentos de la Ayuda adicional de Medicare, de un plan de salud del empleador o sindicato, el Servicio de Salud Indígena, programas de asistencia de medicamentos para el SIDA y organizaciones benéficas.
- **Costos totales de los medicamentos:** Este es el total de todos los pagos realizados para sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Aquí encontrará lo que nuestro plan pagó, lo que usted pagó y lo que otros programas u organizaciones pagaron por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

Si ha obtenido 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 lo siguiente:

- **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 nuestro plan pagó y lo que usted y otros pagaron en su nombre.
- **Los totales para el año desde el 1 de enero.** Muestra los costos totales de los medicamentos y los pagos totales por sus medicamentos desde el inicio del año.
- **Información sobre el precio de los medicamentos.** Esto muestra el precio total del medicamento e información sobre los cambios en el precio desde que se obtiene el primer medicamento para cada reclamación de medicamento con receta de la misma cantidad.
- **Medicamentos con receta alternativos de menor costo disponibles**. Esto muestra información sobre otros medicamentos disponibles con costos compartidos menores para cada reclamación de medicamentos con receta, si corresponde.

### Sección 3.1 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 medicamentos con receta.** Esto nos ayuda a asegurarnos de que conozcamos acerca de los medicamentos con receta que usted obtiene y lo que paga.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos**. Es posible que, en ocasiones, usted deba pagar el costo total de un medicamento con receta. En estos casos, no recibiremos automáticamente la información que necesitamos para mantener el seguimiento de los costos que paga de su bolsillo. Para ayudarnos a mantener un registro de los costos que paga de su bolsillo, proporciónenos copias de sus recibos. **Ejemplos de cuándo debe darnos copias de sus recibos de medicamentos:**
  - Cuando usted compra un medicamento cubierto en una farmacia dentro 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 del fabricante del medicamento para el paciente.
  - Cada vez que compre medicamentos cubiertos en una farmacia fuera de la red o que pague el precio total de un medicamento cubierto en circunstancias especiales.
  - Si se le factura por un medicamento cubierto, puede pedirle a nuestro plan que pague la parte que nos corresponde del costo. Para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo, vaya a la Sección 2 del Capítulo 7.
- **Envíenos la información sobre los pagos que terceros realicen por usted**. Los pagos realizados por otras personas y organizaciones también se tienen en cuenta en los costos que paga de su bolsillo. Por ejemplo, en los costos que paga de su bolsillo, se tienen en cuenta los pagos realizados por un programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP), el Servicio de Salud Indígena y las organizaciones benéficas. Lleve un registro de estos pagos y nos lo envíe para que podamos hacer un seguimiento de sus costos.
- **Revise el informe que le enviamos por escrito.** Cuando reciba la *EOB de la Parte D*, analícela para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si considera que faltan datos o si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-463-0933** (Los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Asegúrese de guardar estos informes.

## SECCIÓN 4 La Etapa del deducible

Debido a que la mayoría de nuestros miembros reciben Ayuda adicional para pagar los costos de los medicamentos con receta, la Etapa del deducible no se aplica a la mayoría de los miembros. Si recibe Ayuda adicional, esta etapa de pago no se aplica a usted.

Si no recibe Ayuda adicional, la Etapa del deducible es la primera etapa de pago de su cobertura de 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 el herpes zóster, el tétanos y las vacunas para viajes. Usted pagará un deducible anual de $700 para los medicamentos de los Niveles 3, 4 y 5. **Usted paga el costo total de los medicamentos de los Niveles 3, 4 y 5** hasta que alcance el monto del deducible de nuestro plan. Para todos los demás medicamentos, usted no pagará ningún deducible. El **costo total** suele ser inferior al precio total habitual del medicamento, puesto que nuestro plan negoció costos más bajos para la mayoría de los medicamentos en las farmacias de la red. El costo total no puede superar el precio justo máximo más las tarifas de suministro de los medicamentos con precios negociados en virtud del Programa de negociación de precios de medicamentos de Medicare. Una vez que haya pagado $700 por los medicamentos de los Niveles 3, 4 y 5, sale de la Etapa del deducible y pasa a la Etapa

de cobertura inicial.

## SECCIÓN 5 La Etapa de cobertura inicial

### 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, nuestro plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos con receta cubiertos, y usted paga su parte (su copago *o* coseguro). La parte que le corresponde del costo varía según el medicamento y de dónde obtiene los medicamentos con receta.

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

- **Nivel 1: Medicamento genérico preferido**
  Muchos medicamentos genéricos comunes de menor costo.
- **Nivel 2: Medicamento genérico**
  Medicamentos genéricos de mayor costo.
- **Nivel 3: Medicamento de marca preferido**
  Muchos medicamentos de marca comunes, como también algunos medicamentos genéricos con un costo más alto.
- **Nivel 4: Medicamento no preferido**
  Medicamentos de mayor costo de marca y genéricos para los que, por lo general, existen alternativas de menor costo.
- **Nivel 5: Medicamento especializado**
  Medicamentos de marca y genéricos de alto costo que cumplen la definición de medicamento especializado de Medicare.
- **Insulinas:** Independientemente del nivel, usted paga hasta $35 como máximo por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto.

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

**Sus opciones de farmacia**
El monto que usted paga por un medicamento depende de si lo obtiene de las siguientes farmacias:

- Una farmacia minorista de la red.
- Una farmacia que no está en la red de nuestro plan. Cubrimos medicamentos con receta obtenidos en farmacias fuera de la red solo en situaciones limitadas. Vaya a la Sección 2.4 del Capítulo 5 para averiguar cuándo cubriremos un medicamento con receta en una farmacia fuera de la red.
- Una farmacia de pedidos por correo de nuestro plan.

Para obtener más información sobre las opciones de farmacias y obtener sus medicamentos con receta, consulte el Capítulo 5 y el *Directorio de proveedores y farmacias* del plan (**AetnaMedicare.com/VADSNP-find-provider**).

### Sección 5.2 Sus costos para un suministro de *un mes* de un medicamento cubierto

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

El monto del copago o del coseguro depende del nivel de costo compartido.

A veces, el costo del medicamento es inferior al de su copago. En estos casos, usted paga el precio inferior por el medicamento en lugar del copago.

**Sus costos para un suministro de *un mes* de un medicamento cubierto de la Parte D**

| Nivel | **Costo compartido estándar minorista (dentro de la red)** (Hasta un suministro para 30 días) | **Costo compartido para pedido por correo** (Hasta un suministro para 30 días) | **Costo compartido de atención a largo plazo (LTC)** (Hasta un suministro para 31 días) | **Costo compartido fuera de la red** (La cobertura se limita a ciertas situaciones; vaya al Capítulo 5 para obtener más detalles). (Hasta un suministro para 10 días) |
|---|---|---|---|---|
| **Costo compartido Nivel 1** (Medicamento genérico preferido) | $0 | $0 | $0 | $0 |
| **Costo compartido Nivel 2** (Medicamento genérico) | $0 | $0 | $0 | $0 |

| Nivel | **Costo compartido estándar minorista (dentro de la red)** (Hasta un suministro para 30 días) | **Costo compartido para pedido por correo** (Hasta un suministro para 30 días) | **Costo compartido de atención a largo plazo (LTC)** (Hasta un suministro para 31 días) | **Costo compartido fuera de la red** (La cobertura se limita a ciertas situaciones; vaya al Capítulo 5 para obtener más detalles). (Hasta un suministro para 10 días) |
|---|---|---|---|---|
| **Costo compartido Nivel 3** (Medicamento de marca preferido) | 9%<br>o<br>**Si tiene elegibilidad activa para Medicaid:** Para los medicamentos genéricos o de marca, usted paga: $0<br><br>**Si no tiene elegibilidad activa para Medicaid, pero califica para recibir Ayuda adicional de Medicare para poder cubrir sus medicamentos:** *Para medicamentos genéricos o de marca que se tratan como genéricos, usted paga*: $0, $1.65, o $5.80 *Para medicamentos de marca:* $0, $5.00, o $14.40 | 9%<br>o<br>**Si tiene elegibilidad activa para Medicaid:** Para los medicamentos genéricos o de marca, usted paga: $0<br><br>**Si no tiene elegibilidad activa para Medicaid, pero califica para recibir Ayuda adicional de Medicare para poder cubrir sus medicamentos:** *Para medicamentos genéricos o de marca que se tratan como genéricos, usted paga*: $0, $1.65, o $5.80 *Para medicamentos de marca:* $0, $5.00, o $14.40 | 9%<br>o<br>**Si tiene elegibilidad activa para Medicaid:** Para los medicamentos genéricos o de marca, usted paga: $0<br><br>**Si no tiene elegibilidad activa para Medicaid, pero califica para recibir Ayuda adicional de Medicare para poder cubrir sus medicamentos:** *Para medicamentos genéricos o de marca que se tratan como genéricos, usted paga*: $0, $1.65, o $5.80 *Para medicamentos de marca:* $0, $5.00, o $14.40 | 9%<br>o<br>**Si tiene elegibilidad activa para Medicaid:** Para los medicamentos genéricos o de marca, usted paga: $0<br><br>**Si no tiene elegibilidad activa para Medicaid, pero califica para recibir Ayuda adicional de Medicare para poder cubrir sus medicamentos:** *Para medicamentos genéricos o de marca que se tratan como genéricos, usted paga*: $0, $1.65, o $5.80 *Para medicamentos de marca:* $0, $5.00, o $14.40 |

| Nivel | **Costo compartido estándar minorista (dentro de la red)** (Hasta un suministro para 30 días) | **Costo compartido para pedido por correo** (Hasta un suministro para 30 días) | **Costo compartido de atención a largo plazo (LTC)** (Hasta un suministro para 31 días) | **Costo compartido fuera de la red** (La cobertura se limita a ciertas situaciones; vaya al Capítulo 5 para obtener más detalles). (Hasta un suministro para 10 días) |
|---|---|---|---|---|
| **Costo compartido Nivel 4** (Medicamento no preferido) | 25%<br>o<br>**Si tiene elegibilidad activa para Medicaid:**<br>Para los medicamentos genéricos o de marca, usted paga: $0<br><br>**Si no tiene elegibilidad activa para Medicaid, pero califica para recibir Ayuda adicional de Medicare para poder cubrir sus medicamentos:**<br>*Para medicamentos genéricos o de marca que se tratan como genéricos, usted paga*: $0, $1.65, o $5.80<br>*Para medicamentos de marca:* $0, $5.00, o $14.40 | 25%<br>o<br>**Si tiene elegibilidad activa para Medicaid:**<br>Para los medicamentos genéricos o de marca, usted paga: $0<br><br>**Si no tiene elegibilidad activa para Medicaid, pero califica para recibir Ayuda adicional de Medicare para poder cubrir sus medicamentos:**<br>*Para medicamentos genéricos o de marca que se tratan como genéricos, usted paga*: $0, $1.65, o $5.80<br>*Para medicamentos de marca:* $0, $5.00, o $14.40 | 25%<br>o<br>**Si tiene elegibilidad activa para Medicaid:**<br>Para los medicamentos genéricos o de marca, usted paga: $0<br><br>**Si no tiene elegibilidad activa para Medicaid, pero califica para recibir Ayuda adicional de Medicare para poder cubrir sus medicamentos:**<br>*Para medicamentos genéricos o de marca que se tratan como genéricos, usted paga*: $0, $1.65, o $5.80<br>*Para medicamentos de marca:* $0, $5.00, o $14.40 | 25%<br>o<br>**Si tiene elegibilidad activa para Medicaid:**<br>Para los medicamentos genéricos o de marca, usted paga: $0<br><br>**Si no tiene elegibilidad activa para Medicaid, pero califica para recibir Ayuda adicional de Medicare para poder cubrir sus medicamentos:**<br>*Para medicamentos genéricos o de marca que se tratan como genéricos, usted paga*: $0, $1.65, o $5.80<br>*Para medicamentos de marca:* $0, $5.00, o $14.40 |

| Nivel | **Costo compartido estándar minorista (dentro de la red)** (Hasta un suministro para 30 días) | **Costo compartido para pedido por correo** (Hasta un suministro para 30 días) | **Costo compartido de atención a largo plazo (LTC)** (Hasta un suministro para 31 días) | **Costo compartido fuera de la red** (La cobertura se limita a ciertas situaciones; vaya al Capítulo 5 para obtener más detalles). (Hasta un suministro para 10 días) |
|---|---|---|---|---|
| **Costo compartido Nivel 5** (Medicamento especializado) | 25%<br>o<br>**Si tiene elegibilidad activa para Medicaid:**<br>Para los medicamentos genéricos o de marca, usted paga: $0<br><br>**Si no tiene elegibilidad activa para Medicaid, pero califica para recibir Ayuda adicional de Medicare para poder cubrir sus medicamentos:**<br>*Para medicamentos genéricos o de marca que se tratan como genéricos, usted paga*: $0, $1.65, o $5.80<br>*Para medicamentos de marca:* $0, $5.00, o $14.40 | 25%<br>o<br>**Si tiene elegibilidad activa para Medicaid:**<br>Para los medicamentos genéricos o de marca, usted paga: $0<br><br>**Si no tiene elegibilidad activa para Medicaid, pero califica para recibir Ayuda adicional de Medicare para poder cubrir sus medicamentos:**<br>*Para medicamentos genéricos o de marca que se tratan como genéricos, usted paga*: $0, $1.65, o $5.80<br>*Para medicamentos de marca:* $0, $5.00, o $14.40 | 25%<br>o<br>**Si tiene elegibilidad activa para Medicaid:**<br>Para los medicamentos genéricos o de marca, usted paga: $0<br><br>**Si no tiene elegibilidad activa para Medicaid, pero califica para recibir Ayuda adicional de Medicare para poder cubrir sus medicamentos:**<br>*Para medicamentos genéricos o de marca que se tratan como genéricos, usted paga*: $0, $1.65, o $5.80<br>*Para medicamentos de marca:* $0, $5.00, o $14.40 | 25%<br>o<br>**Si tiene elegibilidad activa para Medicaid:**<br>Para los medicamentos genéricos o de marca, usted paga: $0<br><br>**Si no tiene elegibilidad activa para Medicaid, pero califica para recibir Ayuda adicional de Medicare para poder cubrir sus medicamentos:**<br>*Para medicamentos genéricos o de marca que se tratan como genéricos, usted paga*: $0, $1.65, o $5.80<br>*Para medicamentos de marca:* $0, $5.00, o $14.40 |
| **Insulinas** | No pagará más de $35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de costo compartido, incluso si no ha pagado su deducible. | | | |

Vaya a la Sección 7 para obtener más información sobre el costo compartido para 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 cubre el suministro para un mes completo. Es

posible que, en ocasiones, a usted o a su médico les gustaría tener 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 entregue, un suministro de sus medicamentos para menos de un mes completo, si esto lo ayudará a planificar mejor las fechas de resurtido.

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

- Si usted es responsable de pagar un coseguro, paga un *porcentaje* del costo total del medicamento. Dado que el coseguro se basa en el costo total del medicamento, los costos serán menores ya que el costo total del medicamento será menor.
- Si usted es responsable de pagar un copago por el medicamento, solo paga por la cantidad de días del medicamento que recibe en lugar de un mes completo. Calculamos la cantidad que paga por día por su medicamento (el costo compartido diario) y lo multiplicaremos por la cantidad de días del medicamento que recibe.

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

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

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

| **Nivel** | **Costo compartido estándar minorista (dentro de la red)** (Hasta un suministro para 100 días) | **Costo compartido para pedido por correo** (Hasta un suministro para 100 días) |
|---|---|---|
| **Costo compartido Nivel 1** (Medicamento genérico preferido) | $0 | $0 |
| **Costo compartido Nivel 2** (Medicamento genérico) | $0 | $0 |

| Nivel | Costo compartido estándar minorista (dentro de la red) (Hasta un suministro para 100 días) | Costo compartido para pedido por correo (Hasta un suministro para 100 días) |
|---|---|---|
| **Costo compartido Nivel 3** (Medicamento de marca preferido) | 9%<br>o<br>**Si tiene elegibilidad activa para Medicaid:**<br>Para los medicamentos genéricos o de marca, usted paga: $0<br><br>**Si no tiene elegibilidad activa para Medicaid, pero califica para recibir Ayuda adicional de Medicare para poder cubrir sus medicamentos:**<br>*Para medicamentos genéricos o de marca que se tratan como genéricos, usted paga*: $0, $1.65, o $5.80<br>*Para medicamentos de marca:* $0, $5.00, o $14.40 | 9%<br>o<br>**Si tiene elegibilidad activa para Medicaid:**<br>Para los medicamentos genéricos o de marca, usted paga: $0<br><br>**Si no tiene elegibilidad activa para Medicaid, pero califica para recibir Ayuda adicional de Medicare para poder cubrir sus medicamentos:**<br>*Para medicamentos genéricos o de marca que se tratan como genéricos, usted paga*: $0, $1.65, o $5.80<br>*Para medicamentos de marca:* $0, $5.00, o $14.40 |
| **Costo compartido Nivel 4** (Medicamento no preferido) | 25%<br>o<br>**Si tiene elegibilidad activa para Medicaid:**<br>Para los medicamentos genéricos o de marca, usted paga: $0<br><br>**Si no tiene elegibilidad activa para Medicaid, pero califica para recibir Ayuda adicional de Medicare para poder cubrir sus medicamentos:**<br>*Para medicamentos genéricos o de marca que se tratan como genéricos, usted paga*: $0, $1.65, o $5.80<br>*Para medicamentos de marca:* $0, $5.00, o $14.40 | 25%<br>o<br>**Si tiene elegibilidad activa para Medicaid:**<br>Para los medicamentos genéricos o de marca, usted paga: $0<br><br>**Si no tiene elegibilidad activa para Medicaid, pero califica para recibir Ayuda adicional de Medicare para poder cubrir sus medicamentos:**<br>*Para medicamentos genéricos o de marca que se tratan como genéricos, usted paga*: $0, $1.65, o $5.80<br>*Para medicamentos de marca:* $0, $5.00, o $14.40 |
| **Costo compartido Nivel 5** (Medicamento especializado) | El suministro a largo plazo no se encuentra disponible para los medicamentos de Nivel 5. | |
| **Insulinas** | No pagará más de $70 por un suministro de hasta dos meses o $105 por un suministro de hasta tres meses de cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de costo compartido, incluso si no ha pagado su deducible. | |

### Sección 5.5 Permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que los costos que paga de su bolsillo durante el año alcancen los $2,400

Permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que los costos totales que paga de su bolsillo alcancen los $2,400. Luego, pasa a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

La *EOB de la Parte D* que recibe lo ayudará a llevar un registro de lo que usted, el plan y cualquier tercero han gastado en su nombre durante el año. No todos los miembros alcanzarán el límite anual de $2,400 que paga de su bolsillo.

Le informaremos cuando alcance este monto. Consulte la Sección 1.2 para obtener información sobre cómo Medicare calcula los costos que paga de su bolsillo.

## SECCIÓN 6 La Etapa de cobertura en situaciones catastróficas

En la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted ingresa a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas cuando los costos que paga de su bolsillo alcancen el límite de $2,400 para el año calendario. Una vez que está en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, se quedará en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.

- Durante esta etapa de pago, no debe pagar nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D.

## SECCIÓN 7 Lo que usted paga por las vacunas de la Parte D

**Mensaje importante sobre lo que usted paga por las vacunas:** Algunas vacunas se consideran beneficios médicos y están cubiertas por la Parte B. Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas en la Lista de medicamentos del plan. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos sin costo para usted, incluso si no ha pagado su deducible. Consulte la Lista de medicamentos de nuestro plan o llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-463-0933** (Los usuarios de TTY deben llamar al **711**) para obtener detalles de cobertura y costo compartido sobre las vacunas específicas.

Hay 2 partes de nuestra cobertura de vacunas de la Parte D:

- La primera parte de la cobertura cubre el costo de **la vacuna en sí**.
- La segunda parte es para el costo de la **vacunación**. (A veces se le denomina administración de la vacuna).

Sus costos de vacunas de la Parte D dependen de tres aspectos:

1. **Si la vacuna está recomendada para adultos por una organización llamada Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación (ACIP).**
   - La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos están recomendadas por el ACIP y no le cuestan nada.
2. **Dónde obtiene la vacuna.**
   - La vacuna en sí puede ser dispensada por una farmacia o brindada por el consultorio del médico.
3. **Quién le administrará la vacuna.**
   - Un farmacéutico u otro proveedor pueden administrarle la vacuna en la farmacia. O bien, un proveedor puede administrarla en el consultorio del médico.

Lo que paga en el momento en que se le administra la vacuna de la Parte D puede variar según las circunstancias y cuál es la **etapa de pago de medicamentos** en la que se encuentra.

- Cuando obtiene una vacuna, es posible que deba pagar el costo total tanto de la vacuna en sí como del proveedor para que se le administre. 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 el costo total que haya pagado.
- Otras veces, cuando reciba una vacuna, solo pagará su parte del costo según el beneficio de la Parte D. Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, usted no paga nada.

A continuación, se incluyen tres ejemplos de maneras en que puede obtener una vacuna de la Parte D.

*Situación 1:* La vacuna de la Parte D se le administra en la farmacia de la red. (Tener esta opción o no depende de dónde viva usted. En algunos estados no se permite que las farmacias le proporcionen ciertas vacunas).

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

*Situación 2:* La vacuna de la Parte D se le administra en el consultorio de su médico.

- Cuando reciba la vacuna, es posible que deba pagar el costo total de la vacuna en sí y el costo del proveedor que se la administre.
- Entonces, podrá pedirle a nuestro plan que le pague la parte que le corresponde del costo mediante los procedimientos descritos en el Capítulo 7.
- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, se le reembolsará el monto total que pagó. Para otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará el monto que pagó, menos cualquier coseguro o copago por la vacuna (incluida la administración), y menos la diferencia que existe entre el monto que cobre el médico y lo que normalmente pagamos. (Si recibe Ayuda adicional, le reembolsaremos esta diferencia).

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

- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, usted no paga nada por la vacuna en sí.
- Para otras vacunas de la Parte D, usted paga a la farmacia su coseguro o copago por la vacuna en sí.
- Cuando su médico le administre la vacuna, es posible que tenga que pagar el costo total por este servicio.
- Entonces, podrá pedirle a nuestro plan que le pague la parte que le corresponde del costo mediante los procedimientos descritos en el Capítulo 7.
- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, se le reembolsará el monto total que pagó. Para otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará el monto que pagó, menos cualquier coseguro por la administración de la vacuna, y menos la diferencia que existe entre el monto que cobre el médico y lo que normalmente pagamos. (Si recibe Ayuda adicional, le reembolsaremos esta diferencia).

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

## SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos nuestra parte por los servicios o medicamentos cubiertos

Nuestros proveedores de la red le facturan directamente a nuestro plan los servicios y medicamentos cubiertos. Si recibe una factura por el costo total de la atención médica o los medicamentos que recibió, envíenos la factura para que podamos realizar el reembolso. Cuando nos envíe la factura, la examinaremos y decidiremos si se deben cubrir los servicios y medicamentos. Si decidimos que deben ser cubiertos, le pagaremos al proveedor directamente.

**Si ya ha pagado por un servicio o producto de Medicare cubierto por nuestro plan**, puede pedirle a nuestro plan que le devuelva el dinero (por lo general, la acción de devolver el dinero se denomina **reembolso**). Es su derecho que nuestro plan le reembolse cada vez que usted haya pagado más del monto que le corresponde de los costos por servicios médicos o medicamentos que están cubiertos por el plan. Es posible que haya plazos que deba cumplir para obtener el reembolso. Vaya a la Sección 2 de este capítulo. Cuando nos envíe la factura que ya pagó, la examinaremos y decidiremos si los servicios deben ser cubiertos. Si decidimos que se deben cubrir, le reembolsaremos los pagos por los servicios o medicamentos.

También habrá veces en las que reciba una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que recibió o por más de su parte del costo compartido. Primero, intente resolver el problema de facturación con el proveedor. Si eso no funciona, envíenosla en lugar de pagarla. Examinaremos la factura y decidiremos si los servicios deben ser cubiertos. Si decidimos que deben ser cubiertos, le pagaremos al proveedor directamente. Si decidimos no pagarla, notificaremos al proveedor. Nunca debe pagar más del costo compartido permitido por el plan. Si este proveedor tiene contrato, aún tiene derecho al tratamiento.

Ejemplos de situaciones en las que puede que necesite solicitarle a nuestro plan que le reembolse o que pague una factura que recibió:

**1. Cuando recibe atención médica de emergencia o de urgencia de un proveedor que no pertenece a la red de nuestro plan**

- Puede recibir servicios de emergencia o de urgencia de cualquier proveedor, independientemente de que este sea parte de nuestra red o no. En estos casos, pida al proveedor que le facture a nuestro plan.
- Si usted paga el monto total en el momento de recibir la atención, pídanos que le reembolsemos. Envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que efectuó.
- Es posible que reciba una factura del proveedor que le pida que pague un monto que usted considera que no debe. Envíenos esa factura junto con la documentación de cualquier pago que ya haya efectuado.
    - Si al proveedor se le debe algo, le pagaremos directamente.
    - Si ya pagó por el servicio, se lo reembolsaremos.

**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 a nuestro plan directamente. Pero, a veces, cometen errores y le piden que pague por los servicios.

- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red, envíenosla. Nos pondremos en contacto con el proveedor directamente y resolveremos el problema de facturación.
- Si ya le pagó una factura a un proveedor de la red, envíenosla junto con la documentación de cualquier pago que hizo. Pídanos que le reembolsemos por los servicios cubiertos.

**3. Si está inscrito retroactivamente en nuestro plan**
Algunas veces, la inscripción de una persona en nuestro 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 sus medicamentos o servicios cubiertos después de la fecha de inscripción, puede solicitarnos que le reembolsemos la parte que nos corresponde. Debe enviarnos la documentación correspondiente, como los recibos y las facturas para que gestionemos el reembolso.

**4. Cuando utiliza una farmacia fuera de la red para obtener un medicamento con receta**
Si acude a una farmacia fuera de la red, es posible que la farmacia no pueda presentarnos la reclamación directamente. Si esto sucede, usted debe pagar el costo total de sus medicamentos con receta.

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso de la parte que nos corresponde del costo. Recuerde que solo cubrimos farmacias fuera de la red en circunstancias limitadas. Para obtener más información sobre estas circunstancias, vaya a la Sección 2.4 del Capítulo 5. Es posible que no le reembolsemos 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 total de un medicamento con receta porque no lleva con usted su tarjeta de miembro del plan**
Si no lleva con usted su tarjeta de miembro del plan, puede pedirle a la farmacia que llame a nuestro plan o busque su información de inscripción de nuestro plan. 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 reembolsemos el costo total que pagó si el precio en efectivo que pagó es superior al precio que negociamos por el medicamento con receta.

**6. Cuando 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 cubiertos de nuestro plan o podría tener un requisito o una 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 del medicamento. Es posible que no le reembolsemos el costo total que pagó si el precio en efectivo que pagó es superior al precio que negociamos por el medicamento con receta.

Cuando nos envía una solicitud de pago, revisaremos su solicitud y decidiremos si se debe cubrir el servicio o medicamento. A esto se lo denomina tomar una **decisión de cobertura**. Si decidimos que deben ser cubiertos, pagaremos la parte que nos corresponde del costo del servicio o medicamento. Si rechazamos su solicitud de pago, usted puede apelar nuestra decisión. En el Capítulo 9 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 reembolsemos mediante una llamada o el envío de una solicitud por escrito. Si envía una solicitud por escrito, envíe su factura y la documentación de cualquier pago que haya realizado. Es buena idea hacer una copia de su factura y de los recibos para sus registros. **Debe presentarnos sus reclamaciones médicas y de las vacunas de la Parte B dentro de los 12 meses** a partir de la fecha en que recibió el servicio, producto o medicamento de la Parte B. **Debe presentarnos sus reclamaciones de medicamentos con receta dentro de los 36 meses** a partir de la fecha en que recibió el servicio, el producto o el medicamento de la Parte D.

Para asegurarse de que nos está entregando toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede completar nuestro formulario de reclamación para realizar su solicitud de pago.

- No tiene que utilizar el formulario, pero nos será útil para procesar la información de manera más rápida. El formulario exige que proporcione información como: Nombre, dirección, número de identificación de Aetna, nombre del proveedor, NPI (identificador nacional del proveedor) del proveedor, TIN (número de identificación fiscal) del proveedor, dirección del proveedor, fecha del servicio, tipo de reembolso, descripción de los servicios y cargos.
- Llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-463-0933** (Los usuarios de TTY deben llamar al **711**) y solicite el formulario.

**Para reclamaciones médicas (incluidas vacunas para la prevención de la COVID-19, gripe/influenza, neumonía):** Envíenos su solicitud de pago, junto con cualquier factura o recibo pagado, a la siguiente dirección:

Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP)
Aetna Duals COE Member Correspondence
PO Box 982980
El Paso, TX 79998

**Para reclamaciones de medicamentos con receta de la Parte D y Medicaid (incluidas las vacunas para prevenir el herpes zóster o la varicela):** Envíenos su solicitud de pago, junto con cualquier factura o recibo pagado, a la siguiente dirección:

Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP)
Aetna Integrated Pharmacy Solutions
PO Box 52446
Phoenix, AZ 85072

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

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 cumplido todas las normas, pagaremos nuestra parte del costo del servicio o medicamento. Si ya pagó por el servicio o medicamento, le enviaremos por correo su reembolso de nuestra parte del costo. Si pagó el costo total de un medicamento, es posible que no se le reembolse este monto total que pagó (por

ejemplo, si obtuvo un medicamento en una farmacia fuera de la red o si el precio en efectivo que pagó por un medicamento es mayor que el precio negociado). Si aún no ha pagado por el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo el pago directamente al proveedor.
- Si decidimos *no* cubrir la atención médica o el medicamento, o si usted *no* cumplió todas las normas, no pagaremos la parte que nos corresponde del costo de la atención o del medicamento. Le enviaremos una carta en la que se le explican las razones por las que no le estamos enviando el pago y su derecho a apelar esa decisión.

## Sección 3.1 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 cometimos un error al rechazar su solicitud de pago o con 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 detalles sobre cómo presentar esta apelación, consulte el Capítulo 9.

# Capítulo 8:
# Sus derechos y responsabilidades

## SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales

### Sección 1.1 We must provide information in a way that works for you and consistent with your cultural sensitivities (in languages other than English, braille, large print, or other alternate formats, etc.)

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

Our plan has free interpreter services available to answer questions from non-English speaking members. We can also give you information in languages other than English including Spanish, Vietnamese, Arabic, and braille, in large print, or other alternate formats at no cost if you need it. We're required to give you information about our plan's benefits in a format that's accessible and appropriate for you. To get information from us in a way that works for you, call Member Services at **1-855-463-0933** (TTY users call **711**).

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

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

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

### Sección 1.1 Debemos proporcionarle información de una manera que sea conveniente para usted y compatible con sus sensibilidades culturales (en otros idiomas además de español, en braille, en tamaño de letra grande o en otros formatos alternativos, etc.)

Nuestro plan está obligado a garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se presten de forma culturalmente competente y sean accesibles a todos los inscritos, incluidos los que tienen un dominio limitado del inglés, una capacidad limitada de lectura, una incapacidad auditiva o un origen cultural y étnico diverso. Entre los ejemplos de cómo nuestro plan puede cumplir con estos requisitos de accesibilidad se incluyen, entre otros, proveer servicios de traducción, servicios de interpretación, teletipos o TTY (teléfono o teléfono de teletipo).

Nuestro plan cuenta con servicios de interpretación gratuitos disponibles para responder las preguntas de los miembros que no hablan inglés. También podemos brindarle información en otros idiomas además de inglés, incluido español y braille, en letra grande u otros formatos alternativos, sin costo alguno si lo necesita. Tenemos la obligación de brindarle información sobre los beneficios de nuestro plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted. Para obtener información nuestra de una manera que sea conveniente para usted, llame a Servicios para Miembros al **1-855-463-0933** (los usuarios de TTY

deben llamar al **711**).

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 servicios de atención médica preventiva y de rutina para las mujeres.

Si no hay proveedores de una especialidad disponibles en la red de nuestro plan, es responsabilidad de nuestro plan localizar proveedores especializados fuera de la red que le proporcionen la atención necesaria. En este caso, usted solo pagará el costo compartido dentro de la red. Si se encuentra en una situación en la que no hay especialistas en la red de nuestro plan que cubran el servicio que necesita, llame al plan para obtener información sobre dónde puede obtener este servicio al costo compartido dentro de la red.

Si tiene algún problema para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted, para consultar a un especialista en salud de la mujer o para encontrar un especialista de la red, llame para presentar una queja ante el Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-463-0933** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). También puede presentar un reclamo ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (**1-800-633-4227**) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles llamando al **1-800-368-1019** o, si es usuario de TTY, al **1-800-537-7697**.

### Mục 1.1 Chúng tôi phải cung cấp thông tin theo cách phù hợp với quý vị và tôn trọng các yếu tố nhạy cảm trong văn hóa của quý vị (ở các ngôn ngữ không phải tiếng Anh, chữ nổi, chữ in lớn hoặc các định dạng thay thế khác, v.v.)

Chương trình của chúng tôi cần phải đảm bảo rằng tất cả các dịch vụ, cả lâm sàng và phi lâm sàng, đều được cung cấp theo cách phù hợp với văn hóa và dễ tiếp cận với tất cả người ghi danh, trong đó có cả những người có trình độ tiếng Anh hạn chế, kỹ năng đọc hạn chế, bị khiếm thính hoặc những người thuộc các nền văn hóa và sắc tộc đa dạng. Ví dụ về cách chương trình của chúng tôi đáp ứng các yêu cầu về khả năng tiếp cận này bao gồm, nhưng không giới hạn ở việc cung cấp dịch vụ biên dịch, dịch vụ phiên dịch, máy đánh chữ hoặc kết nối TTY (điện thoại văn bản hoặc điện thoại đánh chữ).

Chương trình của chúng tôi miễn phí cung cấp dịch vụ phiên dịch để trả lời câu hỏi của các hội viên không nói tiếng Anh. Ngoài ra, nếu quý vị có nhu cầu, chúng tôi còn có thể miễn phí cung cấp cho quý vị thông tin bằng các ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh, bao gồm tiếng Việt và chữ nổi, chữ in lớn hoặc các định dạng thay thế khác. Chúng tôi chịu trách nhiệm cung cấp cho quý vị thông tin về các quyền lợi của chương trình ở định đạng phù hợp và dễ tiếp cận với quý vị. Để nhận thông tin từ chúng tôi theo cách thuận tiện cho quý vị, hãy gọi đến Dịch vụ Hội viên theo số **1-855-463-0933** (người dùng TTY gọi **711**).

Chương trình của chúng tôi bắt buộc phải cung cấp cho những người ghi danh là nữ tùy chọn tiếp cận trực tiếp với chuyên gia sức khỏe là nữ trong mạng lưới cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe định kỳ và phòng ngừa cho phụ nữ.

Nếu nhà cung cấp dịch vụ chuyên khoa trong mạng lưới của chúng tôi khôngrảnh, thì chương trình của chúng tôi sẽ chịu trách nhiệm tìm kiếm các nhà cung cấp dịch vụ chuyên khoa ngoài mạng lưới để cung cấp dịch vụ chăm sóc cần thiết cho quý vị. Trong trường hợp này, quý vị sẽ chỉ thanh toán phần chia sẻ chi phí trong mạng lưới. Nếu quý vị rơi vào tình huống không có chuyên gia nào trong mạng lưới chương trình của chúng tôi có thể cung cấp dịch vụ quý vị cần, hãy gọi đến chương trình của chúng tôi để biết thông tin về nơi quý vị có thể nhậndịch vụ này với mức chia sẻ chi phí trong mạng lưới.

Nếu quý vị gặp khó khăn khi nhận thông tin từ chương trình của chúng tôi ở định dạng dễ tiếp cận và phù hợp với quý vị, hãy gặp bác sĩ chuyên khoa sức khỏe phụ nữ hoặc tìm một chuyên gia trong mạng lưới, gọi để nộp đơn khiếu nại với Dịch vụ Hội viên theo số **1-855-463-0933** (người dùng TTY gọi **711**). Quý vị cũng

có thể nộp đơn khiếu nại với Medicare bằng cách gọi tới số 1-800-MEDICARE (**1-800-633-4227**) hoặc trực tiếp với Văn phòng Dân quyền theo số **1-800-368-1019** hoặc TTY **1-800-537-7697**.

**القسم 1.1 يتعين علينا تقديم المعلومات بطريقة تناسبك ومتوافقة مع حساسياتك الثقافية (بلغات أخرى غير الإنجليزية، أو بطريقة برايل، أو طباعة بأحرف كبيرة، أو بتنسيقات بديلة أخرى، وما إلى ذلك).**

يجب أن تضمن خطتنا توفير جميع الخدمات، سواء السريرية أو غير السريرية، بطريقة كفؤة ثقافيًا ويمكن الوصول إليها من قبل جميع المسجلين، بما في ذلك أولئك الذين لديهم كفاءة محدودة في اللغة الإنجليزية، أو مهارات قراءة محدودة، أو ضعف السمع، أو أولئك الذين لديهم خلفيات ثقافية وإثنية متنوعة. أمثلة على كيفية ملكنا قد تلبي الخطة متطلبات إمكانية الوصول هذه، ولكن ليسوا كذلك يقتصر على، توفير خدمات الترجمة، وخدمات الترجمة الفورية، وأجهزة الطباعة عن بعد، أو اتصال TTY (الهاتف النصي أو الهاتف الكاتب عن بعد).

تتاح بخطتنا خدمات المترجمين الفوريين مجانًا للإجابة على الأسئلة من الأعضاء الذين لا يتحدثون الإنجليزية. يمكننا أيضًا تزويدك بالمعلومات بلغات أخرى غير الإنجليزية بما في ذلك اللغة العربية ولغة برايل، أو بالطباعة الكبيرة، أو بتنسيقات بديلة أخرى دون أي تكلفة إذا كنت بحاجة إليها. كان مطلوب منا أن نقدم لك معلومات حول فوائد خطتنا بتنسيق هذا هو يمكن الوصول إليها ومناسبة لك. للحصول على معلومات منا بالطريقة التي تناسبك، اتصل بخدمات الأعضاء على

تعتبر خطتنا مطلوبة لمنح المسجلات من الإناث خيار الوصول المباشر إلى أخصائي صحة المرأة داخل الشبكة لخدمات الرعاية الصحية الروتينية والوقائية للمرأة.

إذا كان مقدمو الخدمة في ملكنا شبكة الخطة للتخصص ليسوا كذلك متاح، إنه لنا تقع على عاتق الخطة مسؤولية تحديد مقدمي الخدمات المتخصصين خارج الشبكة والذين سيقدمون لك الرعاية اللازمة. في هذه الحالة، سوف تفعل ادفع فقط تكاليف المشاركة داخل الشبكة. إذا وجدت نفسك في موقف لا يوجد فيه متخصصون في ملكنا شبكة الخطة التي تغطي الخدمة التي تحتاجها، اتصل بخطتنا للحصول على معلومات حول المكان الذي يمكنك الذهاب إليه يحصل هذه الخدمة متاحة بتقاسم التكلفة داخل الشبكة.

إذا واجهت أي مشكلة في الحصول على معلومات من خطتنا بتنسيق هذا هو يمكن الوصول إليها ومناسبة لك، رؤية أخصائي صحة المرأة أو العثور على أخصائي الشبكة، الاتصال لتقديم شكوى إلى خدمات الأعضاء على. أنت يستطيع يمكنك أيضًا تقديم شكوى إلى Medicare عن طريق الاتصال بالرقم 1-800-(1-800-633-4227) MEDICARE أو مباشرة إلى مكتب الحقوق المدنية 1-800-368-1019 أو 1-800-537-7697 TTY

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

Tiene derecho a elegir un proveedor de atención primaria (PCP) de la red de nuestro plan que brinde y coordine los servicios cubiertos. No requerimos que obtenga una remisión para consultar con los proveedores de la red.

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

Si cree que no está recibiendo su atención médica o los medicamentos de la Parte D dentro de un tiempo razonable, el Capítulo 9 le indica qué puede hacer.

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

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

- Su información personal de salud 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.
- Usted tiene derechos relacionados con su información y la forma en que se utiliza 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.
- Excepto por las circunstancias indicadas a continuación, si nuestra intención es proporcionarle su información de salud a otra persona que no le brinda atención ni paga por ella, *tenemos la obligación de pedirle su autorización por escrito a usted o a alguien a quien usted le haya dado el poder legal de tomar decisiones por usted primero*.
- 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 dar a conocer información de salud a agencias del Gobierno que controlan la calidad de la atención.
  - Dado que usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, se nos requiere proporcionarle a Medicare su información de salud, incluida la información acerca de sus medicamentos con receta de la Parte D. Si Medicare publica su información para investigación u otros usos, esto se hará de acuerdo con los estatutos y las reglamentaciones federales; por lo general, esto requiere que la información que lo identifica de manera única no sea compartida.

**Usted puede ver la información en sus registros y saber cómo ha sido compartida con otros**
Usted tiene derecho a ver sus registros médicos, mantenidos en nuestro 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.

Usted tiene derecho a hacer recomendaciones con respecto a la política de derechos y responsabilidades de los miembros de nuestra organización.

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su información personal de salud, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-463-0933** (Los usuarios de TTY deben llamar al **711**).

### Sección 1.4 Debemos proporcionarle información acerca del plan, nuestra red de proveedores y los servicios cubiertos

Como miembro de Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP), tiene derecho a obtener de nosotros varios tipos de información.

Si desea obtener cualquiera de los siguientes tipos de información, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-463-0933** (Los usuarios de TTY deben llamar al **711**):

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera de nuestro plan.
- **Información acerca de nuestros proveedores de la red y las farmacias de la red.** Usted tiene derecho a obtener información sobre las calificaciones de los proveedores y las farmacias de nuestra red y cómo pagamos a los proveedores de nuestra red.
- **Información acerca de su cobertura y las normas que debe seguir para usarla.** Los Capítulos 3 y

4 proporcionan información sobre los servicios médicos. Los Capítulos 5 y 6 proporcionan información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte D.
- **Información sobre los motivos por los que algo no está cubierto y lo que puede hacer al respecto.** En el Capítulo 9, se incluye información sobre cómo solicitar una explicación por escrito acerca de por qué un servicio médico o medicamento de la Parte D no está cubierto o si su cobertura tiene algún tipo de restricción. El Capítulo 9 también proporciona información sobre cómo solicitarnos que cambiemos una decisión, también denominada una apelación.
- **Información de los intérpretes.** Nuestro plan ofrece servicios de interpretación en todos los idiomas, incluido el lenguaje de señas estadounidense. Los servicios de interpretación están disponibles para la interpretación en el lugar durante una cita médica. Si necesita estos servicios, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros al menos dos semanas antes de la cita programada.

## Sección 1.5 Usted tiene derecho a conocer sus opciones de tratamiento y participar en las decisiones sobre su atención

Tiene derecho a obtener toda la información completa de sus médicos y de otros proveedores de atención médica. Sus proveedores deben explicar su afección médica y sus opciones de tratamiento *de manera que usted pueda comprender.*

Usted también tiene derecho a participar plenamente en las 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 que se le informe sobre todas las opciones de tratamiento que se recomiendan para su afección, independientemente de su costo 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. Siempre tiene la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.
- **El derecho a decir "no".** Tiene el derecho a rechazar cualquier 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. 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.

### Usted tiene derecho a dar instrucciones sobre lo que debe hacerse si no puede tomar decisiones médicas por usted mismo

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 así lo desea,* puede realizar lo siguiente:

- Llenar un formulario por escrito para otorgarle a **alguien 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.
- **Darles 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 instrucciones con anticipación para estos casos se denominan **instrucciones anticipadas**. Los documentos como el **testamento vital** y el **poder de representación para las decisiones de atención médica** son ejemplos de instrucciones anticipadas.

**Cómo establecer una instrucción anticipada para dar instrucciones:**

- **Obtener un formulario.** Puede obtener un formulario de instrucciones anticipadas de su abogado, del asistente social, o puede conseguir uno en algunas tiendas de productos para oficina. A veces se pueden obtener formularios de instrucciones anticipadas de organizaciones que ofrecen información sobre Medicare. También puede comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-463-0933** (Los usuarios de TTY deben llamar al **711**) para solicitar los formularios.
- **Completarlo y firmarlo.** No importa dónde obtenga este formulario, es un documento legal. Considere solicitarle a un abogado que lo ayude a prepararlo.
- **Entregar copias del formulario a las personas adecuadas.** Entregue una copia del formulario a su médico y a la persona que nombre en el formulario para que pueda tomar decisiones por usted si usted no puede. Puede darles copias a algunos amigos cercanos o miembros de la familia. Guarde una copia en casa.

Si sabe con anticipación que deberá hospitalizarse y firmó una instrucción anticipada, **lleve una copia cuando vaya al hospital.**

- El hospital le preguntará si firmó un formulario de instrucciones anticipadas y si lo lleva con usted.
- Si no firmó un formulario de instrucciones anticipadas, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntarán si desea firmar uno.

**Llenar un formulario de instrucción anticipada es su elección** (incluso 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 firma una instrucción anticipada y cree que un médico o el hospital no respetaron las instrucciones que allí menciona, puede presentar un reclamo ante la agencia estatal que supervisa las instrucciones anticipadas. Para encontrar la agencia adecuada en su estado, comuníquese con su SHIP. La información de contacto se encuentra en el **Apéndice A**, que está en la parte de atrás de este documento.

### Sección 1.6 Usted tiene derecho a presentar reclamos y a pedirnos reconsiderar decisiones que hayamos tomado

Si tiene algún problema, inquietud o reclamos y necesita solicitar cobertura o presentar una apelación, el Capítulo 9 de este documento le indica qué puede hacer. Independientemente de lo que haga, ya sea solicitar una decisión de cobertura, presentar una apelación o presentar un reclamo, **estamos obligados a tratarlo con imparcialidad.**

### Sección 1.7 Si siente que está siendo tratado injustamente o que sus derechos no son respetados

Si siente que no se lo ha tratado con imparcialidad o que no se han respetado sus derechos debido a cuestiones de raza, discapacidad, religión, sexo, salud, origen étnico, credo (creencias), edad o nacionalidad, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Sociales al **1-800-368-1019** (Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-537-7697**) o llame a su Oficina de Derechos Civiles local.

Si siente que ha sido tratado injustamente o que no se han respetado sus derechos, *y no* se trata de discriminación, puede obtener ayuda para resolver el problema que está enfrentando en los siguientes lugares:

- **Llame al Departamento de Servicios para Miembros de nuestro plan al 1-855-463-0933 (Los usuarios de TTY deben llamar al 711)**
- **Llame a su SHIP local**. Los números de teléfono se encuentran en el **Apéndice A** en la parte de atrás de este documento.
- **Llame a Medicare** al 1-800-MEDICARE (**1-800-633-4227**), (los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**)
- Puede **llamar a Medicaid**. Para obtener más información, consulte el **Apéndice A** de este documento para obtener el nombre y la información de contacto del programa Medicaid de su estado.
- Puede **llamar a su defensor del pueblo**. Para obtener más información, consulte el **Apéndice A** de este documento para obtener el nombre y la información de contacto de los programas del defensor del pueblo de su estado.

### Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos

Obtenga más información sobre sus derechos de los siguientes lugares:

- **Llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-855-463-0933 (Los usuarios de TTY deben llamar al 711)**
- **Llame a su SHIP local**. Los números de teléfono se encuentran en el **Apéndice A** en la parte de atrás de este documento.
- **Comuníquese con Medicare**.
  - Visite **Medicare.gov** para leer la publicación *Medicare Rights & Protections (Derechos y Protecciones de Medicare)* (disponible en: **Derechos y protecciones de Medicare**)
  - Llame al 1-800-MEDICARE (**1-800-633-4227**). (Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**)

## SECCIÓN 2 Sus responsabilidades como miembro de nuestro plan

Lo que tiene que hacer como miembro de nuestro plan se detalla a continuación. Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-463-0933** (Los usuarios de TTY deben llamar al **711**).

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las normas que debe seguir para obtenerlos.** En esta *Evidencia de cobertura*, aprenderá lo que está cubierto y las normas que debe cumplir para obtener los servicios cubiertos.
  - Los Capítulos 3 y 4 dan más detalles sobre sus servicios médicos.
  - Los Capítulos 5 y 6 dan más detalles sobre las coberturas de medicamentos de la Parte D.
- **Si, además de nuestro plan, tiene otra cobertura médica o para medicamentos, debe comunicárnoslo.** El 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 de la Parte D.
- **Permita que sus médicos y otros proveedores lo ayuden dándoles información, haciendo preguntas y realizando un seguimiento de su atención médica.**
  - Para ayudar a obtener la mejor atención, infórmeles a sus médicos y a otros proveedores de salud sobre sus problemas de salud. Siga las instrucciones y planes de tratamiento que usted y sus médicos acordaron.
  - Asegúrese de que los médicos conozcan todos los medicamentos que está tomando, incluidos los medicamentos de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
  - Si tiene preguntas, asegúrese de preguntar y obtener una respuesta que pueda entender.

- **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 las primas de Medicare para seguir siendo miembro de nuestro plan.
  - Para la mayoría de sus medicamentos cubiertos por nuestro plan, usted debe pagar su parte del costo al recibir el medicamento.
- **Incluso si se muda *dentro* del área de servicio del plan, debemos saberlo** para mantener actualizado su registro de membresía y para saber cómo podemos ponernos en contacto con usted.
- **Si se muda *fuera* del área de servicio del plan, no puede seguir siendo miembro de nuestro plan.**
- **Si se muda, comuníqueselo al Seguro Social (o a la Junta de Jubilación para Ferroviarios).**

# Capítulo 9:
# *Si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)*

## SECCIÓN 1 Lo que debe hacer si tiene un problema o una inquietud

Este capítulo explica los procesos para el manejo de problemas e inquietudes. El proceso que utilice para manejar su problema depende del tipo de problema que tenga:

- Para algunos problemas, debe utilizar el **proceso de decisiones de cobertura y apelaciones.**
- Para otros problemas, debe utilizar el **proceso de presentación de reclamos** (también denominados quejas).

Cada proceso tiene un conjunto de normas, procedimientos y plazos que usted y nosotros debemos seguir.

La **Sección 3** le ayudará a identificar el proceso correcto para seguir y lo que debe hacer.

### Sección 1.1 Términos legales

Existe terminología legal para algunas de las normas, procedimientos y tipos de plazos que se explican en este capítulo. Muchos de estos términos son desconocidos para la mayoría de las personas. Para facilitar la comprensión, en este capítulo se utilizan palabras más conocidas en vez de utilizar algunos términos legales.

Sin embargo, a veces es importante conocer los términos legales correctos. Para ayudarle a saber qué términos utilizar para obtener la ayuda o información adecuada, incluimos estos términos legales cuando damos los detalles para el manejo de determinadas situaciones.

## SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y ayuda personalizada

Siempre estamos a su disposición para ayudarle. Incluso si tiene un reclamo sobre nuestro trato hacia usted, estamos obligados a respetar su derecho a presentar una queja. Siempre debe llamar al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-463-0933** (Los usuarios de TTY deben llamar al **711**) para obtener ayuda. En algunas situaciones, es posible que también quiera la ayuda o la orientación de alguien que no tenga relación con nosotros. Estas son dos organizaciones que pueden ayudarle:

**Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP)**

Cada estado tiene un programa gubernamental que cuenta con asesores capacitados. El programa no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los asesores de este programa pueden ayudarlo a comprender el proceso que debe utilizar para tratar el problema que tenga. Además, ellos también pueden responder preguntas, darle más información y orientarle sobre lo que debe hacer.

Los servicios ofrecidos por los asesores del SHIP son gratuitos. Encontrará los números de teléfono en el **Apéndice A** en la parte de atrás de este documento.

**Medicare**

También puede comunicarse con Medicare para obtener ayuda.

- Llame 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**.

- Visite **Medicare.gov**

**Puede obtener ayuda e información de Medicaid**

La información de contacto de la agencia de Medicaid de su estado se encuentra en el Apéndice A en la contraportada de este documento.

## SECCIÓN 3 Explicación de los reclamos y las apelaciones de Medicare y Medicaid

Usted tiene Medicare y recibe asistencia de Medicaid. La información de este capítulo se aplica a **todos** sus beneficios de Medicare y Medicaid. Esto se denomina proceso integrado, porque combina o integra procesos de Medicare y Medicaid.

En ocasiones, los procesos de Medicare y Medicaid no se combinan. En dichas situaciones, utilice un proceso de Medicare para un beneficio cubierto por Medicare y un proceso de Medicaid para un beneficio cubierto por Medicaid. Estas situaciones se explican en la **Sección 6.4**.

## SECCIÓN 4 Qué proceso usar para su problema

Si tiene un problema o una inquietud, lea las partes del capítulo que se aplican a su situación. La información que figura a continuación será de ayuda para encontrar la sección correcta en este capítulo si tiene problemas o reclamos sobre **los beneficios cubiertos por Medicare o Medicaid.**

**¿Su problema o inquietud tiene que ver con sus beneficios o cobertura?**
Esto incluye los problemas sobre si la atención médica (productos médicos, servicios o medicamentos con receta de la Parte B) está cubierta o no, la forma en que está cubierta y los problemas relacionados con el pago de la atención médica.

**Sí.**
Consulte la **Sección 5: Guía sobre decisiones de cobertura y apelaciones**

**No.**
Consulte la **Sección 11: Cómo presentar un reclamo sobre la calidad de la atención, los plazos de espera, el servicio de atención al cliente u otras inquietudes.**

# Decisiones de cobertura y apelaciones

## SECCIÓN 5 Guía sobre las decisiones de cobertura y las apelaciones

Las decisiones de cobertura y las apelaciones tratan los problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura de atención médica (servicios, productos y medicamentos de la Parte B, incluido el pago). Para simplificar las cosas, en general, nos referiremos a productos, servicios y medicamentos de la Parte B de Medicare como **atención médica**. Usted puede usar el proceso de decisión de cobertura y apelaciones para asuntos tales como determinar si algo tiene cobertura o no, y la forma en que está cubierto.

**Pedir decisiones de cobertura antes de recibir los servicios**
Si desea saber si la atención médica estará cubierta antes de recibirla, nos puede solicitar que tomemos una decisión de cobertura. Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y la cobertura, o en relación con el monto que pagaremos por su atención médica. Por ejemplo, si su médico de la red de nuestro plan lo remite a un especialista médico que no está dentro de la red, esta

remisión se considera una decisión de cobertura favorable, a menos que usted o su médico de la red pueda demostrar que ha recibido un aviso de denegación estándar para este especialista médico o que la *Evidencia de cobertura* deje claro que el servicio mencionado no se cubre nunca, sin excepciones. 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 se rehúsa a brindarle la atención médica que usted cree que necesita.

En circunstancias limitadas, se rechazará una solicitud de una decisión de cobertura, lo que implica que no revisaremos la solicitud. Los ejemplos de cuándo se rechazará una solicitud incluyen 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 rechazamos una solicitud de una decisión de cobertura, le enviaremos un aviso en el que se expliquen los motivos del rechazo y cómo puede pedir su revisión.

Siempre que decidimos qué cubrimos para usted y cuánto pagamos, estamos tomando una decisión de cobertura para usted. En algunos casos, podríamos decidir que la atención médica no está cubierta o que ya no tiene cobertura 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 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, puede solicitar una **apelación rápida** o acelerada de una decisión de cobertura. Su apelación es analizada por revisores distintos a los que tomaron la decisión original.

Cuando apela una decisión por primera vez, esto se denomina apelación de Nivel 1. En este tipo de apelación, revisamos la decisión de cobertura que hemos tomado para comprobar si seguimos correctamente las normas. Cuando hayamos completado la revisión, le comunicaremos nuestra decisión.

En circunstancias limitadas, se rechazará una solicitud de una apelación de Nivel 1, que implica que no revisaremos la solicitud. Los ejemplos de cuándo se rechazará una solicitud incluyen 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 rechazamos una solicitud de una apelación de Nivel 1, le enviaremos un aviso en el que se expliquen los motivos del rechazo y cómo pedir su revisión.

Si rechazamos la totalidad o parte de su apelación de Nivel 1 por la atención médica, su apelación se enviará automáticamente al Nivel 2 para que la evalúe una organización de revisión independiente que no está conectada con nuestro plan.

- No es necesario que haga nada para comenzar una apelación de Nivel 2. Las normas de Medicare requieren que le enviemos automáticamente su apelación de atención médica al Nivel 2 si no estamos totalmente de acuerdo con su apelación de Nivel 1.
- Consulte la **Sección 6.4** de este capítulo para obtener más información sobre las apelaciones de Nivel 2 con respecto a la atención médica.
- Las apelaciones de la Parte D se detallan en la Sección 7 de este capítulo.

Si no está satisfecho con la decisión de la apelación de Nivel 2, es posible que pueda avanzar a niveles adicionales de apelación (en este capítulo se explican los procesos de apelaciones de Nivel 3, 4 y 5).

### Sección 5.1 Obtenga ayuda para pedir una decisión de cobertura o presentar una apelación

Entre los recursos que se encuentran si decide solicitar algún tipo de decisión de cobertura o de apelación de una decisión, se incluyen los siguientes:

- **Llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-855-463-0933 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)**
- **Obtenga ayuda gratuita** de su Programa estatal de asistencia en seguros de salud
- **Su médico u otro proveedor de atención médica pueden realizar la solicitud por usted.** Si su médico ayuda con una apelación superior al Nivel 2, debe ser designado como su representante. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-855-463-0933 (Los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicite el formulario de *Nombramiento de un representante*. (El formulario también está disponible en CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf)
  - Para la atención médica, su médico u otro proveedor de atención médica puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si se deniega su apelación de Nivel 1, esta se enviará automáticamente al Nivel 2.
  - Si su médico u otro proveedor de atención médica solicita que un servicio o producto que ya está recibiendo continúe durante su apelación, **puede** ser necesario que nombre a su médico o a otra persona autorizada a emitir recetas como su representante para que actúe en su nombre.
  - Para los medicamentos con receta de la Parte D, su médico u otra persona autorizada a dar recetas pueden solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si se deniega su apelación de Nivel 1, su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden solicitar una apelación de Nivel 2.
- **Puede solicitar que alguien actúe en su nombre.** Usted 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 al Departamento de Servicios para Miembros al 1-855-463-0933 (Los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicite el formulario de *Nombramiento de un representante*. (El formulario también está disponible en CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf). Este 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 desea que actúe en su nombre. Usted debe darle al plan una copia del formulario firmado.
  - Podemos aceptar una solicitud de apelación por parte de su representante sin el formulario, pero no podemos comenzar nuestra revisión ni terminarla si no lo recibimos. Si no recibimos el formulario antes de nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación, su solicitud de apelación será rechazada. Si esto sucede, le enviaremos un aviso por escrito en el que se explicará su derecho a solicitar que una organización de revisión independiente revise nuestra decisión de desestimar su apelación.
- **También tiene derecho a contratar a un abogado.** Puede llamar a su propio abogado u obtener el nombre de un abogado de su colegio de abogados local u otro servicio de remisión. También existen grupos que le proporcionarán servicios legales gratuitos si usted califica. Sin embargo, **no es obligatorio que contrate a un abogado** para que pida algún tipo de decisión de cobertura o de apelación de una decisión.

### Sección 5.2 Normas y plazos para diferentes situaciones

Existen 4 situaciones diferentes que suponen decisiones de cobertura y apelaciones. Cada situación tiene diferentes normas y plazos. A continuación, detallamos cada una:

- **Sección 6:** “Atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación”
- **Sección 7:** “Medicamentos de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación”
- **Sección 8:** “Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si considera que está siendo dado de alta demasiado pronto”
- **Sección 9:** “Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo algunos servicios médicos si cree que

su cobertura está finalizando demasiado pronto" (*Se aplica solo a los siguientes servicios*: Servicios de atención médica a domicilio, cuidado en un centro de atención de enfermería especializada y servicios en un Centro de rehabilitación integral para pacientes externos [CORF]).

Si no sabe con certeza qué sección debe usar, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-463-0933** (Los usuarios de TTY deben llamar al **711**). También puede obtener ayuda o información de su Programa estatal de seguros de salud (SHIP).

## SECCIÓN 6 Atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

### Sección 6.1 Qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura de atención médica o desea que le reembolsemos su atención médica

En la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4, podrá ver los beneficios que tiene en cuanto a atención médica. En algunos casos, se aplican diferentes normas para la solicitud de un medicamento de la Parte B. En estos casos, le explicaremos las diferencias entre las normas de los medicamentos de la Parte B y las normas para los productos y servicios médicos.

Esta sección le indica lo que puede hacer si se encuentra en cualquiera de las siguientes 5 situaciones:

1. No está recibiendo la atención médica que quiere y cree que nuestro plan cubre dicha atención. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 6.2.**
2. Nuestro plan no aprobará la atención médica que desean brindarle su médico u otro proveedor de atención médica, y usted cree que el plan cubre dicha atención. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 6.2.**
3. Recibió atención médica que cree que el plan debería cubrir, pero le hemos comunicado que no pagaremos dicha atención. **Presente una apelación. Sección 6.3**.
4. Recibió atención médica y pagó por ella, y cree que el plan debería cubrirla, por lo que quiere solicitar que nuestro plan le reembolse el costo de esta atención. **Envíenos la factura. Sección 6.5.**
5. Se le comunica que la cobertura que tenía para determinados servicios de atención médica que estaba recibiendo (y que estaba cubierta anteriormente) se reducirá o interrumpirá, y usted cree que esto podría perjudicar su salud. **Presente una apelación. Sección 6.3**.

   **Nota: Si la cobertura que se cancelará es para atención hospitalaria, atención médica a domicilio, cuidado en un centro de atención de enfermería especializada o para los servicios de un Centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF),** consulte las secciones 8 y 9. Se aplican normas especiales a estos tipos de atención.

### Sección 6.2 Cómo solicitar una decisión de cobertura

**Términos legales:**

Una decisión de cobertura que incluye su atención médica se denomina una **determinación de la organización.**

Una **decisión rápida de cobertura** se denomina una **determinación acelerada.**

**Paso 1: Decida si necesita una decisión estándar de cobertura o una decisión rápida de cobertura.**

**Por lo general, una decisión estándar de cobertura se toma dentro de los 7 días calendario cuando el producto o servicio médico está sujeto a las normas de autorización previa, a los 14 días calendario**

**cuando se trata de otros productos o servicios médicos o las 72 horas para los medicamentos de la Parte B. Generalmente, se toma una decisión rápida de cobertura dentro de las 72 horas, por servicios médicos, o durante las 24 horas para los medicamentos de la Parte B.**

- Podrá solicitar una decisión rápida de cobertura *solo* si la vía de plazos estándares pudiera *poner su salud en grave peligro o dañar su capacidad funcional*.
- **Si su médico nos dice que su salud requiere una decisión rápida de cobertura, automáticamente aceptaremos proporcionarle una decisión rápida de cobertura.**
- **Si nos pide usted mismo la decisión rápida de cobertura, sin el apoyo de su médico, decidiremos si su salud requiere que tomemos una decisión rápida de cobertura.** Si no aprobamos una decisión rápida de cobertura, le enviaremos una carta en la que se explica lo siguiente:
  - Explique que usaremos los plazos estándares.
  - Se explique también que, si su médico solicita la decisión rápida de cobertura, automáticamente le daremos una decisión rápida de cobertura.
  - Se explique que puede presentar un reclamo rápido sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión estándar de cobertura en lugar de la decisión rápida de cobertura que solicitó.

**Paso 2: Pida a nuestro plan tomar una decisión de cobertura o una decisión rápida de cobertura.**

- Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o brindemos cobertura para la atención médica que desea. Usted, su médico, o su representante pueden hacer esto. En el Capítulo 2 se incluye la información de contacto.

**Paso 3: Consideramos su solicitud de cobertura para atención médica y le damos nuestra respuesta.**

***Para las decisiones estándar de cobertura, usamos los plazos estándares.***

**Esto significa que le daremos una respuesta en el plazo de 7 días calendario** después de recibida su solicitud **de un producto o servicio médico que esté sujeto a nuestras normas de autorización previa. Si solicitó un producto o servicio médico que no está sujeto a nuestras normas de autorización previa, le daremos una respuesta en el plazo de 14 días calendario** después de recibida su solicitud. Si su solicitud es para un **medicamento de la Parte B,** le daremos una respuesta **en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud.

- **No obstante**, si usted solicita más tiempo o si necesitamos más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es de un producto o servicio médico. Si tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos demorar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.
- Si considera que *no deberíamos* tomarnos días adicionales, puede presentar un reclamo rápido. Le daremos respuesta a su reclamo tan pronto como tomemos la decisión. (El proceso para presentar un reclamo es diferente del proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Consulte la Sección 11 para obtener información sobre reclamos).

***Para las decisiones rápidas de cobertura, usamos un plazo acelerado.***

**Una decisión rápida de cobertura significa que responderemos en un plazo de 72 horas si su solicitud es para un producto o servicio médico. Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B, responderemos en un plazo de 24 horas.**

- **No obstante,** si usted solicita más tiempo o si necesitamos más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales.** Si tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos demorar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud

es para un medicamento de la Parte B.
- Si considera que *no deberíamos* tomarnos días adicionales, puede presentar un reclamo rápido. (Vaya a la Sección 11 para obtener información sobre reclamos). Lo llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud.

**Paso 4: Si rechazamos su solicitud de cobertura de atención médica, puede apelar.**

- Si la rechazamos, tiene derecho a pedirnos reconsiderar esta decisión mediante la presentación de una apelación. Esto significa pedir otra vez la cobertura de atención médica que desea. Si presenta una apelación, significa que está avanzando al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

### Sección 6.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 1

**Términos legales:**

Una apelación a nuestro plan sobre la decisión de cobertura de la atención médica se llama una **reconsideración** del plan.

Una apelación rápida también se denomina una **reconsideración acelerada**.

**<u>Paso 1:</u> Decida si necesita una apelación estándar o una apelación rápida.**

**Generalmente, se presenta una apelación estándar dentro de los 30 días calendario o 7 días calendario para los medicamentos de la Parte B. Generalmente, se presenta una apelación rápida dentro de las 72 horas.**

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre la cobertura de una atención médica, usted o su médico deberán decidir si necesita una apelación rápida. Si su médico nos dice que su salud requiere una apelación rápida, le daremos una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión rápida de cobertura, que aparecen en la Sección 6.2.

**<u>Paso 2:</u> Pida una apelación o una apelación rápida a nuestro plan**

- **Si solicita una apelación estándar, envíe su apelación estándar por escrito.** En el Capítulo 2 se incluye la información de contacto.
- **Si solicita una apelación rápida, realice su apelación por escrito o llámenos.** En el Capítulo 2 se incluye la información de contacto.
- **Debe presentar su solicitud de apelación en el plazo de 65 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso por escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si se vence este plazo y tiene una razón válida para haberlo dejado vencer, explique la razón de la tardanza al presentar su apelación. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Entre los ejemplos de una causa válida se pueden incluir una enfermedad grave que le impidió contactarnos o si le brindamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo límite para solicitar una apelación.
- **Puede pedir una copia gratuita de la información sobre su decisión médica. Usted y su médico pueden agregar más información para respaldar su apelación.**

***Si le informamos que interrumpiríamos la cobertura o reduciríamos los servicios o productos que ya estaba recibiendo, es posible que pueda quedarse con dichos productos o seguir recibiendo los servicios durante la apelación.***

- Si decidimos cambiar o interrumpir la cobertura de un servicio o producto que recibe actualmente, le enviaremos un aviso antes de tomar la medida propuesta.
- Si no está de acuerdo con la medida, puede presentar una apelación de Nivel 1. Seguiremos cubriendo el servicio o producto si presenta una apelación de Nivel 1 dentro de los 10 días calendario a partir de la fecha del sello postal en nuestra carta o antes de la fecha prevista de entrada en vigencia de la medida, lo que suceda después.
- Si cumple este plazo, puede seguir recibiendo el servicio o producto sin cambios mientras esté pendiente su apelación de Nivel 1. También seguirá recibiendo todos los demás servicios o productos (que no estén sujetos a su apelación) sin cambios.

**Paso 3: Evaluamos su apelación y le damos una respuesta.**

- Mientras nuestro plan revisa su apelación, hacemos una revisión cuidadosa de toda la información. Verificamos si seguimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud.
- Recopilaremos más información si fuera necesario y es posible que nos comuniquemos con usted o con su médico.

***Plazos para una apelación rápida***

- Para las apelaciones rápidas, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas después de recibir su apelación**. Le comunicaremos nuestra respuesta antes si su salud así lo exige.
  - Si usted solicita más tiempo o si necesitamos más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es de un producto o servicio médico. Si tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B.
  - Si no le damos una respuesta en 72 horas (o al final de la extensión del plazo, 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. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación. La Sección 6.4 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos autorizar o brindarle la cobertura en un plazo de 72 horas después de recibir su apelación.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos nuestra decisión por escrito y enviaremos automáticamente su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación.

***Plazos para una apelación estándar***

- Para las apelaciones estándares, debemos darle una respuesta **en un plazo de 30 días calendario** después de recibir su apelación. Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B que aún no recibió, le daremos nuestra respuesta **en el plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación. Le comunicaremos nuestra decisión antes si su afección médica así lo exige.
  - No obstante, si usted solicita más tiempo o si necesitamos más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es de un producto o servicio médico. Si tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos demorar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.
  - Si considera que *no deberíamos* tomarnos días adicionales, puede presentar un reclamo rápido. Cuando presenta un reclamo rápido, le damos respuesta a su reclamo en un plazo de 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de reclamos, incluidos los reclamos rápidos, consulte la **Sección 11**).

    - Si no le damos una respuesta para el plazo límite (o al final de la extensión del plazo), le enviaremos su solicitud a una apelación de Nivel 2 en la que una organización de revisión independiente revisará la apelación. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación. La Sección 6.4 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos autorizar o brindar la cobertura en el plazo de **30 días calendario**, o **en un plazo de 7 días calendario** si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de su apelación, tiene derechos de apelación adicionales.**
- Si rechazamos una parte o la totalidad de su solicitud, le enviamos una carta.
    - Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o producto de Medicare, en la carta se le informará que hemos enviado su caso a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.
    - Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o producto de Medicaid, en la carta se le informará cómo presentar una apelación de Nivel 2 usted mismo.

### Sección 6.4 Proceso de apelaciones de Nivel 2

**Término legal:**

El nombre formal para la organización de revisión independiente es **Entidad de Revisión Independiente**. A veces, se la denomina **IRE**.

La **organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare**. No está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización determina si la decisión que tomamos es correcta o si debe cambiarse. Medicare supervisa su trabajo.

- Si tiene problemas con un servicio o producto que generalmente está **cubierto por Medicare**, enviaremos automáticamente su caso al Nivel 2 del proceso de apelaciones, tan pronto como se complete la apelación de Nivel 1.
- Si tiene problemas con un servicio o producto que generalmente está **cubierto por Medicaid**, puede presentar usted mismo una apelación de Nivel 2. En la carta se le explicará cómo hacerlo. También encontrará información más abajo.
- Si tiene problemas con un servicio o producto que podría estar **cubierto tanto por Medicare como Medicaid**, obtendrá automáticamente una apelación de Nivel 2 ante la organización de revisión independiente. También puede solicitar una audiencia imparcial ante el estado.

Si califica para la continuación de los beneficios al presentar la apelación de Nivel 1, los beneficios por el servicio, producto o medicamento en apelación también pueden continuar durante el Nivel 2. Vaya a la página **#Apelaciones de Nivel 1** para obtener información sobre la continuidad de sus beneficios durante las apelaciones de Nivel 1.

- Si tiene problemas con un servicio que generalmente está cubierto solo por Medicare, los beneficios para ese servicio no continuarán durante el proceso de apelaciones de Nivel 2 con la organización de revisión independiente.
- Si tiene problemas con un servicio que generalmente está cubierto por Medicaid, los beneficios para ese servicio continuarán si presenta una apelación de Nivel 2 dentro de los 10 días calendario después de recibir la carta de decisión del plan.

**Si su problema está relacionado con un servicio o producto que generalmente está cubierto por Medicare:**

**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 **expediente de caso**. **Tiene derecho a pedirnos una copia gratuita de su expediente de caso**.
- Usted tiene derecho a proporcionarle a la organización de revisión independiente información adicional para respaldar 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.***

- Para la apelación rápida, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en el plazo de 72 horas** de recibida su apelación.
- Si su solicitud es de un producto o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita reunir más información que pueda beneficiarlo, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales.** Si se toman días adicionales, se lo notificarán por escrito. La organización de revisión independiente no puede tomar tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es de un medicamento de la Parte B.

***Si se le concedió una apelación estándar en el Nivel 1, también se le concederá una apelación estándar en el Nivel 2.***

- Para la apelación estándar, si su solicitud es por un producto o servicio médico, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en el plazo de 30 días calendario** de recibida su apelación. Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en el plazo de 7 días calendario** de recibida su apelación.
- Si su solicitud es de un producto o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita reunir más información que pueda beneficiarlo, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales.** Si se toman días adicionales, se lo notificarán por escrito. La organización de revisión independiente no puede tomar tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es de un medicamento de la Parte B.

**Paso 2: La organización de revisión independiente le da su respuesta.**

La organización de revisión independiente le comunicará su decisión por escrito y los motivos que la fundamentan.

- **Si la organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de su solicitud de un producto o servicio médico**, debemos autorizar la cobertura de la atención médica **en un plazo de 72 horas** o brindar el servicio en un plazo de **14 días calendario** después de recibir la decisión de la organización de revisión independiente para **solicitudes estándares**. Para **solicitudes aceleradas,** tenemos **72 horas** desde la fecha en que recibimos la decisión de parte de la organización de revisión independiente.
- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de la solicitud para un medicamento de la Parte B**, debemos autorizar o brindar el medicamento de la Parte B **en un plazo de 72 horas** después de recibir la decisión de parte de la organización de revisión independiente para **solicitudes estándares.** Para **solicitudes aceleradas**, tenemos **24 horas** desde la fecha en que recibimos la decisión de parte de la organización de revisión independiente.
- **Si la organización de revisión independiente rechaza una parte o la totalidad de su apelación,** significa que está de acuerdo con nuestro plan en que su solicitud (o parte de ella) para la cobertura

de atención médica no debe ser aprobada. (Esto se denomina confirmar la decisión o rechazar su apelación). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta para lo siguiente:
  - Explicar su decisión.
  - Notificarle sobre el derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de atención médica cumple un cierto mínimo. El aviso por escrito que recibe de la organización de revisión independiente le indicará el monto en dólares que debe alcanzar para continuar con el proceso de apelaciones.
  - Le indique cómo presentar una apelación de Nivel 3.
- Si se rechaza su apelación de Nivel 2 y usted reúne los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, debe decidir si quiere avanzar al Nivel 3 y presentar una tercera apelación. Los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibe después de su apelación de Nivel 2.
  - Un juez administrativo o un abogado mediador gestiona la apelación de Nivel 3. En la **Sección 10** de este capítulo se explica el proceso de apelaciones para los Niveles 3, 4 y 5.

**Si tiene problemas con un servicio o producto que generalmente está cubierto por Medicaid:**

**Paso 1: Puede solicitar una audiencia imparcial ante el estado.**

- El Nivel 2 del proceso de apelaciones para los servicios que generalmente están cubiertos por Medicaid es una audiencia imparcial ante el estado. Debe solicitar una audiencia imparcial por escrito o por teléfono **dentro de un plazo de 120 días calendario**, a partir de la fecha de envío de la carta con la decisión sobre su apelación de Nivel 1. La carta que le enviamos le indicará dónde debe presentar su solicitud de audiencia.

Puede solicitarle al estado de Virginia una apelación de Nivel 2, denominada audiencia imparcial. Una agencia de audiencia imparcial no relacionada con Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) revisará su caso y tomará una decisión sobre su apelación.

Si usted o el proveedor tratante creen que el plazo estándar para resolver su apelación es demasiado largo y podría perjudicar su salud, puede solicitar una audiencia imparcial acelerada o rápida. Si es un paciente internado en un hospital o centro, si la atención que recibió fue por una inquietud de salud de urgencia o de emergencia, o si es médicamente necesaria y tomar un plazo estándar para decidir la apelación podría perjudicarlo de alguna manera, puede solicitar una audiencia imparcial acelerada o rápida.

Su solicitud de audiencia imparcial del estado debe enviarse a la siguiente dirección:

**Correo postal: Division of Appeals**
**Department of Medical Assistance Services (DMAS)**
600 E. Broad Street, Suite 1300
Richmond, Virginia 23219
**Fax:** 1-804-452-5454
**Teléfono:** **804-371-8488**

En línea: Visite **https://www.dmas.virginia.gov/#/appealsresources** para crear una cuenta en el portal de Gestión de Información de Apelaciones (AIMS). Esto le permitirá llevar un registro y administrar su apelación en línea, ver fechas y avisos importantes y enviar documentación.

Si solicita una audiencia imparcial, es posible que haya estado recibiendo el servicio o producto que se reduce, suspende o deniega. Si un proveedor autorizado solicita los servicios y usted desea seguir recibiendo estos servicios/productos, hay algunas cosas que debe hacer:

- Llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al **1-855-463-0933** (**TTY: 711**).
- Infórmenos que quiere continuar recibiendo estos servicios o productos.
- Envíe su solicitud para la audiencia imparcial del estado por escrito a la dirección del DMAS indicada, **dentro de los 10 días a partir de la fecha de la Carta de decisión de apelación.**

Una vez que llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) y envíe su carta al DMAS, sus servicios continuarán hasta que el funcionario de audiencias tome una decisión sobre su caso.

Si los servicios continúan y el revisor de la audiencia imparcial del estado deniega su apelación, usted puede ser responsable del costo de los servicios o productos que se continuaron.

Puede obtener una copia del archivo de apelación completo sin costo. Si desea obtener copias del archivo de su apelación, envíe una solicitud por escrito a:

Aetna Duals Member Appeals
PO Box 14726
Lexington, KY 40512

**Paso 2: La Oficina de Audiencias Imparciales le proporciona su respuesta.**
La oficina de audiencia imparcial le comunicará su decisión por escrito y le explicará las razones.

- **Si la Oficina de Audiencias Imparciales acepta una parte o la totalidad de la solicitud de un producto o servicio médico**, debemos autorizar o proporcionar el servicio o producto en un plazo de 72 horas después de recibir la decisión de la oficina de audiencias imparciales.
- **Si esta oficina rechaza parte o la totalidad de su apelación**, está de acuerdo con nuestro plan en que su solicitud (o parte de su solicitud) para la cobertura de atención médica no debe ser aprobada. (Esto se denomina **confirmar la decisión** o **rechazar su apelación**).

**Si la decisión es negativa a todo o parte de lo que pidió, puede presentar otra apelación**

Si la decisión de la organización de revisión independiente o de la Oficina de Audiencias Imparciales es rechazar la totalidad o parte de su solicitud, usted tiene **derechos de apelación adicionales.**

La carta que recibe de la Oficina de Audiencias Imparciales le indicará su siguiente opción de apelación.

Consulte **la Sección 10** para obtener más información sobre sus derechos de apelación después del Nivel 2.

## Sección 6.5 Si nos está pidiendo que le reembolsemos una factura que ha recibido en concepto de atención médica

Si ya ha pagado por un servicio o producto de Medicaid cubierto por el plan, pídale a nuestro plan que le devuelva el dinero (reembolso). Es su derecho que nuestro plan le reembolse cada vez que usted haya pagado más del monto que le corresponde de los costos por servicios médicos o medicamentos que están cubiertos por el plan. Cuando nos envíe la factura que ya pagó, la examinaremos y decidiremos si los servicios o medicamentos deben ser cubiertos. Si decidimos que deben tener cobertura, le reembolsaremos los costos de los servicios o los medicamentos.

**La solicitud de reembolso implica una decisión de cobertura de parte nuestra:**
Si nos envía la documentación correspondiente para solicitar un reembolso, está pidiendo una decisión de cobertura. Para tomar esta decisión, comprobaremos si la atención médica que pagó está cubierta. También comprobaremos si ha seguido todas las normas para el uso de su cobertura de atención médica.

Si quiere que le reembolsemos un servicio o producto de **Medicare** o nos pide que le paguemos a un proveedor de atención médica un servicio o producto de Medicaid que usted pagó, nos solicitará que tomemos esta decisión de cobertura. Comprobaremos si la atención médica que pagó es un servicio cubierto. También comprobaremos si ha seguido todas las normas para el uso de su cobertura de atención médica.

- **Si aceptamos su solicitud:** Si la atención médica está cubierta y siguió las normas, le enviaremos el pago del costo normalmente en un plazo de 30 días calendario, pero como máximo 60 días calendario después de que recibamos su solicitud.

Si la atención de Medicaid que pagó a un proveedor de atención médica tiene cobertura y considera que deberíamos pagarle a ese proveedor en su lugar, le enviaremos a su proveedor el pago del costo en el plazo de 60 días calendario después de recibir su solicitud.

Luego, usted deberá comunicarse con su proveedor de atención médica para pedir el reembolso. Si aún no ha pagado por la atención médica, le enviaremos el pago directamente al proveedor de atención médica.

- **Si rechazamos su solicitud:** 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 la atención médica y las razones.

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 apelaciones que se describe en la Sección 6.3**. Para las apelaciones sobre el reembolso, tenga en cuenta lo siguiente:

- Debemos darle una respuesta en un plazo de 30 días calendario después de recibir su apelación.
- Si la organización de revisión independiente decide que debemos pagar, debemos enviarle a usted o al proveedor el pago en el plazo de 30 días calendario. Si se acepta su apelación en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviarle el pago que solicitó a usted o al proveedor de atención médica en un plazo de 60 días calendario.

## SECCIÓN 7 Medicamentos de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

### Sección 7.1 Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si quiere que le reembolsemos un medicamento de la Parte D

Sus beneficios incluyen la cobertura para muchos medicamentos con receta. Para estar cubierto, su medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. (Vaya al Capítulo 5 para obtener información sobre cómo obtener una indicación médicamente aceptada). Para obtener más detalles sobre los medicamentos de la Parte D, las normas, las restricciones y los costos, vaya a los Capítulos 5 y 6. **Esta sección trata solamente sobre sus 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 palabras *medicamento con receta cubierto para pacientes externos* o *medicamento de la Parte D*. También usamos 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 que obtenga nuestra aprobación antes de que los cubramos.
- Si la farmacia le dice que su receta no puede completarse de la forma en que está escrita, la farmacia le dará un aviso por escrito en el que se explica cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.

**Apelaciones y decisiones de cobertura de la Parte D**

**Término legal:**

Una decisión de cobertura inicial sobre los medicamentos de la Parte D se denomina **determinación de cobertura.**

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y la cobertura, o sobre el monto que pagaremos por sus medicamentos. Esta sección le indica lo que puede hacer si se encuentra en alguna de las siguientes situaciones:

- Pedir la cobertura de un medicamento de la Parte D que no figura en la Lista de medicamentos de nuestro plan. **Pida una excepción. Sección 7.2**.
- Pedir que no aplique una restricción a la cobertura de nuestro plan para un medicamento (como límites en la cantidad de medicamento que puede obtener, criterios de autorización previa o el requisito de probar primero con otro medicamento). **Pida una excepción. Sección 7.2**.
- Pedirnos pagar un monto de costo compartido menor por un medicamento cubierto en un nivel de costo compartido mayor. **Pida una excepción. Sección 7.2**
- Cómo solicitar la aprobación previa de un medicamento. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 7.4.**
- Pague por un medicamento con receta que ya compró. **Pídanos un reembolso. Sección 7.4.**

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que tomamos, puede apelar nuestra decisión.

Esta sección le indica cómo solicitar decisiones de cobertura y cómo solicitar una apelación.

### Sección 7.2 Pedir una excepción

**Términos legales:**

Pedir cobertura de un medicamento que no está en la Lista de medicamentos se denomina **excepción al formulario.**

Pedir la eliminación de una restricción de cobertura de un medicamento se denomina **excepción al formulario.**

Pedir pagar un precio inferior por un medicamento cubierto no preferido se denomina **excepción de nivel.**

Si un medicamento no está cubierto de la forma que a usted le gustaría que estuviese cubierto, puede pedirnos que hagamos una ***"excepción."*** Una excepción es un tipo de decisión de cobertura.

Para que consideremos su solicitud de excepción, su médico o la persona autorizada a dar recetas tendrán que explicar las razones médicas por las que necesita que se apruebe la excepción. Estos son 3 ejemplos de excepciones que usted, su médico u otra persona autorizada a dar recetas pueden

pedirnos que hagamos:

1. **Cubrir un medicamento de la Parte D que no figura en nuestra Lista de medicamentos.** Si aceptamos cubrir un medicamento que no figura en la Lista de medicamentos, deberá pagar el monto de costo compartido que se aplica a los medicamentos en el Nivel 4. No puede pedir una excepción al monto de costo compartido que requerimos que pague por el medicamento cuando aceptamos cubrir un medicamento que no está en la Lista de medicamentos.
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 que figuran en nuestra "Lista de medicamentos". Si aceptamos hacer una excepción y no aplicar una restricción en su caso, puede pedirnos una excepción en la cantidad de copago o coseguro que le pediremos que pague por el medicamento.

3. **Cambiar la cobertura de un medicamento a un nivel de costo compartido menor.** Todos los medicamentos de nuestra Lista de medicamentos se encuentran en uno de los 5 niveles de costo compartido. En general, cuanto menor sea el nivel de costo compartido, menor es el costo que le corresponde pagar por el medicamento.
    - Si nuestra Lista de medicamentos contiene medicamentos alternativos para tratar su afección que se encuentran en un nivel de costo compartido menor que su medicamento, puede solicitarnos que cubramos su medicamento al monto de costo compartido que se aplica a los medicamentos alternativos.
    - Si el medicamento que está tomando es un medicamento de marca, puede solicitarnos que cubramos su medicamento al monto de costo compartido que se aplica al nivel más bajo que contiene alternativas de marca para tratar su afección.
    - Si el medicamento que está tomando es un medicamento genérico, puede solicitarnos que cubramos su medicamento al monto de costo compartido que se aplica al nivel más bajo que contiene alternativas de marca o genéricas para tratar su afección.
    - No puede pedirnos que cambiemos el nivel de costo compartido para ningún medicamento especializado de Nivel 5.
    - Si aprobamos su solicitud de una excepción de nivel y hay más de un nivel más bajo de costo compartido con medicamentos alternativos que no puede tomar, generalmente pagará el monto más bajo.

## Sección 7.3 Aspectos importantes que debe saber acerca del pedido de 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 por las que solicita 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.

Habitualmente, nuestra 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 pide una excepción de nivel, en general, no aprobaremos su solicitud a menos que todos los medicamentos alternativos en los niveles de costo compartido más bajo no le funcionen tan bien o puedan causar una reacción adversa u otros daños.

**Podemos aceptar o rechazar su solicitud**

- Si aprobamos su solicitud de una excepción, nuestra aprobación normalmente es válida hasta el final del año de nuestro plan. A su vez, será válida 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 mediante la presentación de una apelación.

## Sección 7.4 Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

**Término legal:**

Una decisión rápida de cobertura se denomina **determinación acelerada de cobertura.**

**Paso 1: Decida si necesita una decisión estándar de cobertura o una decisión rápida de cobertura.**

Las **decisiones estándares de cobertura** se toman en un plazo de **72 horas** después de obtener la declaración de su médico. Las **decisiones rápidas de cobertura** se toman en un plazo de **24 horas** después de recibir la declaración de su médico.

***Si su salud lo requiere, pídanos que tomemos una decisión rápida de cobertura.*** **Para obtener una decisión rápida de cobertura, debe cumplir dos requisitos:**

- Debe pedir un *medicamento que aún no ha recibido.* (No puede solicitar una decisión rápida de cobertura para que le reembolsen un medicamento que ya compró).
- Usar los plazos estándares podría pro*vocar graves daños a su salud o dañar su capacidad funcional.*
- **Si su médico u otra persona autorizada a dar recetas nos indican que su salud requiere que se tome una decisión rápida de cobertura, automáticamente le daremos una decisión rápida de cobertura.**
- **Si nos pide usted mismo la decisión rápida de cobertura, sin el apoyo de su médico ni de la persona autorizada a dar recetas, decidiremos si su salud requiere que tomemos una decisión rápida de cobertura.** Si no aprobamos una decisión rápida de cobertura, le enviaremos una carta en la que se haga lo siguiente:
  - Explique que usaremos los plazos estándares.
  - Se explique si su médico u otra persona autorizada a dar recetas piden una decisión rápida de cobertura, automáticamente le daremos una decisión rápida de cobertura.
  - Se le indique cómo puede presentar un reclamo rápido sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión estándar de cobertura en lugar de la decisión rápida de cobertura que solicitó. Responderemos su reclamo en un plazo de 24 horas después de recibirlo.

**Paso 2: Solicite una decisión estándar de cobertura o una decisión rápida de cobertura.**

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 nuestro sitio web. Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito, incluida una solicitud enviada en el *Formulario de solicitud para la determinación de cobertura modelo de los CMS*, el cual está disponible en nuestro sitio web (**AetnaMedicare.com/VADSNP-RxDrugs**). En el Capítulo 2 se incluye la información de contacto. Para ayudarnos a procesar su solicitud, asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información que identifique qué reclamación denegada se está apelando.

Usted, su médico, (o la persona autorizada a dar recetas) o su representante pueden hacerlo. También puede contratar a un abogado para que actúe en su nombre. En la Sección 5.1 de este capítulo, se indica cómo puede darle permiso por escrito a otra persona para que actúe como su representante.

- **Si solicita que se haga una excepción, proporcione la declaración de respaldo**, que es la razón médica que justifica la excepción. Su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden

enviarnos por fax o correo la declaración. O bien, su médico o la persona autorizada a dar recetas puede llamarnos por teléfono y hacer un seguimiento mediante el envío de la declaración escrita, ya sea por fax o por correo, si fuera necesario.

**Paso 3: Consideramos su solicitud y le damos nuestra respuesta.**

***Plazos límite para una decisión "rápida" de cobertura***

- Generalmente, debemos responderle **en un plazo de 24 horas** después de recibir su solicitud.
  - Para las excepciones, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas después de recibir la declaración de respaldo de su médico. Le comunicaremos nuestra respuesta antes si su salud así lo exige.
  - Si no cumplimos este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que la revisará una organización de revisión independiente. Le informaremos por escrito si su solicitud ha sido enviada a la organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** tenemos que brindarle la cobertura que hemos aceptado brindarle en un plazo de 24 horas después de haber recibido su solicitud o la declaración del médico que la respalda.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud. También le explicaremos cómo puede apelar nuestra decisión.

***Plazos para una decisión estándar de cobertura sobre un medicamento que aún no recibió***

- Debemos responderle **en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud.
  - Para las excepciones, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibir la declaración de respaldo de su médico. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
  - Si no cumplimos este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que la revisará una organización de revisión independiente. Le informaremos por escrito si su solicitud ha sido enviada a la organización de revisión independiente.

- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, tenemos que **brindarle la cobertura** que hemos aceptado brindarle **en un plazo de 72 horas** después de haber recibido su solicitud o la declaración del médico que respalda 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 por qué rechazamos su solicitud. También le explicaremos cómo puede apelar nuestra decisión.

***Plazos para una decisión estándar de cobertura sobre el pago de un medicamento que ya compró***

- Debemos darle una 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 apelaciones, en el que la revisará una organización de revisión independiente. Le informaremos por escrito si su solicitud ha sido enviada a la organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos una parte o a la totalidad de lo que solicitó,** también debemos pagarle en un plazo de 14 días calendario después de haber recibido 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 por qué rechazamos su solicitud. También le explicaremos cómo puede apelar nuestra decisión.

**Paso 4: Si rechazamos su solicitud de cobertura, puede presentar una apelación.**

- Si la rechazamos, tiene derecho a pedirnos reconsiderar esta decisión mediante la presentación de una apelación. Esto significa pedir otra vez que obtenga la cobertura de medicamentos que quiere. Si presenta una apelación, significa que está avanzando al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

## Sección 7.5 Cómo presentar una apelación de Nivel 1

**Términos legales:**

Una apelación a nuestro plan sobre la decisión de cobertura de medicamentos de la Parte D se denomina una **redeterminación del plan.**

Una apelación rápida también se denomina una **redeterminación acelerada.**

**Paso 1: Decida si necesita una apelación estándar o una apelación rápida.**

***Generalmente, se presenta una apelación estándar dentro de los 7* días calendario. Generalmente, se presenta una apelación rápida dentro de las 72 horas. Si su salud lo requiere, pídanos una apelación rápida.**

- Si va a apelar una decisión tomada por nosotros acerca de un medicamento que aún no ha recibido, usted y su médico o la persona autorizada a dar recetas tendrán que decidir si necesita una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión rápida de cobertura, que aparecen en la Sección 7.4.

**Paso 2**:**Usted, su representante, médico u otra persona autorizada a dar recetas deben comunicarse con nosotros y presentar su apelación de Nivel 1. Si su salud requiere una respuesta rápida, debe solicitar una apelación rápida.**

- **Para las apelaciones estándares, envíe una solicitud por escrito.** En el Capítulo 2 se incluye la información de contacto.
- **Para apelaciones rápidas, envíe su apelación por escrito o llámenos al** 1-855-463-0933 (TTY: **711**). En el **Capítulo 2** se incluye la información de contacto.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito**, incluida una solicitud enviada en el Formulario de solicitud para la redeterminación de cobertura modelo de los CMS, el cual está disponible en nuestro sitio web, **AetnaMedicare.com/VADSNP-RxDrugs**. Incluya su nombre, información de contacto e información sobre su reclamación para ayudarnos a procesar su solicitud.
- **Debe presentar su solicitud de apelación en el plazo de 65 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso por escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si se vence este plazo y tiene una razón válida para haberlo dejado vencer, explique la razón de la tardanza al presentar su apelación. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Entre los ejemplos de una causa válida se pueden incluir una enfermedad grave que le impidió contactarnos o si le brindamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo límite para solicitar una apelación.
- **Puede pedir una copia de la información de su apelación y añadir más información.** Usted y su médico pueden agregar más información para respaldar su apelación.

**Paso 3: Evaluamos su apelación y le damos nuestra respuesta.**

- Mientras nuestro plan revisa 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 pongamos en contacto con su médico o la persona autorizada a dar recetas para obtener más información.

***Plazos para una apelación rápida***

- Para las apelaciones rápidas, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas después de recibir su apelación.** Le comunicaremos nuestra respuesta antes si su salud así lo exige.
  - 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 la revisará una organización de revisión independiente. Le informaremos por escrito si su solicitud ha sido enviada a la organización de revisión independiente. La **Sección 7.6** explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos brindar la cobertura que aceptamos en un plazo de 72 horas después de recibir su apelación.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito, en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

***Plazos para una apelación estándar para un medicamento que aún no recibió***

- Para las apelaciones estándares, debemos darle una respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después 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 el plazo de 7 días calendario, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que la revisará una organización de revisión independiente. Le informaremos por escrito si su solicitud ha sido enviada a la organización de revisión independiente. La **Sección 7.6** explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos brindar la cobertura tan pronto como lo requiera su salud, pero no en una fecha posterior a los **7 días calendario** después de recibir su apelación.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito, en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

***Plazos para una apelación estándar sobre el pago para un medicamento que ya compró***

- Debemos darle una 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 apelaciones, en el que la revisará una organización de revisión independiente. Le informaremos por escrito si su solicitud ha sido enviada a la organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos una parte o a la totalidad de lo que solicitó,** también debemos pagarle en un plazo de 30 días calendario después de haber recibido 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 por qué rechazamos su solicitud. También le explicaremos cómo puede apelar nuestra decisión.

**Paso 4: Si rechazamos su apelación, usted decide si quiere continuar con el proceso de apelaciones y presentar otra apelación.**

- Si decide presentar otra apelación, significa que su apelación se pasa al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

## Sección 7.6 Cómo presentar una apelación de Nivel 2

**Término legal:**

El nombre formal para la organización de revisión independiente es **Entidad de Revisión Independiente**. A veces, se la denomina **IRE**.

La **organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** No está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización determina si la decisión que tomamos es correcta o si debe cambiarse. Medicare supervisa su trabajo.

**Paso 1: Usted (o su representante, su médico u otra persona autorizada a dar recetas) debe comunicarse con la organización de revisión independiente y pedir que revisen su caso.**

- Si rechazamos su apelación de Nivel 1 y el servicio está cubierto por Medicare, o por Medicare y Medicaid, enviaremos su caso automáticamente a la IRE. Le enviaremos una carta en la que se le explicarán los derechos de apelación adicionales que pueda tener.
- **Debe presentar su solicitud de apelación en el plazo de 65 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso por escrito.
- Si no completamos nuestra revisión en el plazo aplicable, o tomamos una decisión desfavorable respecto de una determinación **en riesgo** conforme a nuestro programa de administración de medicamentos, enviaremos automáticamente su reclamación a la IRE. Le informaremos por escrito si su solicitud ha sido enviada a la organización de revisión independiente.
- Le enviaremos a esta organización la información sobre su apelación. A esta información se la denomina su **expediente de caso**. **Tiene derecho a pedirnos una copia del expediente de su caso.**
- Usted tiene derecho a proporcionarle a la organización de revisión independiente información adicional para respaldar su apelación.

**Paso 2: La organización de revisión independiente revisa su apelación.**

Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente la información relacionada con su apelación.

***Plazos para una apelación rápida***

- Si su salud lo requiere, pida una apelación rápida a la organización de revisión independiente.
- Si la organización de revisión independiente acepta darle una apelación rápida, dicha organización debe comunicarle su respuesta a la apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud de apelación.

***Plazos para una apelación estándar***

- Para las apelaciones estándares, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación si es para un medicamento que usted todavía no ha recibido. Si está solicitando que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 14 días calendario** después 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 acepta una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos brindar la cobertura de medicamentos que aprobó la organización **en un plazo de 24 horas** después de recibida la decisión de parte de dicha organización.

***Para apelaciones estándares:***

- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos **brindar la cobertura de medicamentos** que aprobó la organización **en un plazo de 72 horas** después de recibida la decisión de parte de dicha organización.
- **Si la organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de su solicitud de reembolso** del costo de un medicamento que ya compró, debemos **enviarle el pago en un plazo de 30 días calendario** después de recibida la decisión de parte de dicha organización.

**¿Qué sucede si la organización de revisión independiente rechaza su apelación?**

**Si la organización rechaza una parte o la totalidad de su apelación,** significa que está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud (o parte de su ella). (Esto se denomina **confirmar la decisión** o **rechazar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta para lo siguiente:

- Explicar su decisión.
- Notificarle sobre el derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura del medicamento que está solicitando cumple un cierto mínimo. Si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación y la decisión del Nivel 2 es final.
- Indicarle el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelaciones.

**Paso 4: Si su caso reúne los requisitos, puede elegir si desea continuar con su apelación.**

- Hay otros 3 niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (hasta un total de 5 niveles de apelación).
- Si desea continuar con una apelación de Nivel 3, tendrá los detalles de cómo hacerlo en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de apelación de Nivel 2.
- Un juez administrativo o un abogado mediador gestiona la apelación de Nivel 3. En la **Sección 10** se incluye más información acerca del proceso de apelaciones para los Niveles 3, 4 y 5.

## SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos la cobertura de la hospitalización más prolongada de un paciente internado si considera que está siendo dado de alta demasiado pronto

Cuando se lo ingresa a un hospital, tiene derecho a obtener todos los servicios hospitalarios que cubrimos 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. Ayudan a coordinar la atención que pueda necesitar cuando se vaya.

- El día en que se va del hospital se denomina **fecha del alta.**
- Cuando se decida la fecha del alta, su médico o el personal del hospital se lo indicarán.
- Si cree que le están pidiendo que deje el hospital demasiado pronto, puede pedir una

hospitalización más prolongada y se considerará su solicitud.

## Sección 8.1 Durante la hospitalización, recibirá un aviso por escrito de Medicare en el que se le explicarán sus derechos

En un plazo de 2 días calendario después de haber ingresado en el hospital, recibirá un aviso por escrito denominado *An Important Message from Medicare about Your Rights (Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos).* Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de este aviso. Si no recibe el aviso de alguien en el hospital (por ejemplo, un asistente social o enfermero), pídaselo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-463-0933** (Los usuarios de TTY deben llamar al **711**) o al 1-800-MEDICARE (**1-800-633-4227**). (Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**).

**1. Lea atentamente este aviso y consulte cualquier duda que tenga.** En este se indica lo siguiente:

- Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su hospitalización, según lo solicite su médico. Esto incluye el derecho a saber cuáles son esos servicios, quién pagará por ellos y dónde puede obtenerlos.
- Su derecho a participar en cualquier decisión sobre su hospitalización.
- Dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
- Su derecho a **solicitar una revisión inmediata** de la decisión del alta hospitalaria si considera que está siendo dado de alta del hospital demasiado pronto. Esta es una manera legal y formal de pedir un retraso en la fecha del alta para que su 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.**

- Usted o alguien que actúe en su nombre deberán firmar el aviso.
- Firmar este 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** del aviso para tener a mano la información sobre cómo presentar una apelación (o comunicar alguna inquietud sobre la calidad de la atención) en caso de que la necesite.

- Si firma el aviso más de 2 días calendario antes de la fecha de su alta, recibirá otra copia antes de que esté programado que le den el alta.
- Para ver una copia de este aviso por adelantado, puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-463-0933** (Los usuarios de TTY deben llamar al **711**) o al 1-800-MEDICARE (**1-800-633-4227**). Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**. También puede obtener el aviso en línea en **CMS.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im**.

## Sección 8.2 Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha del alta del hospital

Si desea pedirnos que cubramos los servicios para pacientes internados durante un período más largo, deberá usar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que debe hacer y los plazos.

- **Siga el proceso**
- **Cumpla con los plazos**

- **Pida ayuda si la necesita**. Si tiene preguntas o necesita ayuda, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-463-0933** (Los usuarios de TTY deben llamar al **711**). O bien, llame a su Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP) para recibir ayuda personalizada. Encontrará la información de contacto del SHIP en la Sección 3 del Capítulo 2.

**Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la mejora de la calidad revisa su apelación**. Comprueba si su fecha prevista del alta es médicamente apropiada para usted. La **Organización para la mejora de la calidad** es un grupo de médicos y otros profesionales de salud a los que el Gobierno federal les paga por evaluar y ayudar a mejorar la calidad de la atención que se brinda a las personas que tienen 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: Comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad de su estado y pida una revisión inmediata de su alta del hospital. Debe actuar rápidamente.**

***¿Cómo puede comunicarse con esta organización?***

- El aviso por escrito que recibió *An Important Message from Medicare About Your Rights (Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos)* le explica cómo puede ponerse en contacto con esta organización. O bien, encuentre el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la mejora de la calidad de su estado en el Capítulo 2.

***Actúe rápido:***

- Para presentar la apelación, debe comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad *antes* de que se vaya del hospital y **antes de la medianoche del día del alta**.
  - **Si usted cumple este plazo**, puede permanecer en el hospital *después* de la fecha del alta *sin que deba pagar por ello*, mientras espera la decisión de la Organización para la mejora de la calidad.
  - **Si no cumple este plazo, comuníquese con nosotros**. Si decide quedarse en el hospital después de la fecha prevista del alta, *es posible que deba pagar todos los costos* relacionados con la atención hospitalaria que reciba después de la fecha prevista del alta.

Una vez que solicite una revisión inmediata del alta del hospital, la Organización para la mejora de la calidad se comunicará con nosotros. Antes del mediodía del día después de que se comuniquen con nosotros, le daremos un **Aviso detallado del alta.** Este aviso proporciona su fecha prevista del alta y explica en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros consideramos que es adecuado (médicamente apropiado) que le den el alta en esa fecha.

Puede obtener una muestra del **Aviso detallado del alta** llamando al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-463-0933** (Los usuarios de TTY deben llamar al **711**) o al 1-800-MEDICARE (**1-800-633-4227**). (Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**). O bien, puede obtener un aviso de muestra en Internet en **CMS.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im**.

**Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad realiza una revisión independiente de su caso.**

- Los profesionales de salud de la Organización para la mejora de la calidad (los revisores) le preguntarán a usted, o a su representante, por qué cree que debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- Los revisores también consultarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que el hospital y nosotros les dimos.

- Antes del mediodía del día después de que los revisores nos informen sobre su apelación, recibirá un aviso por escrito de parte nuestra donde se le indicará su fecha prevista del alta. Este aviso también explica en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros consideramos que es adecuado (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 independiente la 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 independiente la rechaza, significa que su 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 la respuesta a su apelación.
- Si la organización de revisión independiente 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 dé su respuesta a su 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 *rechaza* su apelación *y* usted permanece en el hospital después de su fecha prevista del alta, puede presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que pasa al **Nivel 2** del proceso de apelaciones.

## Sección 8.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha del alta del hospital

Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para la mejora de la calidad que analice de nuevo su decisión sobre su primera apelación. Si la Organización para la mejora de la calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que deba pagar el costo total de la hospitalización después de su fecha prevista del alta.

**Paso 1: Comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad de nuevo para pedir otra revisión.**

- Debe pedir esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** después del día en que la Organización para la mejora de la calidad rechazó su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si permanece 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 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 para una apelación de Nivel 2, sobre su apelación y le informarán su decisión.**

***Si la organización de revisión independiente acepta su apelación:***

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de la atención hospitalaria que recibió desde el mediodía del día después a la fecha en que la Organización para la mejora de la calidad rechazó su primera apelación. **Debemos seguir brindando cobertura para su atención para pacientes internados durante el tiempo que sea médicamente necesario.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

***Si la organización de revisión independiente rechaza su apelación:***

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron para su apelación de Nivel 1.
- En el aviso que recibirá se le explicará por escrito qué puede hacer si quiere continuar con el proceso de revisión.

**Paso 4: Si la rechazan, tendrá que decidir si quiere continuar con la apelación y presentar una apelación de Nivel 3.**

- Hay otros 3 niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (hasta un total de 5 niveles de apelación). Si desea consultar una apelación de Nivel 3, tendrá los detalles de cómo hacerlo en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de apelación de Nivel 2.
- Un juez administrativo o un abogado mediador gestiona la apelación de Nivel 3. En la **Sección 10** de este capítulo se incluye más información acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

## SECCIÓN 9 Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está finalizando demasiado pronto

Cuando está recibiendo **servicios de atención médica a domicilio, atención de enfermería especializada o atención de rehabilitación (Centro de rehabilitación integral para pacientes externos) cubiertos**, tiene derecho a seguir recibiendo sus servicios para ese tipo de atención, siempre que la atención sea necesaria para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Cuando decidimos que es hora de dejar de cubrir alguno de los 3 tipos de atención, estamos obligados a decírselo por anticipado. Cuando finalice su cobertura para esa atención, **dejaremos de pagar** *su atención.*

Si cree que estamos finalizando la cobertura de su atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. Esta sección le indica cómo solicitar una apelación.

### Sección 9.1 Le diremos por adelantado cuándo se termina su cobertura

**Término legal**

**Aviso de no cobertura de Medicare.** Le dice cómo puede solicitar una **apelación acelerada.** Solicitar una apelación acelerada es una forma legal y formal de solicitar un cambio a nuestra decisión de cobertura sobre cuándo dejar de prestar atención médica.

1. **Recibirá un aviso por escrito** al menos dos días calendario antes de que nuestro plan deje de cubrir

su atención. En el aviso se le indica lo siguiente:
- La fecha en la que dejaremos de cubrir su atención.
- Cómo solicitar una "apelación acelerada" para pedirnos que sigamos cubriendo su atención durante un período más largo.

2. **Usted o alguien que actúe en su nombre deberán firmar el aviso por escrito para demostrar que lo recibió.** La firma del aviso *solo* indica que ha recibido la información sobre cuándo finalizará la cobertura. **Firmarlo no significa que esté de acuerdo** con la decisión del plan de interrumpir la atención.

## Sección 9.2 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 durante un período más largo, deberá usar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que debe hacer y los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-463-0933** (Los usuarios de TTY deben llamar al **711**). O bien, llame a su Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP) para recibir ayuda personalizada. Encontrará la información de contacto del SHIP en la Sección 3 del Capítulo 2.

**Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la mejora de la calidad revisa su apelación.** Decide si la fecha de finalización de su atención es médicamente apropiada. La **Organización para la mejora de la calidad** es un grupo de médicos y otros expertos en atención médica a los que el Gobierno federal les paga por evaluar y ayudar a mejorar la calidad de la atención que se brinda a las personas que tienen Medicare. Esto incluye revisar las decisiones del plan sobre cuándo es momento de dejar de cubrir ciertos tipos de atención médica. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

**Paso 1: Solicite su apelación de Nivel 1: Comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad y pida una *apelación acelerada*. Debe actuar rápidamente.**

***¿Cómo puede comunicarse con esta organización?***

- El aviso por escrito que recibió *(Aviso de la no cobertura de Medicare)* le explica cómo puede comunicarse con esta organización. O bien, encuentre el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la mejora de la calidad de su estado en el Capítulo 2.

***Actúe rápido:***

- Para iniciar la apelación, debe comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad **antes del mediodía del día anterior a la fecha de entrada en vigencia** que figura en el *Aviso de no cobertura de Medicare*.
- Si se vence el plazo y usted aún quiere presentar una apelación, sigue teniendo derechos de apelación. Comuníquese con la Organización para la 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.** Aviso que da detalles de las razones de la cancelación de la cobertura**.**

***¿Qué sucede durante esta revisión?***

- Los profesionales de salud de la Organización para la mejora de la calidad (los revisores) le preguntarán a usted, o a su representante, por qué cree que debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- La organización de revisión independiente también revisará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que le brinda nuestro plan.
- Al final del día en el que los revisores nos informaron sobre su apelación, usted recibirá la **Explicación detallada de la no cobertura** de parte nuestra en la que se explican detalladamente nuestras razones para finalizar la cobertura de sus servicios.

**Paso 3: Dentro del 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 sean 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 sus servicios cubiertos.

***¿Qué sucede si los revisores rechazan su apelación?***

- Si los revisores la rechazan, **su cobertura finalizará en la fecha que le habíamos dicho.**
- Si decide continuar recibiendo servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada o servicios en un Centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) **después** de la fecha en la que se cancela 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 de Nivel 1 y usted decide seguir recibiendo la atención después de que haya finalizado la cobertura, puede presentar una apelación de Nivel 2.

## Sección 9.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo

Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para la mejora de la calidad que analice de nuevo la decisión sobre su primera apelación. Si la Organización para la mejora de la calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que deba pagar el costo total de los servicios de atención médica a domicilio, los cuidados en un centro de atención de enfermería especializada o los servicios en un Centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) *después* de la fecha en la que le informamos que terminaría su cobertura.

**Paso 1: Comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad de nuevo para pedir otra revisión.**

- Debe pedir esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** después del día en que la Organización

para la mejora de la calidad *rechazó* su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si siguió recibiendo la atención 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 independiente acepta su apelación?***

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de la atención que ha recibido a partir de la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura. **Debemos seguir brindándole cobertura** por su atención durante el tiempo que sea médicamente necesario.
- 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 independiente rechaza su apelación?***

- Significa que están de acuerdo con la decisión tomada en su apelación de Nivel 1.
- En el aviso que recibirá se le explicará por escrito qué puede hacer si quiere continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles para continuar con el siguiente nivel de apelación, que está a cargo de un juez administrativo o un abogado mediador.

**Paso 4: Si la rechazan, 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 desea continuar con una apelación de Nivel 3, tendrá los detalles de cómo hacerlo en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de apelación de Nivel 2.
- Un juez administrativo o un abogado mediador gestiona la apelación de Nivel 3. La Sección 10 de este capítulo incluye más información acerca del proceso de apelaciones para los Niveles 3, 4 y 5.

## SECCIÓN 10 Cómo llevar su apelación a los Niveles 3, 4 y 5

### Sección 10.1 Niveles de apelaciones 3, 4 y 5 para solicitudes de servicios médicos

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y Nivel 2, y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor en dólares del producto 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. En la respuesta por escrito que usted reciba para su apelación de Nivel 2 se explicará cómo presentar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones correspondientes a apelaciones, los tres últimos niveles de apelación funcionan más o menos de la misma manera que en los 2 primeros niveles. A continuación se describe quién maneja la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

**Apelación de Nivel 3**
Un **juez administrativo** o un abogado mediador que trabajan para el Gobierno federal revisarán su apelación y le darán una respuesta.

- **Si el juez administrativo o el abogado mediador aceptan su apelación, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *puede no* concluir.** A diferencia de la decisión tomada en una apelación de Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 favorable para usted. Si decidimos apelar, se enviará a una apelación de Nivel 4.
  - Si decidimos *no* apelar, debemos autorizar o brindarle la atención médica en un plazo de 60 días calendario después de recibir la decisión del juez administrativo o del abogado mediador.
  - 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 cuestión.
- **Si el juez administrativo o el abogado mediador rechazan su apelación, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *puede no* concluir.**
  - Si decide aceptar la decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación concluye.
  - Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. En el aviso que recibirá se le indicará qué hacer para una apelación de Nivel 4.

**Apelación de Nivel 4**
El **Consejo de apelaciones de Medicare** (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del Gobierno federal.

- **Si la respuesta es positiva o si el Consejo rechaza nuestra petición de revisar una decisión favorable a una apelación de Nivel 3, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *puede no* concluir.** A diferencia de la decisión tomada en el Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 4 favorable para usted. Decidiremos si será necesario apelar esta decisión en el Nivel 5.
  - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o brindarle la atención médica en un plazo de 60 días calendario después de recibir la decisión del Consejo.
  - Si decidimos apelar la decisión, se lo comunicaremos por escrito.
- **Si la respuesta es negativa o si el Consejo rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *puede no* concluir.**
  - Si decide aceptar la decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación concluye.
  - Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, en el aviso que reciba se le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5 y cómo seguir con una apelación de Nivel 5.

**Apelación de Nivel 5**
Un juez del **Tribunal Federal de Distrito** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si *acepta* o *rechaza* su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación después del Tribunal Federal de Distrito.

### Sección 10.2 Apelaciones adicionales de Medicaid

También tiene otros derechos de apelación si su apelación está relacionada con los servicios o productos que Medicaid suele cubrir. La carta que recibe de la Oficina de Audiencias Imparciales le indicará qué hacer si desea continuar el proceso de apelaciones.

### Sección 10.3 Niveles de apelaciones 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos cubiertos por la Parte D

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y Nivel 2, y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor del medicamento sobre el que ha apelado cumple con un monto en dólares determinado, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. Si el monto en dólares es menor, no puede seguir apelando. En la respuesta escrita que usted reciba para su apelación de Nivel 2 se explicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los 3 últimos niveles de apelación funcionan más o menos de la misma manera que en los 2 primeros niveles. A continuación se describe quién maneja la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

**Apelación de Nivel 3**
**Un juez administrativo o un abogado mediador que trabajan para el Gobierno federal** revisarán su apelación y le darán una respuesta.

- **Si la apelación se acepta, el proceso de apelaciones concluye.** Debemos **autorizar o brindar la cobertura de medicamentos** que fue aprobada por el juez administrativo o el abogado mediador **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago, a más tardar, dentro de los 30 días calendario** después de recibir la resolución.
- **Si el juez administrativo o el abogado mediador rechazan su apelación, el proceso de apelaciones puede concluir o puede no concluir.**
  - Si decide aceptar la decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación concluye.
  - Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. En el aviso que recibirá se le indicará qué hacer para una apelación de Nivel 4.

**Apelación de Nivel 4**
El **Consejo de apelaciones de Medicare** (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del Gobierno federal.

- **Si la apelación se acepta, el proceso de apelaciones concluye.** Debemos **autorizar o brindar la cobertura de medicamentos** que fue aprobada por el Consejo dentro de las **72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago, a más tardar, dentro de los 30 días calendario** después de recibir la resolución.
- **Si la respuesta es negativa o si el Consejo rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *puede no* concluir.**
  - Si decide aceptar la decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación concluye.
  - Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, en el aviso que reciba se le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5 y cómo seguir con una apelación de Nivel 5.

**Apelación de Nivel 5**
Un juez del **Tribunal Federal de Distrito** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si *acepta* o *rechaza* su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación después del Tribunal Federal de Distrito.

## Presentación de reclamos

### SECCIÓN 11 Cómo presentar un reclamo sobre la calidad de la atención, los plazos de espera, el servicio de atención al cliente u otras inquietudes

#### Sección 11.1 ¿Qué tipos de problemas se tratan en el proceso de reclamos?

El proceso de reclamos *solo* se aplica a ciertos tipos de problemas. Entre ellos se incluyen los problemas sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio de atención al cliente. A continuación, encontrará algunos ejemplos de los tipos de problemas que pueden gestionarse a través del proceso de reclamos.

| Reclamo | Ejemplo |
|---|---|
| **Calidad de su atención médica** | • ¿Está insatisfecho con la calidad de atención que ha recibido (incluida la atención en el hospital)? |
| **Respeto de su privacidad** | • ¿Alguien no respetó el derecho a su privacidad o compartió información confidencial? |
| **Falta de respeto, mal servicio de atención al cliente u otro comportamiento negativo** | • ¿Ha sido alguien descortés o le ha faltado el respeto?<br>• ¿Está insatisfecho con nuestro Departamento de Servicios para Miembros?<br>• ¿Le parece que lo están alentando a dejar nuestro plan? |
| **Tiempos de espera** | • ¿Está teniendo problemas para conseguir una cita, o tiene que esperar demasiado para conseguirla?<br>• ¿Ha tenido que esperar demasiado a médicos, farmacéuticos u otros profesionales de salud? ¿O al Departamento de Servicios para Miembros u otro personal de nuestro plan?<br>◦ Entre los ejemplos se incluye esperar demasiado al teléfono, en la sala de espera o en la sala de exámenes, u obtener un medicamento con receta. |
| **Limpieza** | • ¿Está insatisfecho con la limpieza o el estado de una clínica, hospital o consultorio de un médico? |
| **Información que obtiene de nosotros** | • ¿No le hemos dado un aviso obligatorio?<br>• ¿Nuestro documento por escrito es difícil de comprender? |

| Reclamo | Ejemplo |
|---|---|
| **Oportunidad** (Estos tipos de reclamos se relacionan con lo oportuno de las medidas que tomemos respecto de las decisiones de cobertura y las apelaciones) | Si ha pedido una decisión de cobertura o presentado una apelación, y le parece que no estamos respondiendo lo suficientemente rápido, puede presentar un reclamo por nuestra lentitud. Estos son algunos ejemplos:<br>• Nos ha pedido una *decisión rápida de cobertura* o una *apelación rápida* y rechazamos su solicitud; puede presentar un reclamo.<br>• Cree que no estamos cumpliendo los plazos para decisiones de cobertura o apelaciones; puede presentar un reclamo.<br>• Cree que no estamos cumpliendo con los plazos para cubrir o reembolsarle ciertos productos o servicios médicos o medicamentos que se aprobaron; puede presentar un reclamo.<br>• Cree que no hemos cumplido los plazos obligatorios para enviar su caso a la organización de revisión independiente; puede presentar un reclamo. |

## Sección 11.2 Cómo presentar un reclamo

**Términos legales:**

Un **reclamo** se denomina **queja.**

**Hacer un reclamo** se denomina **presentar una queja.**

**Usar el proceso para interponer reclamos** se denomina **usar el proceso para presentar una queja.**

Un **reclamo rápido** se denomina **queja acelerada.**

**Paso 1: Comuníquese con nosotros de inmediato, ya sea por escrito o por teléfono**.

- **Llamar al Departamento de Servicios para Miembros al 1-855-463-0933** (Los usuarios de TTY deben llamar al **711**) **suele ser el primer paso.** Si hay algo más que necesite hacer, el Departamento de Servicios para Miembros se lo indicará.
- **Si no quiere llamar (o si llamó y no quedó satisfecho), puede presentar su reclamo por escrito y enviárnoslo.** Si presentó su reclamo por escrito, le responderemos por escrito.
- Para presentar una queja (reclamo) por escrito, envíenosla por escrito a la dirección que figura en el Capítulo 2: Números de teléfono y recursos (**Cómo presentar un reclamo sobre su atención médica**).
    - Asegúrese de proporcionar toda la información pertinente, incluido cualquier documento de respaldo que considere apropiado.
    - Su caso será investigado por un miembro de nuestro equipo de reclamos. Si presenta su reclamo de forma verbal, le informaremos el resultado de nuestra revisión y nuestra decisión de manera verbal o escrita. Si presenta un reclamo verbal y solicita una respuesta por escrito, responderemos por escrito. Si nos envía un reclamo por escrito, le enviaremos una respuesta por escrito que indique el resultado de nuestra revisión. Nuestro aviso incluirá una descripción de cómo comprendemos su reclamo y nuestra resolución en términos claros.
    - Debemos abordar su reclamo con tanta rapidez como su caso requiera en función de su estado de salud, pero no más de 30 días calendario después de recibir su reclamo. Podemos extender el plazo hasta 14 días calendario si justificamos que la necesidad de información adicional y la demora son lo más conveniente para usted.
    - También tendrá derecho a solicitar una queja “acelerada” rápida. Una queja “acelerada” rápida es un tipo de reclamo que se debe resolver dentro de las 24 horas desde que se comunica con nosotros. Tiene derecho a solicitar una queja “acelerada” rápida si no está de acuerdo con lo siguiente:
        - Nuestra intención de tomar una extensión de 14 días calendario para realizar una determinación de cobertura/de la organización o una reconsideración/redeterminación (apelación).
        - Nuestra denegación de su solicitud de acelerar una determinación o reconsideración (apelación) de la organización para servicios de salud.
        - Nuestra denegación de su solicitud para acelerar una determinación o redeterminación (apelación) de la cobertura de un medicamento con receta.
- El proceso de queja “acelerada” rápida es el siguiente:
    - Usted o un representante autorizado puede presentar el reclamo por teléfono, fax o correo y mencionar que desea un proceso de reclamo rápido o queja acelerada. Para presentar el reclamo, llame al número de teléfono, envíelo por fax o preséntelo por escrito y envíelo a la dirección que se encuentra en el Capítulo 2: Números de teléfono y recursos (**Cómo presentar un reclamo sobre su atención médica**). La manera más rápida de presentar un reclamo rápido es llamarnos o enviarnos un fax. La forma más rápida de presentar una queja

es llamarnos. Cuando recibamos su reclamo, investigaremos rápidamente el problema que ha identificado. Si estamos de acuerdo con su reclamo, cancelaremos la extensión de 14 días calendario o aceleraremos la determinación o apelación, como había requerido originalmente. Independientemente de que estemos de acuerdo o no, investigaremos su reclamo y le notificaremos nuestra decisión en un plazo de 24 horas.

- **Independientemente de si llama o escribe, debe ponerse en contacto con el Departamento de Servicios para Miembros al 1-855-463-0933 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) de inmediato.** Puede presentar un reclamo en cualquier momento después de haber tenido el problema sobre el que quiere reclamar.

**Paso 2: Analizamos su reclamo y le damos una respuesta.**

- **De ser posible, le daremos una respuesta de inmediato.** Si nos llama por un reclamo, tal vez podamos darle una respuesta durante esa misma llamada telefónica.
- **La mayoría de los reclamos se responden dentro de los 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora es para su conveniencia, o si usted solicita más tiempo, podemos demorarnos hasta 14 días más (44 días calendario en total) en responder a su reclamo. Si decidimos tomar días adicionales, se lo notificaremos por escrito.
- **Si presenta un reclamo porque denegamos su solicitud de una "decisión rápida de cobertura" o una "apelación rápida", automáticamente le concederemos un reclamo "rápido".** Si se le ha concedido un "reclamo rápido", quiere decir que le daremos **una respuesta en un plazo de 24 horas.**
- **Si no estamos de acuerdo** con la totalidad o una parte del reclamo, o si no nos hacemos responsables por el problema del que se está quejando, incluiremos nuestras razones en nuestra respuesta a usted.

### Sección 11.3 También puede presentar reclamos sobre la calidad de la atención ante la Organización para la mejora de la calidad

Cuando su reclamo es sobre la calidad de la atención, también tiene 2 opciones adicionales:

- **Puede presentar su reclamo directamente ante la Organización para la mejora 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 que el Gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare. En el Capítulo 2 se incluye la información de contacto.

*O bien,*

- **Puede presentar su reclamo ante la Organización para la mejora de la calidad y ante nosotros al mismo tiempo.**

### Sección 11.4 También puede informar a Medicare y Medicaid acerca de su reclamo

Puede presentar un reclamo sobre Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) directamente ante Medicare. Para presentar un reclamo ante Medicare, vaya a **Medicare.gov/my/medicare-complaint**. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (**1-800-633-4227**). Los usuarios de TTY/TDD pueden llamar al **1-877-486-2048**.

También puede presentar un reclamo sobre nuestro plan directamente a Medicaid de Virginia, completando y enviando el formulario de reclamo que se encuentra en **https://www.dmas.virginia.gov/appeals/appeals-overview/** mediante lo siguiente:

**Correo postal:**

**Virginia Department of Medical Assistance Services**
**Appeals Division**
600 E Broad St
Richmond, Virginia 23219
**Fax:** (804) 452-5454
**O teléfono:** **(804) 371-8488**

# Capítulo 10:
# La cancelación de su membresía en nuestro plan

## SECCIÓN 1 La cancelación de su membresía en nuestro plan

La cancelación de la membresía en Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) puede ser **voluntaria** (es su elección) o **involuntaria** (no es su elección):

- Es posible que deje nuestro plan porque decide que *quiere* dejarlo. Las Secciones 2 y 3 proporcionan información sobre la cancelación de su membresía de manera voluntaria.
- También hay situaciones limitadas en las que estamos obligados a cancelar su membresía. La Sección 5 describe situaciones en las que debemos cancelar su membresía.

Si está dejando nuestro plan, nuestro plan debe continuar brindando su atención médica y sus medicamentos con receta, y usted seguirá pagando su costo compartido hasta que finalice su membresía.

## SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede finalizar su membresía en nuestro plan?

### Sección 2.1 Puede cancelar su membresía si tiene Medicare y Medicaid

La mayoría de las personas con Medicare pueden cancelar su membresía solo durante ciertos momentos del año. Debido a que tiene Medicaid, puede cancelar su membresía en nuestro plan si elige una de estas opciones de Medicare en cualquier mes del año.

- Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare
- Si es elegible, un D-SNP integrado que brinda a Medicare y la mayoría o todos sus beneficios y servicios de Medicaid en un plan.

**Nota:** Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos de Medicare, ya no recibe Ayuda adicional y no tiene cobertura de medicamentos acreditable durante un período continuo de 63 días 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. Si recibe Ayuda adicional, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar en la inscripción automática.

- Llame a su Oficina de Medicaid estatal para obtener información sobre las opciones del plan de Medicaid (los números de teléfono se encuentran en el **Apéndice A** en la parte de atrás de este documento).
- Otras opciones de planes de salud de Medicare se encuentran disponibles durante el **Período de inscripción abierta**. En la Sección 2.2 se brinda más información sobre el Período de inscripción abierta**.**
- **Su membresía se cancelará normalmente el primer día del mes después de que recibamos su solicitud para cambiar su plan.** Su inscripción en su nuevo plan también comenzará este día.

### Sección 2.2 Puede finalizar su membresía durante el Período de inscripción abierta

Puede finalizar su membresía durante el **Período de inscripción abierta** cada año. Durante este tiempo, revise su cobertura de salud y de medicamentos y decida sobre la cobertura para el próximo año.

- El **Período de inscripción abierta** va del **15 de octubre al 7 de diciembre.**
- **Elija mantener su cobertura actual o hacer cambios en su cobertura para el próximo año.** Si decide cambiar a un nuevo plan, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de cobertura:
    - Otro plan de salud de Medicare con o sin cobertura de medicamentos.

- Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos de Medicare.
- Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos de Medicare.
- Si es elegible, un D-SNP integrado que brinda a Medicare y la mayoría o todos sus beneficios y servicios de Medicaid en un plan.

**Usted 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, a menos que haya optado por no participar de la inscripción automática.

**Nota:** Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos de Medicare, ya no recibe Ayuda adicional y no tiene cobertura acreditable de medicamentos durante 63 días consecutivos 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.

- **Su membresía finalizará en nuestro plan** cuando comience la cobertura de su nuevo plan, el 1 de enero.

## Sección 2.3 Puede finalizar su membresía durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage

Puede hacer *un* cambio en su cobertura de salud durante el **Período de inscripción abierta de Medicare Advantage** cada año.

- **El Período de inscripción abierta de Medicare Advantage** se extiende del 1 de enero al 31 de marzo y también para los nuevos beneficiarios de Medicare que están inscritos en un plan Medicare Advantage (MA), desde el mes de adquisición de derechos a la Parte A y la Parte B hasta el último día del tercer mes de posesión de derechos.
- **Durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage,** puede realizar lo siguiente:
  - Cambiarse a otro plan de Medicare Advantage con o sin cobertura de medicamentos.
  - Cancelar su inscripción en nuestro plan y obtener la cobertura mediante Original Medicare. Si se cambia a Original Medicare en este período, también puede inscribirse en un plan separado de medicamentos de Medicare al mismo tiempo.
- **Su membresía finalizará** el primer día del mes después de que se inscriba en un plan Medicare Advantage diferente o de que recibamos su solicitud de cambio a Original Medicare. Si también elige inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, su membresía en el plan de medicamentos comenzará el primer día del mes después de que el plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

## Sección 2.4 En ciertas situaciones, puede cancelar su membresía durante un Período de inscripción especial

En ciertas situaciones, puede ser elegible para cancelar su membresía en otros momentos del año. Esto se conoce como **Período de inscripción especial.**

**Es posible que sea elegible para finalizar su membresía durante un Período de inscripción especial** si alguna de las siguientes situaciones se aplica en su caso. Estos son solo ejemplos. Para obtener la lista completa, puede comunicarse con nuestro plan, llamar a Medicare o visitar **Medicare.gov**:

- En general, cuando se muda.
- Si tiene Medicaid.

- Si es elegible para recibir Ayuda adicional para pagar sus medicamentos de Medicare.
- Si incumplimos nuestro contrato con usted.
- Si está recibiendo atención en una institución, como un hogar de convalecencia o un hospital de atención a largo plazo (LTC).
- Si se inscribe en el Programa de atención integral para las personas de edad avanzada (PACE).

- **Nota:** Si participa en un programa de administración de medicamentos, es posible que solo sea elegible para ciertos Períodos de inscripción especial. Encontrará más información sobre los programas de administración de medicamentos en la Sección 10 del Capítulo 5.

- **Nota:** En la Sección 2.1 se incluye más información sobre el Período de inscripción especial para personas que tengan Medicaid.

**Los períodos de tiempo 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**). 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 de medicamentos de Medicare. Puede elegir lo siguiente:

- Otro plan de salud de Medicare con o sin cobertura de medicamentos.
- Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos de Medicare.
- Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos de Medicare.
- Si es elegible, un D-SNP integrado que brinda a Medicare y la mayoría o todos sus beneficios y servicios de Medicaid en un plan.

**Nota:** Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos de Medicare, ya no recibe Ayuda adicional y no tiene cobertura acreditable de medicamentos durante 63 días consecutivos 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.

**Si recibe Ayuda adicional de Medicare para pagar los costos de su cobertura de medicamentos, es posible que ocurra lo siguiente:** Si se pasa a Original Medicare y no se inscribe en un plan separado de medicamentos de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar de la inscripción automática.

**Su membresía se cancelará normalmente** el primer día del mes después de que solicite cambiar su plan.

**Nota:** En las Secciones 2.1 y 2.2 puede encontrar más información sobre el Período de inscripción especial para personas con Medicaid y Ayuda adicional.

### Sección 2.5 Obtenga más información sobre cuándo puede cancelar su membresía

Si tiene preguntas sobre la cancelación de su membresía, puede realizar lo siguiente:

- **Llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-855-463-0933 (los usuarios de TTY**

**deben llamar al 711)**
- Encuentre la información en el manual ***Medicare & You 2027 (Medicare y usted para 2027)***.
- Llame a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (**1-800-633-4227**). Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**

## SECCIÓN 3 Cómo cancelar su membresía en nuestro plan

La siguiente tabla explica cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan.

| Para cambiar de nuestro plan a los siguientes: | Esto es lo que debe hacer: |
|---|---|
| **Otro plan de salud de Medicare** | • Inscribirse en el nuevo plan de salud de Medicare.<br>• Su inscripción en Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) se cancelará automáticamente cuando comience su cobertura en el plan nuevo. |
| **Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos de Medicare.** | • Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos de Medicare.<br>• Su inscripción en Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) se cancelará automáticamente cuando comience la nueva cobertura de medicamentos de su plan. |
| **Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos de Medicare.** | • **Envíenos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción**. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-463-0933** (Los usuarios de TTY deben llamar al **711**) si necesita más información sobre cómo hacerlo.<br>• También puede llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (**1-800-633-4227**) y solicitar que cancelen su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.<br>• Su inscripción en Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) se cancelará cuando comience la cobertura de Original Medicare. |

**Nota:** Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos de Medicare, ya no recibe Ayuda adicional y no tiene cobertura acreditable de medicamentos durante 63 días consecutivos 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.

Si tiene preguntas sobre los beneficios de Cardinal Care, comuníquese con Cardinal Care. Consulte el **Apéndice A** en la parte de atrás de este documento para obtener la información de contacto. Pregunte de

qué manera inscribirse en otro plan o regresar a Original Medicare afecta la forma en que recibe su cobertura de Cardinal Care.

## SECCIÓN 4 Hasta que finalice su membresía, debe seguir recibiendo sus productos y servicios médicos y sus medicamentos a través de nuestro plan

Hasta que finalice su membresía y comience su nueva cobertura de Medicare y Medicaid, debe continuar recibiendo sus productos y servicios médicos, y sus medicamentos con receta a través de nuestro plan.

- **Siga usando nuestros proveedores de la red para recibir atención médica.**
- **Siga usando las farmacias o el pedido por correo de nuestra red para obtener sus medicamentos con receta.**
- **Si está hospitalizado el día que finaliza 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 Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) debe finalizar su membresía en el plan en ciertas situaciones

**Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) debe cancelar su membresía en el plan si se produce alguno de los siguientes eventos:**

- Si ya no tiene las Partes A y B de Medicare.
- Si ya no es elegible para Medicaid. Tal y como se indica en la Sección 2.1 del Capítulo 1, nuestro plan está destinado a personas que son elegibles tanto para Medicare como para Medicaid. Nuestro plan seguirá cubriendo sus beneficios de Medicare durante un período de gracia de seis (6) meses como máximo si pierde su elegibilidad para Medicaid. Este período de gracia comienza el primer día del mes después de enterarnos de su pérdida de elegibilidad y de comunicárselo. Si, al término del período de gracia de seis (6) meses, usted no recuperó Medicaid y no se inscribió en un plan diferente, cancelaremos su inscripción en nuestro plan y se lo volverá a inscribir en Original Medicare. Para información adicional sobre el período de estimación, consulte la Sección 2 del Capítulo 4 o llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-463-0933** (Los usuarios de TTY deben llamar al **711**).
- Si se muda fuera del área de servicio.
- Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio durante más de 6 meses.
  - Si se muda o realiza un viaje largo, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-463-0933** (Los usuarios de TTY deben llamar al **711**) para averiguar si el lugar a donde se muda o al que viaja está en el área de nuestro plan.
- Si es encarcelado (va a prisión).
- Si ya no es ciudadano o nacional de los Estados Unidos, o es un no ciudadano elegible.
- Si miente o encubre información sobre otro seguro que tenga que le ofrece cobertura de medicamentos.
- Si nos da intencionalmente 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 finalizamos su membresía por esta razón, es posible que Medicare haga que el Inspector general investigue su caso.

Si tiene alguna pregunta o quiere recibir más información sobre cuándo podemos finalizar su membresía, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-463-0933** (Los usuarios de TTY deben llamar al **711**).

### Sección 5.1 No podemos pedirle que cancele su inscripción en nuestro plan por ningún motivo relacionado con la salud

Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) no está autorizado a pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con la salud.

**¿Qué debe hacer si esto sucede?**
Si considera que le están pidiendo que deje nuestro plan por un motivo relacionado con la salud, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (**1-800-633-4227**) los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.

### Sección 5.2 Tiene derecho a presentar un reclamo 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. También debemos explicarle cómo puede presentar una queja o un reclamo 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 documento *Evidencia de cobertura* 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 (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, edad, discapacidad física o mental, estado de salud, experiencia con reclamaciones, historia clínica, información genética, evidencia de asegurabilidad ni ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que brindan 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 de Cuidado de Salud a Bajo Precio, todas las demás leyes que se aplican a las organizaciones que obtienen fondos federales, y cualquier otra ley y normas que se apliquen por cualquier otro motivo.

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 Sociales al **1-800-368-1019** (TTY **1-800-537-7697**) o a su Oficina de Derechos Civiles local. También puede revisar la información de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Sociales en **HHS.gov/ocr/index.html**.

Si usted tiene una discapacidad y necesita ayuda con el acceso a la atención, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-463-0933** (Los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Si tiene un reclamo, como un problema con el acceso para sillas de ruedas, el Departamento de 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 (CMS) en el Título 42, Secciones 422.108 y 423.462 del Código de Reglamentaciones Federales (CFR), Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP), 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.

En algunas situaciones, otras partes deben pagar por su atención médica antes que su plan Medicare Advantage. En dichas situaciones, su plan Medicare Advantage podría pagar, pero tendrá derecho a cobrarles los pagos a dichos terceros. Los planes Medicare Advantage podrían no ser el pagador principal de la atención médica que recibe. Estas situaciones incluyen aquellas en que el programa federal Medicare se considera un pagador secundario conforme a las leyes de pagador secundario de Medicare. Para obtener información sobre el programa federal de pagador secundario de Medicare, Medicare redactó un documento con información general sobre qué sucede cuando las personas con Medicare tienen un seguro adicional. Se llama *Medicare and Other Health Benefits: Your Guide to Who Pays First (Medicare y otros beneficios de salud: Su guía sobre quién paga primero) (número de publicación 02179).* Puede obtener una copia llamando al 1-800-MEDICARE (**1-800-633-4227**), durante las 24 horas, los 7 días de la semana o visitando el sitio web **Medicare.gov**.

Los derechos del plan a recuperar el valor en estas situaciones se basan en las condiciones de este contrato de plan de salud, así como en las disposiciones de los estatutos federales que rigen el programa de Medicare. La cobertura de su plan Medicare Advantage siempre es secundaria a cualquier pago realizado o que se podría esperar razonablemente que se realice en virtud de lo siguiente:

- Una ley o plan de compensación laboral de los Estados Unidos o de un estado.
- Un seguro sin culpa, incluido seguro automotor y no automotor sin culpa y seguro de pagos médicos.
- Una póliza o plan de seguro de responsabilidad (incluido un plan autoasegurado) emitidos conforme a una póliza o cobertura automotriz o de otro tipo.
- Una póliza o plan de seguro automotor (incluido un plan autoasegurado), incluidas, entre otras, coberturas contra conductores no asegurados o con seguro insuficiente.

Dado que su plan Medicare Advantage siempre es secundario a cualquier cobertura automotriz sin culpa (protección contra lesiones personales) o cobertura de pagos médicos, debe revisar sus pólizas de seguro automotor para asegurarse de que se hayan seleccionado las disposiciones de póliza adecuadas para que su cobertura automotriz sea principal para su tratamiento médico a raíz de un accidente automovilístico.

Como se detalla en el presente documento, en estas situaciones, su plan Medicare Advantage podría efectuar pagos en su nombre por esta atención médica, sujeto a las condiciones establecidas en esta disposición para que el plan recupere estos pagos de usted o de otras partes. Inmediatamente después de realizar un pago condicional, su plan Medicare Advantage adquirirá (ejercerá) todos los derechos de recuperación que usted tenga frente a cualquier persona, entidad o aseguradora responsables de provocarle una lesión, enfermedad o afección, o frente a cualquier persona, entidad o aseguradora identificadas anteriormente como pagador principal.

Además, si recibe pagos de cualquier persona, entidad o aseguradora responsable de provocarle una lesión, enfermedad o afección, o bien, si usted recibe pagos de cualquier persona, entidad o aseguradora identificada anteriormente como pagador principal, su plan Medicare Advantage tiene derecho a recuperar y recibir un reembolso de todos los pagos condicionales que el plan haya efectuado o efectuará a raíz de dicha lesión, enfermedad o afección.

Su plan Medicare Advantage tendrá automáticamente un derecho de retención, según el alcance de los beneficios que pagó para el tratamiento de la lesión, enfermedad o afección, hasta su recuperación ya sea mediante acuerdo, sentencia o de otro modo. La retención podría ejercerse contra cualquier tercero que tenga fondos o activos que representen el monto de los beneficios pagados por el plan, incluidos, entre otros, usted, sus representantes o agentes, otra persona, entidad o aseguradora responsable de provocarle una lesión, enfermedad o afección, u otra persona, entidad o aseguradora identificada anteriormente como pagador principal.

Si acepta los beneficios (ya sea que el pago de dichos beneficios se le efectúe a usted o en su nombre a un proveedor de atención médica) de su plan Medicare Advantage, usted reconoce que los derechos de recuperación del plan constituyen una reclamación prioritaria y que deben pagarse al plan antes que cualquier otra reclamación por los daños que haya sufrido. El plan tendrá derecho a recibir un reembolso completo sobre la base del primer dólar de cualquier pago, incluso si dicho pago al plan da lugar a una recuperación para usted que es insuficiente para resarcirlo por completo o compensarlo en parte o en su totalidad por los daños que sufrió. Su plan Medicare Advantage no está obligado a participar o a pagar costos procesales ni honorarios de abogados contratados por usted para ejercer su reclamación por daños.

Su plan Medicare Advantage está autorizado a la recuperación total, independientemente de la admisión de responsabilidad de pago de cualquier persona, entidad o aseguradora responsable de provocarle una lesión, enfermedad o afección; o de cualquier persona, entidad o aseguradora identificada anteriormente

como pagador principal. El plan tiene derecho a recuperar la totalidad de lo pagado, independientemente de si el arreglo o la sentencia que usted recibió identifica los beneficios médicos que el plan proporcionó o tiene la intención de asignar una parte de dicho arreglo o sentencia al pago de gastos que no sean gastos médicos. El plan Medicare Advantage tiene derecho a la recuperación de todos y cada uno de los acuerdos o sentencias, incluso de aquellos designados en concepto de dolor y sufrimiento, daños no económicos o daños generales únicamente.

Usted y sus representantes legales deben colaborar plenamente con los esfuerzos del plan por recuperar los beneficios pagados. Tiene la obligación de notificarle al plan dentro de los 30 días de la fecha en la que se entrega el aviso a cualquiera de las partes, incluidos una compañía aseguradora o un abogado, acerca de su intención de entablar un procedimiento o investigar una reclamación para obtener una indemnización o una compensación debido a una lesión, enfermedad o afección. Usted y sus agentes o representantes deben proporcionar toda la información solicitada por el plan o sus representantes. No podrá hacer nada para perjudicar el interés de subrogación o recuperación de su plan Medicare Advantage, ni para perjudicar la capacidad del plan de ejercer las condiciones de esta disposición. Esto incluye, entre otros aspectos, abstenerse de realizar acuerdos u obtener recuperaciones que intenten reducir o excluir el costo total de todos los beneficios proporcionados por el plan.

Si no se entrega la información solicitada o no se brinda asistencia al plan Medicare Advantage para ejercer sus derechos de subrogación o recuperación, usted podría resultar personalmente responsable de reembolsarle al plan los beneficios pagados en relación con la lesión, enfermedad o afección, así como los honorarios razonables de los abogados del plan y los costos incurridos para obtener el reembolso de usted. Para obtener más información, consulte el inciso 42 del Código de Estados Unidos, sección 1395y(b)(2)(A)(ii) y los estatutos de Medicare.

## SECCIÓN 4 Aviso sobre recuperación de pagos en exceso

Si los beneficios pagados por esta *Evidencia de cobertura*, además de los beneficios pagados por otros planes, exceden el monto total de gastos, Aetna tiene derecho a recuperar el monto de dicho pago en exceso de una o más de las siguientes partes: (1) Cualquier persona a quien o para quien se efectuaron dichos pagos, (2) otros planes, o (3) cualquier otra entidad a la que se efectuaron dichos pagos. El derecho a recuperación será ejercido a criterio de Aetna. Usted deberá presentar documentos y colaborar con Aetna para asegurar su derecho a recuperar dichos pagos en exceso, a solicitud de Aetna.

## SECCIÓN 5 Determinaciones nacionales de cobertura

A menudo, Medicare agrega la cobertura de Original Medicare para nuevos servicios durante el año. Si Medicare agrega cobertura para algún servicio durante el año 2027, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios. Cuando recibamos actualizaciones de cobertura de Medicare, denominadas Determinaciones nacionales de cobertura, las publicaremos en nuestro sitio web en **AetnaMedicare.com/VADSNP**. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para obtener las actualizaciones de cobertura publicadas para el año de beneficios.

# **Capítulo 12:** Definiciones

**Año calendario:** Un período de un año entre el 1 de enero y el 31 de diciembre.

**Apelación:** Una apelación es un recurso que usted presenta si no está de acuerdo con la decisión de denegarle una solicitud de cobertura para servicios de atención médica o medicamentos con receta, o pagos por servicios o medicamentos que ya ha recibido. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con una decisión de interrumpir los servicios que está recibiendo.

**Área de servicio:** Es un área geográfica donde debe vivir para inscribirse en un plan de salud en particular. Para los planes que limitan qué médicos y hospitales puede utilizar, también es generalmente el área donde puede obtener servicios de rutina (no emergencias). Nuestro plan debe cancelar su inscripción si se muda fuera del área de servicio de nuestro plan de manera permanente.

**Asociación de Médicos Independientes (IPA):** Una IPA es un grupo independiente de médicos y otros proveedores de atención médica que tienen un contrato para proporcionar servicios a los miembros de organizaciones de cuidado administrado (consulte la Sección 7 del Capítulo 1).

**Atención de emergencia:** Son los servicios cubiertos que: (1) Son brindados por un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia; y (2) son necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia.

**Autorización previa:** La aprobación por adelantado para obtener servicios o determinados medicamentos en función de criterios específicos. En la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4, se señalan los servicios cubiertos que necesitan autorización previa. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el formulario y nuestros criterios se publican en nuestro sitio web.

**Auxiliar de atención médica en el hogar:** 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 intercambiable:** Un biosimilar que puede ser utilizado como sustituto de un producto biosimilar original en la farmacia sin necesitar una nueva receta porque cumple con los requisitos adicionales relacionados con el potencial de sustitución automática. La sustitución automática en la farmacia está sujeta a la ley estatal.

**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 ser sustitutos del producto biológico original en la farmacia sin necesitar una nueva receta (Consulte **“Biosimilar intercambiable”**).

**Cancelar** o **cancelación de la inscripción**: El proceso de cancelación de su membresía en nuestro plan.

**Centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF):** Centro que brinda principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, como servicios médicos, fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios de patología del habla y del lenguaje, además de 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 a pacientes externos que no requieren hospitalización y que esperan no pasar más de 24 horas en el centro asistencial.

**Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS):** Es la agencia federal que administra Medicare.

**Cobertura de medicamentos con receta acreditable:** Cobertura de 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 de 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 de medicamentos con receta de Medicare.

**Cobertura de medicamentos con receta de Medicare (Parte D de Medicare):** Seguro que lo ayuda a pagar medicamentos con receta para pacientes externos, vacunas, productos biológicos y algunos suministros que no cubren la Parte A ni la Parte B de Medicare.

**Copago:** Un monto que es posible que deba pagar como su parte del costo de un servicio o suministro médicos, como una consulta con el médico, una consulta como paciente externo en un hospital 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, expresado como un porcentaje (por ejemplo 20%) como su parte de los costos por un servicio o un medicamento con receta después de que pague los deducibles.

**Costo compartido diario:** Es posible que se aplique un costo compartido diario si su médico le receta un suministro de determinados medicamentos para menos de un mes completo y usted debe pagar un copago. El costo compartido 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 $30 y un suministro para un mes en nuestro plan tiene 30 días, su costo compartido diario es de $1 por día.

**Costo compartido:** El costo compartido se refiere a los montos que un miembro tiene que pagar cuando obtiene servicios o medicamentos. El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes 3 tipos de pagos: (1) Cualquier monto deducible que puede imponer un plan antes de cubrir los servicios o medicamentos; (2) cualquier monto fijo de copago que un plan exige cuando se recibe un medicamento o servicio específico; o (3) cualquier monto de coseguro, un porcentaje del monto total pagado por un servicio o medicamento, que un plan exige cuando se recibe un medicamento o servicio específico.

**Costo de suministro:** Una tarifa que se cobra cada vez que un medicamento cubierto se entrega para pagar el costo de obtener un medicamento con receta, tales 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 costo compartido más arriba. El requisito de costo compartido de un miembro de pagar una parte de los servicios o medicamentos recibidos también se conoce como el requisito de costo que un miembro paga de su bolsillo.

**Cuidado asistencial:** El cuidado asistencial es la atención personal brindada en un hogar de convalecencia, hospicio u otro centro cuando usted no necesita atención médica o de enfermería especializada. El cuidado asistencial, proporcionado por personas que no tienen habilidades ni preparación profesional, incluye ayuda con actividades de la vida diaria, 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 realiza por su cuenta, como usar gotas para los ojos. Medicare no paga el cuidado asistencial.

**Cuidado en un centro de atención de enfermería especializada (SNF):** Servicios de atención de enfermería especializada y rehabilitación brindados todos los días en un centro de atención de enfermería especializada. Los ejemplos de la atención incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo pueden ser aplicadas por un enfermero certificado o un médico.

**D-SNP integrado:** Un D-SNP que cubre Medicare y la mayoría o todos los servicios de Medicaid en virtud de un solo plan de salud para ciertos grupos de personas elegibles tanto para Medicare como para Medicaid. Estas personas también se conocen como personas que tienen doble elegibilidad con beneficios completos.

**Deducible:** El monto que debe pagar por los medicamentos con receta o por la atención médica antes de que nuestro plan pague.

**Departamento de Servicios para Miembros:** Un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder a sus preguntas sobre su membresía, beneficios, quejas y apelaciones.

**Determinación de cobertura:** Una decisión para determinar si un medicamento que le recetaron está cubierto por nuestro plan y cuál es el monto, si lo hubiera, que deberá pagar por la receta. En general, si usted lleva su receta a la farmacia y allí le indican que el medicamento con receta no está cubierto por nuestro plan, eso no es una determinación de cobertura. Deberá llamar o escribir a nuestro 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 integrada:** Una decisión que nuestro plan toma sobre si los productos o servicios están cubiertos o sobre cuánto le corresponde pagar a usted por los productos o servicios cubiertos. Las determinaciones de la organización se denominan decisiones de cobertura en este documento.

**Dispositivos protésicos y ortésicos:** Dispositivos médicos que incluyen, entre otros, aparatos 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 tratamiento nutricional enteral y parenteral.

**Emergencia:** Una emergencia médica es cuando usted o cualquier persona prudente, con un conocimiento promedio de salud y medicina, creen que presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar perder la vida (y, si es una mujer embarazada, la pérdida de un niño no nacido), la pérdida de una extremidad o la función de una extremidad, o la pérdida o deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección que se agrava rápidamente.

**Equipo de atención:** El equipo de atención puede incluir médicos, enfermeros, asesores u otros profesionales de salud que estén allí para ayudarlo a obtener la atención que necesita. Su equipo de atención también le ayuda a hacer un plan de atención.

**Equipo médico duradero (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 recetados por un médico para usar en el hogar.

**Etapa de cobertura en situaciones catastróficas:** Es la etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D que comienza cuando usted (u otra parte calificada en su nombre) haya gastado $2,400 en medicamentos cubiertos de la Parte D durante el año de cobertura. Durante esta etapa de pago, no debe pagar nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D.

**Etapa de cobertura inicial:** Es la etapa después de que paga su deducible (si lo hay) y antes de que los costos que paga de su bolsillo para el año hayan alcanzado el monto del límite que paga de su bolsillo.

**Evaluación de riesgo de salud:** Una revisión de su historia clínica y afección actual. Se utiliza para obtener información sobre su salud y cómo podría cambiar en el futuro.

**Evidencia de cobertura (EOC) e información sobre divulgación:** 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, 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 costo compartido menor (una excepción de nivel). También puede solicitar una excepción si nuestro plan le obliga a probar otro medicamento antes de recibir el medicamento que está solicitando, si nuestro plan exige una autorización previa para un medicamento y quiere que no apliquemos los criterios de restricción, o si nuestro plan limita la cantidad o dosis del medicamento que está solicitando (una excepción al formulario).

**Farmacia de la red:** Una farmacia que tiene un contrato con nuestro plan en la que los miembros del plan pueden obtener sus 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 ha celebrado un contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar los medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. La mayoría de los medicamentos que obtenga en las farmacias fuera de la red no estarán cubiertos por nuestro plan, a menos que se apliquen ciertas condiciones.

**Grupo médico:** Un grupo médico es un grupo de médicos y otros proveedores de atención médica que tienen un contrato para proporcionar servicios a miembros de nuestro plan.

***"*Herramienta de beneficios en tiempo real":** Es un portal o aplicación informática en la que los inscritos pueden buscar información completa, exacta, oportuna, clínicamente apropiada, específica del inscrito del formulario y los beneficios. Esto incluye los montos de costo compartido, medicamentos alternativos del formulario que pueden usarse para la misma afección médica que un medicamento determinado y las restricciones de cobertura (autorización previa, tratamiento escalonado, límites de cantidad) que se aplican a medicamentos alternativos.

**Hospicio:** Un beneficio que brinda un tratamiento especial para un miembro que ha estado médicamente certificado como enfermo terminal, lo que significa tener una esperanza de vida de 6 meses o menos. Nuestro plan debe proporcionarle una lista de hospicios en su área geográfica. Si elige 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:** Una hospitalización es cuando usted ha sido ingresado formalmente al hospital para recibir servicios médicos especializados. Aunque permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente externo.

**Indicación médicamente aceptada:** Uso del medicamento que está aprobado por la FDA o respaldado por ciertas referencias, como la American Hospital Formulary Service Drug Information y el sistema de información Micromedex DRUGDEX.

**Ingreso complementario administrado por el Seguro Social (SSI):** Es un beneficio mensual que paga el Seguro Social a las personas con ingresos y recursos limitados que tienen una discapacidad, están ciegas o tienen 65 años o más. Los beneficios del SSI no son iguales a los beneficios del Seguro Social.

**Límite de gastos que paga de su bolsillo:** Importe máximo que paga de su bolsillo por los medicamentos de la Parte D.

**Límites de cantidad:** Una herramienta de gestión diseñada para limitar el uso de un medicamento 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 nuestro plan.

**Medicaid (o Asistencia médica):** Un programa conjunto, estatal y federal, que ayuda a solventar los costos médicos de ciertas personas con ingresos bajos y recursos limitados. Los programas estatales de Medicaid varían, pero cubren la mayoría de los costos de atención médica si usted califica para Medicare y Medicaid.

**Médicamente necesario:** Son los servicios, suministros o medicamentos que son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y que cumplen los estándares aceptados de la práctica médica.

**Medicamento seleccionado:** Un medicamento cubierto por la Parte D para el que Medicare negoció un precio justo máximo.

**Medicamentos cubiertos:** Es el término que se utiliza para referirse a todos los medicamentos que cubre nuestro plan.

**Medicamentos de la Parte D:** Medicamentos que pueden estar cubiertos por la Parte D. Podemos ofrecer todos los medicamentos de la Parte D o no. Ciertas categorías de medicamentos han sido excluidas de la cobertura de la Parte D por el Congreso. Ciertas categorías de medicamentos de la Parte D deben estar cubiertas por cada plan.

**Medicamentos de marca:** Medicamentos con receta fabricados y vendidos por la compañía farmacéutica que originariamente investigó y fabricó dichos medicamentos. 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 de marca.

**Medicamentos genéricos:** Un medicamento con receta que está aprobado por la FDA, dado que se considera que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Por lo general, un medicamento genérico tiene el mismo efecto que un medicamento de marca, pero suele ser más económico.

**Medicare:** El programa federal de seguros de salud 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 un trasplante de riñón).

**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 (CMS).

**Monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso (IRMAA):** Si su ingreso bruto ajustado modificado, como 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 personas con Medicare se encuentran afectadas, por lo que la mayoría de las personas no pagará 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. Los montos que paga por los medicamentos con receta no se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo. (**Nota:** Debido a que nuestros miembros también reciben ayuda de Medicaid, muy pocos alcanzan este monto máximo de bolsillo). Consulte la Sección 1.2 del Capítulo 4 para obtener información sobre el monto máximo que paga de su bolsillo.

**Multa por inscripción tardía de la Parte D:** Un monto que se suma a su prima mensual del plan por la cobertura de 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 de medicamentos estándar de Medicare) durante un período continuo de 63 días o más después de que se vuelve elegible por primera vez para inscribirse en un plan de la Parte D. Si alguna vez pierde la Ayuda adicional, puede estar sujeto a la multa por inscripción tardía si se queda sin cobertura de la Parte D o sin otra cobertura acreditable de medicamentos durante 63 días consecutivos o más.

**Nivel de costo compartido:** Cada medicamento de la lista de medicamentos cubiertos está en uno de los 5 niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor sea el nivel de costo compartido, mayor será su costo por el medicamento.

**Organización para la mejora de la calidad (QIO):** Un grupo de médicos en ejercicio y otros profesionales de la salud a los cuáles el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare.

**Organizaciones para el mantenimiento de la salud (HMO):** Un tipo de plan de cuidado administrado de Medicare en el que un grupo de médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica aceptan brindar atención médica a beneficiarios de Medicare por un monto fijo de dinero que paga Medicare por mes. Por lo general, debe recibir atención de los proveedores del plan.

**Original Medicare (Medicare tradicional o Medicare con 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 están cubiertos al pagarles 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 cualquier lugar de 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 nuestro plan y Original Medicare miden su uso de los servicios del centro de atención de enfermería especializada (SNF). El período de beneficios comienza el día en que usted ingresa en un centro de atención de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza cuando no ha recibido atención especializada en un centro de atención de enfermería especializada (SNF) durante 60 días consecutivos. Si ingresa en el centro 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.

**Período de inscripción abierta de Medicare Advantage:** El período del 1 de enero al 31 de marzo, en el que los miembros de un plan Medicare Advantage pueden cancelar sus inscripciones al plan y cambiarse a otro plan Medicare Advantage u obtener cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiarse a Original Medicare en este período, también puede inscribirse en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare en ese momento. El Período de inscripción abierta de Medicare Advantage también está disponible por un período de 3 meses después de que una persona se vuelve elegible para Medicare.

**Período de inscripción abierta:** El período de tiempo del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año, en el que los miembros pueden cambiar sus planes de medicamentos o de salud, o cambiarse a Original Medicare.

**Período de inscripción inicial:** El período en el que puede inscribirse en la Parte A y la Parte B de Medicare cuando es elegible por primera vez 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 el que cumple 65 años, incluye el mes en el que cumple años y termina 3 meses después de ese mes.

**Persona con doble elegibilidad:** Una persona que es elegible para recibir la cobertura de Medicare y Medicaid.

**Plan de atención:** Un plan sobre los servicios que recibirá y cómo los obtendrá. Su plan puede incluir servicios médicos, de salud conductual, sociales, y servicios y apoyo a largo plazo (LTSS).

**Plan de necesidades especiales equivalente al Plan institucional (IE-SNP):** Un IE-SNP restringe la inscripción a personas elegibles para MA que viven en la comunidad, pero que necesitan el nivel de atención que ofrece un centro.

**Plan de necesidades especiales para atención crónica (C-SNP):** Los C-SNP restringen la inscripción a personas elegibles para Medicare Advantage (MA) con afecciones crónicas y graves específicas.

**Plan de necesidades especiales:** Es un tipo especial de plan Medicare Advantage que proporciona una atención médica más enfocada en grupos específicos de personas, como las que tienen Medicare y Medicaid, las que viven en un hogar de convalecencia o las que tienen ciertas afecciones médicas crónicas.

**Plan de salud de Medicare:** Un plan de salud de Medicare ofrecido por una compañía 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, los planes de necesidades especiales, programas piloto/demostraciones y Programas de atención integral para las personas de edad avanzada (PACE).

**Plan institucional de necesidades especiales (I-SNP):** Los I-SNP restringen la inscripción a personas elegibles para MA que viven en la comunidad pero necesitan el nivel de atención que ofrece un centro, o que viven (o se espera que vivan) durante al menos 90 días seguidos en ciertos centros a largo plazo. Los I-SNP incluyen los siguientes tipos de planes: Plan de necesidades especiales (SNP) equivalente al Plan institucional (IE-SNP), Plan de necesidades especiales híbrido institucional (HI-SNP), y Plan de necesidades especiales institucional en un centro (FI-SNP).

**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 estos tipos de planes, un plan Medicare Advantage HMO o PPO 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 de medicamentos con receta) de Medicare. Estos planes se llaman **planes de cobertura de medicamentos con receta de Medicare Advantage.**

**Plan PACE:** Un plan PACE (Programa de atención integral para las personas de edad avanzada) combina servicios médicos, sociales, y servicios y apoyo a largo plazo (LTSS) para personas frágiles, de manera que sean independientes y continúen viviendo en su comunidad (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 Medicaid a través de nuestro plan.

**Planes de necesidades especiales con doble elegibilidad (D-SNP):** Los D-SNP inscriben a personas que tienen derecho a Medicare (título XVIII de la Ley del Seguro Social) y a asistencia médica de un plan estatal en virtud de Medicaid (título XIX). Los estados cubren algunos o todos los costos de Medicare, según el estado y la elegibilidad de la persona.

**Póliza Medigap (Seguro complementario de Medicare):** El seguro complementario de Medicare vendido por una compañía de seguros privada para cubrir los *períodos sin cobertura* en Original Medicare. Las pólizas Medigap solo funcionan con Original Medicare. (Un plan Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

**Precio justo máximo:** El precio que Medicare negoció para un medicamento seleccionado.

**Prima:** El pago periódico a Medicare, a una empresa de seguros o a un plan de atención médica por una cobertura de salud o de medicamentos con receta.

**Producto biológico original:** Un producto biológico que ha sido aprobado por la FDA y funciona como la comparación con los fabricantes que hacen una versión de biosimilar. También se denomina producto de referencia.

**Producto biológico:** Un medicamento con receta que se elabora a partir de fuentes naturales y vivas, como células animales, vegetales, bacterias o levaduras. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no se pueden copiar exactamente, por lo que las formas alternativas se denominan biosimilares. (Consulte **"Producto biológico original"** y **"Biosimilar"**).

**Programa de descuentos del fabricante:** Un programa en virtud del cual los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total de nuestro plan para medicamentos de marca y productos biológicos cubiertos de la Parte D. Los descuentos se basan en acuerdos entre el Gobierno federal y los fabricantes de medicamentos.

**Programa de manejo del tratamiento farmacológico (MTM):** Un programa de la Parte D de Medicare para necesidades de salud complejas que se brinda a las personas que cumplen ciertos requisitos o participan en un programa de administración de medicamentos. Por lo general, los servicios de MTM incluyen una conversación con un farmacéutico o un proveedor de atención médica para revisar los medicamentos.

**Proveedor de atención primaria (PCP):** El 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.

**Proveedor de la red: Proveedor** es el término general para médicos, otros profesionales de salud, hospitales y otros centros de atención médica que tienen licencia o están certificados por Medicare y por el estado para ofrecer servicios de atención médica. Los **proveedores de la red** tienen un convenio con nuestro plan para aceptar nuestro pago como pago total y, en algunos casos, para coordinar y prestar servicios cubiertos a los miembros de 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 ha celebrado un contrato con nuestro plan para coordinar u 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.

**Queja integrada:** Un tipo de reclamo que usted presenta sobre nuestro plan, proveedores o farmacias, incluido un reclamo relacionado con la calidad de la atención brindada. Esto no está relacionado con disputas de cobertura ni de pago.

**Reclamo:** El nombre formal para presentar un reclamo es **interponer una queja**. El proceso de reclamos se aplica *solo* a ciertos tipos de problemas. Entre ellos se incluyen los problemas sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio de atención al cliente que recibe. También incluye reclamos si nuestro plan no sigue los períodos de tiempo del proceso de apelaciones.

**Red:** Un grupo de médicos, hospitales, farmacias y otros expertos de atención médica contratados por nuestro plan para proporcionar servicios cubiertos a sus miembros (consulte la Sección 4.2 del Capítulo 1). Los proveedores de la red son contratistas independientes y no agentes de nuestro plan.

**Servicios cubiertos por Medicare:** Son los 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. La expresión "servicios cubiertos por Medicare" no incluye los beneficios adicionales, como beneficios de la vista, dentales o de la audición, que un plan Medicare Advantage puede ofrecer.

**Servicios cubiertos:** El término que se utiliza para referirse a todos los servicios y suministros de atención médica cubiertos por nuestro plan.

**Servicios de rehabilitación:** Estos servicios incluyen atención de rehabilitación para pacientes internados, fisioterapia (pacientes externos), terapia del habla y del lenguaje, y terapia ocupacional.

**Servicios de urgencia:** Servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata y no representa una emergencia, sino un servicio de urgencia, ya sea que se encuentre temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan, o sea poco razonable que, dados sus horarios, lugar y circunstancias, obtenga este servicio de proveedores de la red. Algunos ejemplos de servicios de urgencia son enfermedades y lesiones médicas imprevistas o exacerbaciones inesperadas de afecciones existentes. Las consultas de rutina médicamente necesarias con proveedores (como los controles anuales) no se consideran de urgencia, incluso si usted se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o nuestra red del plan no está disponible temporalmente.

**Servicios no cubiertos por Medicare:** Son los servicios que no están cubiertos normalmente cuando tiene Original Medicare. Generalmente, son beneficios adicionales que puede recibir como miembro del plan Medicare Advantage.

**Servicios preventivos:** Servicios de atención médica que lo ayudan a mantenerse saludable, detectar problemas de salud temprano, determinar los tratamientos más efectivos y prevenir ciertas enfermedades. Los servicios preventivos incluyen exámenes, vacunas, pruebas de laboratorio y pruebas de detección. También incluyen programas para el monitoreo de la salud, y asesoramiento y educación para ayudarlo a cuidar de su propia salud.

**Subsidio por ingresos bajos (LIS):** Consulte Ayuda adicional.

**Tratamiento escalonado:** Herramienta de utilización que exige que primero intente tratar su afección con otro medicamento, antes de que cubramos el medicamento que le recetó el médico en primer lugar.

# **APÉNDICE A:**
# Información de contacto importante

| **Virginia** | |
|---|---|
| **Programa estatal de asistencia en seguros de salud** | **Virginia Insurance Counseling and Assistance Program (VICAP)**, **dirección:** 5620 Cox Rd., Glen Allen, VA 23060, **teléfono:** **1-800-552-3402**, **TTY:** **711**, **horario de atención:** De lunes a viernes, de 08:30 a. m. a 05:00 p. m., **sitio web:** **www.vda.virginia.gov/vicap.htm** |
| **Organización para la mejora de la calidad** | **Commence Health**, **dirección:** BFCC-QIO Program Commence Health, PO Box 2687 Virginia Beach, VA 23450, **teléfono:** **1-888-396-4646**, **TTY:** **711**, **horario de atención:** De lunes a viernes, de 09:00 a. m. a 05:00 p. m., sábados y domingos/ feriados de 10:00 a. m. a 04:00 p. m., hora local, **sitio web:** **commencehealthqio.cms.gov/en** |
| **Oficina de Medicaid estatal** | **Cardinal Care**, **dirección:** Department of Medical Assistance Services, 600 E. Broad Street, Suite 1300, Richmond, Virginia 23219, **teléfono:** **1-800-643-2273**, **1-804-786-6145**, **TTY: TDD:** **1-888-221-1590** Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla, **horario de atención:** De lunes a viernes, de 08:00 a. m. a 07:00 p. m. y los sábados de 09:00 a. m. a 12:00 p. m., **sitio web:** **dmas.virginia.gov/**<br><br>Si tiene preguntas sobre su cobertura Cardinal Care Managed Care Medicaid, visite **www.virginiamanagedcare.com** o comuníquese con la Línea de ayuda para miembros de Medicaid de Virginia al **1-800-643-2273** (TTY: **1-800-817-6608**).<br><br>También pueden enviarse preguntas en línea en **ask.vamedicaid.dmas.virginia.gov/ask-va-medicaid#/**. Este es el portal de solicitudes en línea de Medicaid de Virginia. Ese sitio web también proporciona respuestas a preguntas frecuentes sobre Medicaid de Virginia. |
| **Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA** | **Virginia Medication Assistance Program (VA MAP)**, **dirección:** Department of Health, 109 Governor Street, Richmond, VA 23219, **teléfono:** **1-855-362-0658**, **1-800-533-4148**, **TTY:** **711**, **horario de atención:** De lunes a viernes, de 08:00 a. m. a 05:00 p. m., **sitio web:** **vdh.virginia.gov/disease-prevention/disease-prevention/hiv-care-services/** |

| **Virginia** | |
|---|---|
| **Defensor del pueblo** | El Programa del defensor del pueblo para atención a largo plazo ayuda a las personas a obtener información sobre los hogares de convalecencia y a resolver problemas entre los hogares de convalecencia y los residentes o sus familiares.<br><br>**Office of the State Long-Term Care Ombudsman**, **dirección:** HC 2 South, 280 State Drive, Waterbury, VT 05671-2070, **teléfono:** 802-241-0294, **TTY:** 711, **horario de atención:** De lunes a viernes, de 08:00 a. m. a 05:00 p. m., **sitio web:** elderrightsva.org/ |

**Notice of Availability (NOA)**

**TTY: 711**

To access language services at no cost to you, call the number on your ID card. (English)

የቋንቋ አገልግሎቶችን ያለክፍያ ለማግኘት፣ በመታወቂያዎት ላይ ያለውን ቁጥር ይደውሉ። (Amharic)

للحصول على الخدمات اللغوية دون أي تكلفة، الرجاء الاتصال على الرقم الموجود على بطاقتك الشخصية (Arabic)

如欲使用免費語言服務，請致電您 ID 卡上的電話號碼 (Chinese)

Afin d'accéder aux services langagiers sans frais, veuillez composer le numéro inscrit sur votre carte d'identité. (French)

Pou jwenn sèvis lang gratis, rele nimewo telefòn ki sou kat idantite ou a. (French Creole)

Um auf für Sie kostenlose Sprachdienstleistungen zuzugreifen, rufen Sie die Nummer auf Ihrer ID-Karte an. (German)

आपके लिए बिना किसी कीमत के भाषा सेवाओं का उपयोग करने के लिए, अपने आईडी काडर् पर दिये नबर पर कॉल करें। (Hindi)

Per accedere ai servizi linguistici, senza alcun costo per lei, chiami il numero sulla tessera identificativa. (Italian)

言語サービスを無料でご利用いただくには、IDカードに記載の番号にお電話ください。 (Japanese)

무료 언어 서비스를 이용하려면 보험 ID 카드에 수록된 번호로 전화해 주십시오. (Korean)

برای دسترسی به خدمات زبان به طور رایگان، با شماره قید شده روی کارت شناسایی خود تماس بگیرید (Farsi)

Aby uzyskać dostęp do bezpłatnych usług językowych proszę zadzwonić numer telefonu na Twojej Karcie Identykującej (Polish)

Para acessar os serviços de idiomas sem custo para você, ligue para o número que consta na sua identidade. (Portuguese)

Для того чтобы бесплатно получить помощь переводчика, позвоните по телефону, указанному на вашей карточке участника плана. (Russian)

Para acceder a los servicios de idiomas sin costo, llame al número que figura en su tarjeta de identificación. (Spanish)

Para ma-access ang mga serbisyo sa wika nang wala kayong babayaran, tawagan ang numero sa inyong ID card. (Tagalog)

Nếu quý vị muốn sử dụng miễn phí các dịch vụ ngôn ngữ, hãy gọi tới số điện thoại ghi trên thẻ ID (Nhận dạng) của quý vị. (Vietnamese)

بلاقیمت زبان سے متعلقہ خدمات حاصل کرنے کے لیے ، اپنے شناختی کارڈ پر درج نمبرپر بات کریں (Urdu)

برای دسترسی به خدمات زبان بدون هیچ هزینه ای برای شما، با شماره کارت شناسایی خود تماس بگیرید (Dari)

మీరు భాష సేవలను ఉచితంగా అందుకునేందుకు, మీ ID కార్డుపై ఉన్ననంబరుకు కాల్ చేయండి. (Telugu)

Iji nwetaòhèrè na ọrụ gasị asụsụ n'efu, kpọọ nọmba no na kaadị ID gị. (Ibo)

नि:शुल्क भाषा सेवाहरू पहुँच गर्न, आफ्नो परिचय पत्रमा रहेको नम्बरमा कल गर्नुहोस्। (Nepali)

আপনাকে বিনামূল্যে ভাষা পরিষেবা পেতে হলে আপনার পরিচয়পত্রে দেওয়া নম্বরে টেলিফোন করুন। (Bengali)

د ژبې خدمتو ته د لاسرسی لپاره پرته له کوم لګښت څخه تاسو ته اړیکه ونیسئ (Pashto)

H1610_2025_V1

## Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP)

| | Información de contacto del Departamento de Servicios para Miembros |
|---|---|
| **Llame al** | 1-855-463-0933 (**TTY:** 711)<br>Las llamadas a este número son gratuitas.<br>El horario de atención es de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana.<br>El Departamento de Servicios para Miembros al 1-855-463-0933 (Los usuarios de TTY deben llamar al 711) también ofrece un servicio de interpretación oral gratuito para las personas que no hablan inglés. |
| **TTY** | 711<br>Las llamadas a este número son gratuitas.<br>El horario de atención es de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. |
| **Fax** | 1-855-259-2087 |
| **Escriba a** | Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP)<br>Aetna Duals COE Member Correspondence<br><br>PO Box 982980<br>El Paso, TX 79998 |
| **Sitio web** | Visite AetnaMedicare.com/VADSNP o escanee este código con su teléfono inteligente para visitar nuestro sitio web. |

**Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP)**
SHIP es un programa estatal que recibe fondos del Gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros de salud, a nivel local y de forma gratuita, a las personas que tienen Medicare. La información de contacto del SHIP de su estado se encuentra en el **Apéndice A** en la parte de atrás de este documento.

***Declaración sobre divulgación de la Ley de Reducción de Papel (PRA):*** *De acuerdo con la Ley de Reducción de Papel de 1995, ninguna persona debe responder a una recopilación de información a menos que presente un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB). El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escríbanos a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.*

20260916