Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2022

Evidencia de cobertura:

Los beneficios y servicios de salud y la cobertura para medicamentos con receta de Medicare, como miembro de Aetna Better Health of Virginia (HMO D-SNP)

Este documento proporciona detalles acerca de la cobertura de atención médica y para medicamentos con receta de Medicare desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2022. Explica cómo obtener cobertura para los servicios de atención médica y los medicamentos con receta que necesita. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

Este plan, Aetna Better Health of Virginia (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 Better Health of Virginia [HMO D-SNP]).

Para obtener información adicional, llame al 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.

Este documento puede estar disponible en otros formatos, como braille, tamaño de letra grande u otros formatos alternativos.

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

El formulario, la red de farmacias o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando sea necesario.

Y0001_H1610_001_DS15_EOC22_SP_C

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

En la opción de pedido por correo, puede recibir medicamentos con receta en su hogar a través del programa de entrega de pedidos por correo de la red. Normalmente, los medicamentos de pedido por correo llegan en un plazo de 10 días. Puede llamar al 1-855-463-0933 (TTY: 711) de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana si no recibe sus medicamentos de pedido por correo en este plazo. Los miembros pueden tener la opción de registrarse para la entrega de pedidos por correo automática.

Evidencia de cobertura para 2022

Índice

Esta lista de capítulos y números de páginas es el punto de partida. Si necesita ayuda para encontrar la información que necesita, consulte la primera página del capítulo correspondiente. **Encontrará una lista detallada de los temas al principio de cada capítulo.**

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro 1

Explica lo que implica ser miembro de un plan de salud de Medicare y cómo usar este documento. Detalla la documentación que le enviaremos, la prima del plan, la tarjeta de miembro del plan y cómo mantener actualizado su registro de miembro.

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes 18

Describe cómo puede comunicarse con nuestro plan (Aetna Better Health of Virginia [HMO D-SNP]) y con otras organizaciones, como Medicare, el Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP), la Organización para la mejora de la calidad, el Seguro Social, Medicaid (el programa estatal de seguros de salud para personas con ingresos bajos), programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos con receta y la Junta de jubilación para ferroviarios.

Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos 37

Explica puntos importantes que debe saber sobre cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan. Entre los temas, se incluye cómo tener acceso a los proveedores de la red del plan y cómo obtener atención en caso de emergencia.

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto) 58

Proporciona detalles sobre cuáles son los tipos de atención médica que están cubiertos y cuáles no como miembro de nuestro plan.

Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D 143

Explica las normas que debe cumplir cuando obtiene los medicamentos de la Parte D. Incluye cómo utilizar la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan para saber cuáles son los medicamentos cubiertos. Detalla los tipos de medicamentos que no están cubiertos. También explica los distintos tipos de restricciones que se aplican a la cobertura para determinados medicamentos. Explica dónde puede obtener los medicamentos con receta. Además, indica los programas del plan respecto de la seguridad y el manejo de los medicamentos.

Capítulo 6. Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D 172

Explica las cuatro etapas de la cobertura para medicamentos *(Etapa del deducible, Etapa de cobertura inicial, Etapa del período sin cobertura, Etapa de cobertura en situaciones catastróficas)* y de qué manera influyen en lo que usted debe pagar por los medicamentos. Aquí se explican los 5 niveles de costo compartido de sus medicamentos de la Parte D y se indica lo que debe pagar por un medicamento en cada nivel de costo compartido.

Capítulo 7. Cómo solicitarnos que paguemos una factura que usted recibió en concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos 197

En este capítulo, se explica cuándo y cómo enviarnos una factura cuando quiere pedirnos que le reembolsemos el costo de los servicios o medicamentos cubiertos.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades 205

Describe sus derechos y responsabilidades como miembro de nuestro plan. Explica lo que usted puede hacer si cree que no se están respetando sus derechos.

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos) 218

En este capítulo se describe, paso a paso, lo que debe hacer si tiene algún problema o inquietud como miembro de nuestro plan.

- Explica cómo solicitar que se tomen decisiones de cobertura y cómo presentar una apelación si tiene problemas para obtener atención médica o medicamentos con receta que usted piensa que nuestro plan cubre. Esto incluye solicitar que hagamos una excepción a las normas o las restricciones adicionales respecto de su cobertura para medicamentos con receta, y solicitar que sigamos brindándole cobertura para atención hospitalaria y determinados tipos de servicios médicos si cree que la cobertura está terminando demasiado pronto.
- Se explica cómo presentar un reclamo en relación con la calidad de la atención, los tiempos de espera, el Departamento de Servicios para Miembros y otros temas que le preocupan.

Capítulo 10. Cancelación de su membresía en el plan 288

Describe cuándo y cómo usted puede cancelar su membresía en el plan. Explica las situaciones en las cuales nuestro plan debe finalizar su membresía.

Capítulo 11. Avisos legales **300**

Se incluyen avisos sobre las leyes aplicables y la no discriminación.

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes **307**

Se explican los términos clave que se utilizan en este documento.

Capítulo 1

Primeros pasos como miembro

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 1 Introducción 4
Sección 1.1 Usted está inscrito en Aetna Better Health of Virginia (HMO D-SNP), que es un plan Medicare Advantage especializado (Plan de necesidades especiales) 4
Sección 1.2 ¿De qué se trata el documento *Evidencia de cobertura*? 5
Sección 1.3 Información legal sobre la *Evidencia de cobertura* 5

SECCIÓN 2 ¿Cuáles son las calificaciones para elegibilidad para ser miembro del plan? 6
Sección 2.1 Sus calificaciones para elegibilidad 6
Sección 2.2 ¿Qué son la Parte A y la Parte B de Medicare? 7
Sección 2.3 ¿Qué es Medicaid? 7
Sección 2.4 Esta es el área de servicio del plan para Aetna Better Health of Virginia (HMO D-SNP) 8
Sección 2.5 Ciudadano o residente legal de los Estados Unidos 9

SECCIÓN 3 ¿Qué otra documentación le enviaremos? 9
Sección 3.1 Su tarjeta de miembro del plan: úsela para obtener cobertura en todos los medicamentos con receta y la atención que recibe 9
Sección 3.2 El *Directorio de proveedores y farmacias*: su guía para conocer a todos los proveedores de la red del plan 10
Sección 3.3 El *Directorio de proveedores y farmacias*: su guía para conocer las farmacias de nuestra red 11
Sección 3.4 *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan 12
Sección 3.5 La *Explicación de beneficios de la Parte D* (la "EOB de la Parte D"): informes con un resumen de los pagos efectuados para los medicamentos con receta de la Parte D 12

Sección 4 Su prima mensual de Aetna Better Health of Virginia (HMO D-SNP) 13
Sección 4.1 ¿A cuánto asciende la prima de su plan? 13
Sección 4.2 ¿Podemos modificar la prima mensual del plan durante el año? 14

SECCIÓN 5 Mantenga actualizado su registro de miembro del plan 15
Sección 5.1 Cómo puede asegurarse de que tenemos información correcta sobre usted 15

SECCIÓN 6 Protegemos la privacidad de su información personal de salud 16
Sección 6.1 Nos aseguramos de que su información de salud esté protegida 16

SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan 16
Sección 7.1 ¿Qué plan paga primero cuando usted tiene otro seguro? 16

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1	Usted está inscrito en Aetna Better Health of Virginia (HMO D-SNP), que es un plan Medicare Advantage especializado (Plan de necesidades especiales)

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 para medicamentos con receta y atención médica de Medicare a través de nuestro plan, Aetna Better Health of Virginia (HMO D-SNP).

Hay distintos tipos de planes de salud de Medicare. Aetna Better Health of Virginia (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 Better Health of Virginia (HMO D-SNP) está destinado específicamente 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 atención médica de Medicare. Medicaid también puede brindarle 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 una "Ayuda adicional" de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos con receta de Medicare. Aetna Better Health of Virginia (HMO D-SNP) le ayudará a administrar todos estos beneficios para que usted obtenga los servicios de atención médica y la asistencia de pago, a los que tiene derecho.

Aetna Better Health of Virginia (HMO D-SNP) es administrado por una empresa privada. Como todos los planes Medicare Advantage, este Plan de necesidades especiales está aprobado por Medicare. El plan también ha celebrado un contrato con el programa Medicaid de Virginia (VA)

para coordinar sus beneficios de Medicaid. Nos complace proporcionarle su cobertura de salud de Medicare, incluida la cobertura de sus medicamentos con receta.

La cobertura de este plan reúne los requisitos de cobertura médica calificada (QHC) y cumple el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información.

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

Esta *Evidencia de cobertura* describe cómo obtener atención médica y los medicamentos con receta de Medicare cubiertos a través de nuestro plan. Explica sus derechos y responsabilidades, lo que está cubierto y la parte que le corresponde pagar a usted como miembro del plan.

Los términos “cobertura” y “servicios cubiertos” se refieren a la atención y los servicios médicos, así como a los medicamentos con receta, disponibles para usted como miembro de Aetna Better Health of Virginia (HMO D-SNP).

Es importante que sepa cuáles son las normas del plan y cuáles son los servicios que están a su disposición. Le recomendamos que dedique tiempo a leer el documento *Evidencia de cobertura*.

Si hay algún tema que lo confunde o le preocupa, póngase en contacto con el Departamento de Servicios para Miembros de nuestro plan (en la contraportada de este documento, encontrará impresos los números de teléfono).

Sección 1.3 Información legal sobre la *Evidencia de cobertura*

Es parte del contrato que celebramos con usted

Esta *Evidencia de cobertura* es parte de nuestro contrato con usted sobre cómo Aetna Better Health of Virginia (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 que la afectan. En ocasiones, estos avisos se denominan “cláusulas adicionales” o “enmiendas”.

El contrato estará vigente durante los meses en los que esté inscrito en Aetna Better Health of Virginia (HMO D-SNP), desde el 1 de enero de 2022 hasta el 31 de diciembre de 2022.

Cada año calendario, Medicare nos permite realizar cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de Aetna Better Health of Virginia (HMO

D-SNP) después del 31 de diciembre de 2022. Después del 31 de diciembre de 2022, también podemos decidir dejar de ofrecer el plan u ofrecerlo en un área de servicio diferente.

Medicare debe aprobar nuestro plan todos los años
Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar Aetna Better Health of Virginia (HMO D-SNP) todos los años. Puede seguir obteniendo la cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan solo si decidimos continuar ofreciendo el plan y si Medicare renueva la aprobación del plan.

SECCIÓN 2 ¿Cuáles son las calificaciones para elegibilidad para ser miembro del plan?

Sección 2.1	Sus calificaciones para elegibilidad

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

- Tiene la Parte A y la Parte B de Medicare (la Sección 2.2 trata sobre la Parte A y la Parte B de Medicare).
- *También,* vive en nuestra área geográfica de servicio (la Sección 2.4 a continuación describe el área de servicio).
- *A su vez,* es ciudadano o residente legal de los Estados Unidos.
- *Finalmente,* cumple con la calificación para elegibilidad específica descrita a continuación.

Calificaciones especiales para elegibilidad para nuestro plan
Nuestro plan está diseñado para satisfacer las necesidades de las personas que reciben 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). A fin de ser elegible para nuestro plan, usted debe ser elegible tanto para Medicare como para Medicaid.

Tenga en cuenta lo siguiente: Si pierde la elegibilidad, pero se espera razonablemente que la recupere en un plazo de 6 meses, sigue siendo elegible para la membresía de nuestro plan (en la Sección 2.1 del Capítulo 4, se describen la cobertura y el costo compartido durante un período de elegibilidad considerada continua).

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

Cuando se inscribió por primera vez en Medicare, recibió información sobre qué servicios están cubiertos por la Parte A y la Parte B. Recuerde lo siguiente:

- Generalmente, la Parte A de Medicare ayuda a cubrir los servicios prestados por hospitales (para servicios para pacientes internados, centros de atención de enfermería especializada o agencias de atención médica a domicilio).
- La Parte B de Medicare cubre la mayoría de los demás servicios médicos (como los servicios prestados por un médico, los tratamientos de infusión en el hogar y otros servicios para pacientes externos) y ciertos productos (como suministros y equipos médicos duraderos [DME]).

Sección 2.3 ¿Qué es Medicaid?

Medicaid es un programa conjunto de los gobiernos federal y estatal que brinda ayuda con los costos médicos 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 del gobierno federal.

Además, hay programas que se ofrecen a través de Medicaid que ayudan a las personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare, como las primas de Medicare. Estos “Programas de ahorros de Medicare” ayudan a las personas con recursos limitados a ahorrar dinero todos los años:

- **Beneficiario calificado de Medicare Plus (QMB Plus):** ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare, y otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos). Usted también es elegible para recibir todos los beneficios de Medicaid del programa de Medicaid de su estado.
- **Beneficiario de Medicare con ingreso bajo específico Plus (SLMB Plus):** 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.

Sección 2.4	Esta es el área de servicio del plan para Aetna Better Health of Virginia (HMO D-SNP)

Aunque Medicare es un programa federal, Aetna Better Health of Virginia (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 del plan. El área de servicio se describe a continuación.

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

Si se traslada a otro estado, debe ponerse en contacto 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 **Anexo A** en la parte de atrás de este documento.

Si tiene pensado mudarse fuera del área de servicio, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros (en la contraportada de este documento, encontrará impresos los números

de teléfono). Cuando se mude, tendrá un Período de inscripción especial que le permitirá cambiar a Original Medicare o inscribirse en un plan de salud de Medicare o de medicamentos disponible en su nueva ubicación.

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

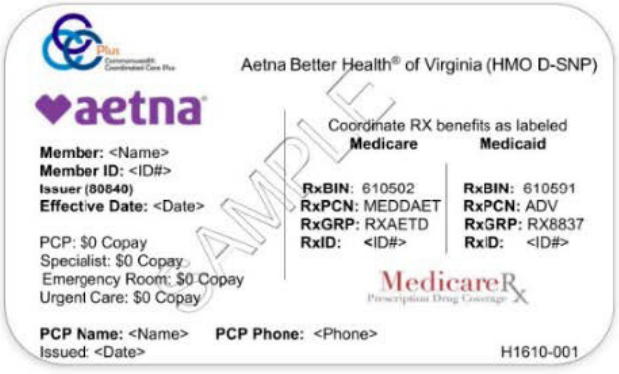
Sección 2.5 Ciudadano o residente legal de los Estados Unidos

Un miembro del plan de salud de Medicare debe ser ciudadano o residente legal de los Estados Unidos. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificará a Aetna Better Health of Virginia (HMO D-SNP) en caso de que usted no sea elegible para seguir siendo miembro por este motivo. Aetna Better Health of Virginia (HMO D-SNP) debe cancelar su inscripción si no cumple este requisito.

SECCIÓN 3 ¿Qué otra documentación le enviaremos?

Sección 3.1 Su tarjeta de miembro del plan: úsela para obtener cobertura en todos los medicamentos con receta y la atención que recibe

Mientras sea un miembro de nuestro plan, debe usar su tarjeta de miembro para nuestro plan cada vez que reciba un servicio cubierto por este plan y para los medicamentos con receta que obtenga en las farmacias de la red. A continuación, encontrará un modelo de la tarjeta de miembro para que tenga una idea de cómo será la suya:



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 Better Health of Virginia (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 de rutina.

Aquí le explicamos por qué esto es tan importante: si mientras es miembro del plan utiliza los servicios cubiertos con la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare, en lugar de nuestra tarjeta de miembro de Aetna Better Health of Virginia (HMO D-SNP), es posible que deba pagar el costo total de los servicios.

Si la tarjeta de miembro del plan se daña, se le pierde o se la roban, llame de inmediato al Departamento de Servicios para Miembros para que le enviemos una tarjeta nueva. (En la contraportada de este documento, encontrará impresos los números de teléfono del Departamento de Servicios para Miembros).

Sección 3.2 El *Directorio de proveedores y farmacias*: su guía para conocer a todos los proveedores de la red del plan

El *Directorio de proveedores y farmacias* detalla nuestros proveedores de la red y proveedores de equipos médicos duraderos, e identifica los proveedores participantes de Medicaid.

¿Qué son los “proveedores de la red”?
Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de salud, grupos médicos, proveedores de equipos médicos duraderos, hospitales y otros centros de atención médica que han acordado con nosotros aceptar nuestros pagos y cualquier costo compartido del plan como pago pleno. Hemos acordado con estos proveedores que les presten servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Puede acceder a la lista más actualizada de proveedores en nuestro sitio web en AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/find-provider.

¿Por qué debe saber qué proveedores forman parte de nuestra red?
Es importante saber qué proveedores forman parte de nuestra red porque, salvo por algunas excepciones limitadas, mientras sea miembro de nuestro plan, deberá utilizar los proveedores de la red para obtener atención y servicios médicos. Las únicas excepciones incluyen emergencias, servicios de urgencia cuando la red no está disponible (generalmente, cuando usted se encuentra fuera del área), servicios de diálisis fuera del área y casos en los que Aetna Better Health of Virginia (HMO D-SNP) autoriza el uso de proveedores fuera de la red. Consulte el Capítulo 3 *(Cómo utilizar la*

cobertura del plan para obtener servicios médicos) para obtener información más específica sobre la cobertura en caso de emergencia, fuera de la red y fuera del área.

Es importante conocer qué proveedores participantes aceptan Medicare y Medicaid. Al acceder a un beneficio cubierto por Medicaid, asegúrese de seleccionar uno que también proporcione servicios cubiertos por Medicaid. Los proveedores de servicios de Medicaid se identifican con un asterisco en el *Directorio de proveedores y farmacias*.

Si no tiene su copia del *Directorio de proveedores y farmacias*, puede solicitar una a través del Departamento de Servicios para Miembros (en la contraportada de este documento, encontrará impresos los números de teléfono). En el Departamento de Servicios para Miembros puede solicitar más información sobre los proveedores de la red, incluso su formación y experiencia.

Sección 3.3 El *Directorio de proveedores y farmacias*: su guía para conocer las farmacias de nuestra red

¿Qué son las "farmacias de la red"?
Las farmacias de la red son todas las farmacias que han aceptado obtener los medicamentos con receta cubiertos para los miembros de nuestro plan.

¿Qué es lo que debe saber sobre las farmacias de la red?
Nuestra red cambió más de lo habitual para 2022. El *Directorio de proveedores y farmacias* actualizado se encuentra en nuestro sitio web en AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/find-provider. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitar que le enviemos un *Directorio de proveedores y farmacias*. **Le recomendamos que revise nuestro *Directorio de proveedores y farmacias* vigente para verificar si su farmacia aún se encuentra en nuestra red**. Esto es importante debido a que, con pocas excepciones, debe obtener sus medicamentos con receta en una farmacia de la red si desea que nuestro plan los cubra (lo ayude a pagarlos).

Si no tiene el *Directorio de proveedores y farmacias*, puede obtener una copia a través del Departamento de Servicios para Miembros (en la contraportada de este documento, encontrará impresos los números de teléfono). Puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros en cualquier momento para obtener información actualizada sobre cambios en la red de farmacias. También puede encontrar esta información en nuestro sitio web en AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/find-provider.

Sección 3.4 *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan

El plan cuenta con una *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*. Nosotros la denominamos "Lista de medicamentos" para abreviarla. Indica qué medicamentos con receta de la Parte D están cubiertos por el beneficio de la Parte D incluido en Aetna Better Health of Virginia (HMO D-SNP). Además de su cobertura para los medicamentos de la Parte D, algunos medicamentos con receta también están cubiertos para usted con los beneficios de Medicaid.

El plan, con la colaboración de un equipo de médicos y farmacéuticos, selecciona los medicamentos de la lista. La lista debe cumplir con los requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la Lista de medicamentos de Aetna Better Health of Virginia (HMO D-SNP).

La Lista de medicamentos le indica si existen restricciones para la cobertura de sus medicamentos.

Le brindaremos una copia de la Lista de medicamentos. Para obtener la información más completa y vigente sobre los medicamentos cubiertos, puede visitar el sitio web del plan (AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary) o llamar al Departamento de Servicios para Miembros (en la contraportada de este documento, encontrará impresos los números de teléfono).

Sección 3.5 La *Explicación de beneficios de la Parte D* (la "EOB de la Parte D"): informes con un resumen de los pagos efectuados para los medicamentos con receta de la Parte D

Cuando utilice sus beneficios de medicamentos con receta de la Parte D, le enviaremos un informe resumido que lo ayudará a comprender y hacer un seguimiento de los pagos efectuados por los medicamentos con receta de la Parte D. Este informe resumido se denomina *Explicación de beneficios de la Parte D* (o "EOB de la Parte D").

La *Explicación de beneficios de la Parte D* le informa el monto total que usted, otra persona en su nombre y nosotros gastamos en medicamentos con receta de la Parte D, así como el monto total pagado por cada uno de los medicamentos con receta de la Parte D durante cada mes en que se utilicen estos beneficios. La EOB de la Parte D proporciona más información sobre los medicamentos que usted toma, como aumentos en el precio y otros medicamentos con un costo compartido más bajo que pueden estar disponibles. Debe consultar con la persona autorizada a emitir recetas sobre estas opciones de menor costo.

La *Explicación de beneficios de la Parte D* también se encuentra a disposición de quienes la soliciten. Para obtener una copia, llame al Departamento de Servicios para Miembros (en la contraportada de este documento, encontrará impresos los números de teléfono).

Sección 4 Su prima mensual de Aetna Better Health of Virginia (HMO D-SNP)

Sección 4.1 ¿A cuánto asciende la prima de su plan?

Como miembro de Aetna Better Health of Virginia (HMO D-SNP), usted paga una prima mensual del plan, a menos que reúna los requisitos para recibir la "Ayuda adicional" con los costos de los medicamentos con receta. Usted no pagará una prima mensual del plan (prima del plan de medicamentos con receta) si reúne los requisitos para recibir la "Ayuda adicional". Las personas que tienen Medicare y Medicaid califican automáticamente para recibir la "Ayuda adicional". Debido a que usted califica para recibir la "Ayuda adicional", para el año 2022, la prima mensual de nuestro plan es de **$0**.

En algunos casos, la prima del plan podría ser mayor
En algunos casos, la prima del plan podría ser superior al monto mencionado antes en la Sección 4.1. A continuación, se describe dicho caso:

- Algunos miembros deben pagar una **multa por inscripción tardía** de la Parte D porque no se inscribieron en el plan de medicamentos de Medicare cuando fueron elegibles por primera vez o porque hubo un período continuo de 63 días o más, en el que no tuvieron una cobertura "acreditable" para medicamentos con receta. (Cobertura "acreditable" significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare). Para esos miembros, la multa por inscripción tardía de la Parte D se suma a la prima mensual del plan. El monto de la prima estará constituido por la prima mensual del plan más el monto de la multa por inscripción tardía de la Parte D.
    - Si usted recibe "Ayuda adicional" de Medicare para pagar sus medicamentos con receta, no pagará una multa por inscripción tardía.
    - 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 para medicamentos con receta durante 63 días consecutivos o más.
    - Si debe pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D, el costo dependerá de cuánto tiempo estuvo sin la Parte D o sin otra cobertura acreditable para medicamentos con receta.
- Algunos miembros deben pagar un cargo adicional, conocido como Monto de ajuste mensual acorde a su ingreso de la Parte D o IRMAA porque, hace 2 años, tuvieron un ingreso bruto ajustado modificado, por encima de cierto monto, en su declaración de impuestos del IRS. Los miembros sujetos a un IRMAA tendrán que pagar el monto estándar de la prima y este cargo adicional, que se agregará a su prima.

Algunos 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 Better Health of Virginia (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 por usted las primas de Medicare, usted debe continuar pagando las primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan.

- Si su ingreso bruto ajustado modificado, como se informó en su declaración de impuestos del IRS, de hace 2 años, está por encima de cierto monto, pagará el monto estándar de la prima y el Monto de ajuste mensual acorde a su ingreso, también conocido como IRMAA. El IRMAA es un cargo adicional que se agrega a su prima. Si debe pagar un monto adicional, el Seguro Social, **no su plan de Medicare**, le enviará una carta en la que se le indicará cuál será ese monto adicional. Si sus ingresos disminuyeron debido a un hecho significativo en su vida, puede solicitarle al Seguro Social que reconsidere la decisión.
- **Si usted debe pagar un monto adicional y no lo hace, su inscripción en el plan se cancelará.**
- También, puede visitar www.medicare.gov o llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. O bien, puede llamar al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

El manual denominado *Medicare & You 2022* (Medicare y usted para 2022) incluye información sobre estas primas en la sección titulada “Costos de Medicare para 2022”. Todas las personas que tienen Medicare reciben todos los años, en otoño, una copia del manual *Medicare & You 2022* (Medicare y usted para 2022). Los nuevos miembros de Medicare la reciben en el plazo de un mes después de que se inscriben por primera vez. También puede descargar una copia del manual *Medicare & You 2022* (Medicare y usted para 2022) del sitio web de Medicare (www.medicare.gov). O bien, puede solicitar una copia impresa por teléfono al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 4.2 ¿Podemos modificar la prima mensual del plan durante el año?

No. No estamos autorizados a comenzar a cobrar una prima mensual del plan durante el año. Si la prima mensual del plan llegara a cambiar el próximo año, se lo informaremos en septiembre y la modificación entrará en vigencia el 1 de enero.

SECCIÓN 5 Mantenga actualizado su registro de miembro del plan

Sección 5.1	Cómo puede asegurarse de que tenemos información correcta sobre usted

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 (PCP), 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 (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, farmacéuticos y demás proveedores de la red del plan deben tener información correcta sobre usted. **Estos proveedores de la red 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.

Infórmenos sobre las siguientes modificaciones:

- Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono.
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro de salud que tenga (por ejemplo, de su empleador, del empleador de su cónyuge, compensación laboral o Medicaid).
- Si existe alguna 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 está participando en un estudio de investigación clínica.

Si hay algún cambio, llame al Departamento de Servicios para Miembros (en la contraportada de este documento, encontrará impresos los números de teléfono).

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

Lea la información que le enviamos sobre la cobertura de cualquier otro seguro que tenga
Medicare exige que le pidamos información sobre la cobertura de cualquier otro seguro médico o para medicamentos que tenga. Esto se debe a que tenemos que coordinar las demás coberturas que tenga con los beneficios que obtiene de nuestro plan. (Para obtener más información sobre cómo funciona nuestra cobertura cuando tiene otro seguro, consulte la Sección 7 de este capítulo).

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 será necesario que haga 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 (en la contraportada de este documento, encontrará impresos los números de teléfono).

SECCIÓN 6 Protegemos la privacidad de su información personal de salud

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

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

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

SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

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

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

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 trabajan, su plan de salud grupal paga en primer lugar si el empleador tiene 100 o más empleados o si este es parte de un plan de empleadores múltiples en el cual, al menos, uno de ellos tiene más de 100 empleados.
    - Si es mayor de 65 años y usted o su cónyuge todavía trabajan, su plan de salud grupal paga en primer lugar si el empleador tiene 20 empleados o más, o si este es parte de un plan de empleadores múltiples en el cual, al menos, uno de ellos tiene más de 20 empleados.
- Si usted tiene Medicare debido a una enfermedad renal terminal (ESRD), su plan de salud grupal pagará 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.

Si usted tiene otro seguro, infórmele a su médico, hospital y farmacia. Si tiene preguntas sobre quién paga primero o si necesita actualizar el resto de su información, llame al Departamento de Servicios para Miembros (en la contraportada de este documento, encontrará impresos los números de teléfono). Es posible que sus otros aseguradores le pidan el número de identificación de miembro del plan (una vez que haya confirmado su identidad) para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

Capítulo 2

Números de teléfono y recursos importantes

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

SECCIÓN 1 **Contactos de Aetna Better Health of Virginia (HMO D-SNP)** (cómo ponerse en contacto con nosotros, incluso cómo comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros del plan).....**20**

SECCIÓN 2 **Medicare** (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal de Medicare) **28**

SECCIÓN 3 **Programa estatal de asistencia en seguros de salud** (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare) **30**

SECCIÓN 4 **Organización para la mejora de la calidad** (Medicare la paga para verificar la calidad de la atención que se brinda a quienes tienen Medicare) **31**

SECCIÓN 5 **Seguro Social**..... **31**

SECCIÓN 6 **Medicaid** (un programa conjunto estatal y federal, que ayuda a solventar los costos médicos de personas con ingresos y recursos limitados).....**32**

SECCIÓN 7 **Información sobre programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos con receta**.....**33**

SECCIÓN 8 **Cómo puede ponerse en contacto con la Junta de jubilación para ferroviarios** **35**

SECCIÓN 1 **Contactos de Aetna Better Health of Virginia (HMO D-SNP)** (cómo ponerse en contacto con nosotros, incluso cómo comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros del plan)

Cómo puede ponerse en contacto con el Departamento de Servicios para Miembros de nuestro plan

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 Better Health of Virginia (HMO D-SNP). Con gusto lo ayudaremos.

Método	Información de contacto del Departamento de Servicios para Miembros
LLAME AL	1-855-463-0933 Las llamadas a este número son gratuitas. Atendemos de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. El Departamento de Servicios para Miembros también ofrece servicios gratuitos de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Atendemos de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana.
FAX	1-855-259-2087
ESCRIBA A	Aetna Better Health of Virginia (HMO D-SNP) 7400 W Campus Rd New Albany, OH 43054
SITIO WEB	AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp

Cómo puede ponerse en contacto con nosotros para solicitar una decisión de cobertura 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 pagaremos por sus servicios médicos. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura sobre su atención médica, consulte el Capítulo 9 *(Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos])*.

Puede llamarnos si tiene alguna pregunta sobre el proceso de decisiones de cobertura.

Método	Decisiones de cobertura sobre atención médica: información de contacto
LLAME AL	1-855-463-0933 Las llamadas a este número son gratuitas. Atendemos de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Atendemos de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana.
FAX	1-833-280-5224
ESCRIBA A	Aetna Better Health of Virginia (HMO D-SNP) Precertification Unit 7400 W Campus Rd New Albany, OH 43054
SITIO WEB	AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp

Cómo puede ponerse en contacto con nosotros para presentar una apelación sobre su atención médica

Una apelación es una manera formal de pedirnos revisar y modificar una decisión de cobertura que hayamos tomado. Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación sobre su atención médica, consulte el Capítulo 9 *(Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos])*.

Método	Información de contacto para apelaciones sobre la atención médica
LLAME AL	1-855-463-0933 Las llamadas a este número son gratuitas. Atendemos de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Atendemos de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana.
FAX	1-855-883-9555
ESCRIBA A	Aetna Better Health of Virginia (HMO D-SNP) Appeals and Grievances PO Box 818070 Cleveland, OH 44181 COEGandA@aetna.com

Cómo ponerse en contacto con nosotros para presentar un reclamo sobre su atención médica
Puede presentar un reclamo sobre nosotros o sobre alguno de nuestros proveedores 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. (Si su problema es sobre el pago o la cobertura del plan, lea la sección anterior para saber cómo presentar su apelación). Para obtener más información sobre cómo presentar un reclamo sobre su atención médica, consulte el Capítulo 9 *(Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos])*.

Método	Información de contacto para reclamos sobre la atención médica
LLAME AL	1-855-463-0933 Las llamadas a este número son gratuitas. Atendemos de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Atendemos de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana.
FAX	1-855-883-9555
ESCRIBA A	Aetna Better Health of Virginia (HMO D-SNP) Appeals and Grievances PO Box 818070 Cleveland, OH 44181 COEGandA@aetna.com
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar un reclamo sobre Aetna Better Health of Virginia (HMO D-SNP) directamente ante Medicare. Para presentar un reclamo por Internet ante Medicare, ingrese en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.

Cómo puede ponerse en contacto con nosotros para solicitar una decisión de cobertura sobre los medicamentos con receta de la Parte D

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 con receta según el beneficio de la Parte D de su plan. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura para medicamentos con receta de la Parte D, consulte el Capítulo 9 *(Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos])*.

Método	Información de contacto para decisiones de cobertura sobre los medicamentos con receta de la Parte D
LLAME AL	1-855-463-0933 Las llamadas a este número son gratuitas. Atendemos de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Atendemos de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana.
FAX	1-877-270-0148
ESCRIBA A	Aetna Better Health of Virginia (HMO D-SNP) Part D Coverage Determination Pharmacy Department 4500 E Cotton Center Blvd Phoenix, AZ 85040
SITIO WEB	AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp

Cómo puede ponerse en contacto con nosotros para presentar una apelación sobre los medicamentos con receta de la Parte D

Una apelación es una manera formal de pedirnos revisar y modificar una decisión de cobertura que hayamos tomado. Para obtener más información acerca de cómo presentar una apelación sobre sus medicamentos con receta de la Parte D, consulte el Capítulo 9 *(Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos])*.

Método	Información de contacto para apelaciones sobre los medicamentos con receta de la Parte D
LLAME AL	1-855-463-0933 Las llamadas a este número son gratuitas. Atendemos de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Atendemos de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana.
FAX	1-877-270-0148
ESCRIBA A	Aetna Better Health of Virginia (HMO D-SNP) Part D Appeals Pharmacy Department 4500 E Cotton Center Blvd Phoenix, AZ 85040
SITIO WEB	AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp

Cómo puede ponerse en contacto con nosotros para presentar un reclamo sobre los medicamentos con receta de la Parte D

Puede presentar un reclamo sobre nosotros o sobre alguna de nuestras 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. (Si su problema es sobre el pago o la cobertura del plan, lea la sección anterior para saber cómo presentar su apelación). Para obtener más información sobre cómo presentar un reclamo sobre sus medicamentos con receta de la Parte D, consulte el Capítulo 9 *(Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos])*.

Método	Información de contacto para presentar un reclamo sobre los medicamentos con receta de la Parte D
LLAME AL	1-855-463-0933 Las llamadas a este número son gratuitas. Atendemos de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Atendemos de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana.
FAX	1-855-883-9555
ESCRIBA A	Aetna Better Health of Virginia (HMO D-SNP) Appeals and Grievances PO Box 818070 Cleveland, OH 44181
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar un reclamo sobre Aetna Better Health of Virginia (HMO D-SNP) directamente ante Medicare. Para presentar un reclamo por Internet ante Medicare, ingrese en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.

Dónde puede enviar una solicitud en la que se nos pida que paguemos el costo de la atención médica o de un medicamento que recibió

Para obtener más información sobre situaciones en las que es posible que deba pedirnos que le reembolsemos o paguemos una factura de un proveedor, consulte el Capítulo 7 *(Cómo solicitarnos que paguemos una factura que usted recibió en concepto de servicios médicos* o medicamentos cubiertos*)*.

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

Método	Información de contacto para solicitudes de pago por cobertura médica
FAX	1-855-259-2087
ESCRIBA A	Aetna Better Health of Virginia (HMO D-SNP) 7400 W Campus Rd New Albany, OH 43054
SITIO WEB	AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp

Método	Información de contacto para solicitudes de pago de medicamentos con receta de la Parte D
ESCRIBA A	Aetna Better Health of Virginia (HMO D-SNP) PO Box 52446 Phoenix, AZ 85072-2446
SITIO WEB	AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp

SECCIÓN 2 **Medicare** (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal 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 permanente que requiere diálisis o trasplante de riñón).

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

Método	Información de contacto de Medicare
LLAME AL	1-800-MEDICARE o 1-800-633-4227 Las llamadas a este número son gratuitas. Durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.
SITIO WEB	www.medicare.gov Este es el sitio web gubernamental oficial de Medicare. Proporciona información actualizada sobre Medicare y cuestiones actuales relacionadas con Medicare. También contiene información sobre hospitales, hogares de convalecencia, médicos, agencias de atención médica en el hogar y centros de diálisis. Incluye documentos que se pueden imprimir directamente de su computadora. También puede encontrar la información de contacto de Medicare de su estado.

Método	Información de contacto de Medicare
	El sitio web de Medicare también tiene información detallada sobre las opciones de elegibilidad e inscripción con las siguientes herramientas: • **Herramienta de elegibilidad de Medicare:** brinda información sobre el estado de elegibilidad de Medicare. • **Buscador de planes de Medicare**: brinda información personalizada sobre los planes de medicamentos con receta de Medicare, los planes de salud de Medicare y las pólizas Medigap (seguro complementario de Medicare) disponibles en su área. Estas herramientas brindan un valor *estimativo* de los costos que podría pagar de su bolsillo en diferentes planes de Medicare. También puede utilizar el sitio web para informarle a Medicare sobre cualquier reclamo que tenga acerca de Aetna Better Health of Virginia (HMO D-SNP): • **Infórmele a Medicare sobre su reclamo:** puede presentar un reclamo sobre Aetna Better Health of Virginia (HMO D-SNP) directamente ante Medicare. Para presentar un reclamo ante Medicare, ingrese en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma sus reclamos seriamente y utilizará esta información para mejorar la calidad del programa de Medicare. Si no tiene una computadora, la biblioteca o el centro para personas mayores locales pueden ayudarlo a ingresar en el sitio web con sus computadoras. O bien, puede llamar a Medicare para pedirles la información que está buscando. Ellos buscarán la información en el sitio web, la imprimirán y se la enviarán. (Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE [1-800-633-4227], durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

SECCIÓN 3 **Programa estatal de asistencia en seguros de salud** (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)

El Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP) es un programa gubernamental que cuenta con asesores capacitados en todos los estados. Consulte el **Anexo A** en la parte de atrás de este documento para obtener el nombre y la información de contacto del Programa estatal de asistencia en seguros de salud de su estado.

El SHIP es un programa independiente (no se relaciona con ninguna compañía aseguradora ni plan de salud). 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.

Los asesores del SHIP pueden abordar las preguntas o los problemas que tenga respecto de Medicare. 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 comprender las opciones de los planes de Medicare y a responder preguntas sobre cómo cambiar de plan.

MÉTODO DE ACCESO A SHIP y OTROS RECURSOS

- Visite www.medicare.gov.
- Haga clic en **“Forms, Help, and Resources”** (Formularios, ayuda y recursos) en el margen derecho del menú superior.
- En el menú desplegable, haga clic en **“Phone Numbers & Websites”** (Números de teléfono y sitios web).
- Ahora tiene diferentes opciones.
  - Opción 1: puede tener un **chat en vivo**.
  - Opción 2: puede hacer clic en cualquiera de los **“TEMAS”** del menú de la parte inferior.
  - Opción 3: puede seleccionar su **ESTADO** en el menú desplegable y hacer clic en GO (Iniciar). Accederá a una página con números de teléfono y recursos específicos de su estado.

SECCIÓN 4 **Organización para la mejora de la calidad** (Medicare la paga para verificar la calidad de la atención que se brinda a quienes tienen Medicare)

Esta es una Organización para la mejora de la calidad designada para atender a los beneficiarios de Medicare en cada estado. Consulte el **Anexo 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 (QIO) está integrada por un grupo de médicos y otros profesionales de salud a los que les paga el gobierno federal. Medicare le paga a esta organización para que verifique y ayude a mejorar la calidad de la atención que se les brinda a las personas que tienen Medicare. La QIO es una organización independiente. No tiene ninguna relación con nuestro plan.

Debe ponerse en contacto con la QIO si se presenta alguna de las siguientes situaciones:

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

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

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

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

SECCIÓN 6 **Medicaid** (un programa conjunto estatal y federal, que ayuda a solventar los costos médicos de personas con ingresos y recursos limitados)

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 recursos limitados:

- **Beneficiario calificado de Medicare Plus (QMB Plus):** ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare, y otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos). Usted también es elegible para recibir todos los beneficios de Medicaid del programa de Medicaid de su estado.
- **Beneficiario de Medicare con ingreso bajo específico Plus (SLMB Plus):** 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, póngase en contacto con la agencia de Medicaid de su estado.

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 **Anexo A** en la parte de atrás de este documento para obtener el nombre y la información de contacto de la agencia de Medicaid y los programas del defensor del pueblo de su estado.

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

Programa de "Ayuda adicional" de Medicare
Debido a que usted es elegible para Medicaid, cumple los requisitos para recibir "Ayuda adicional" de Medicare para cubrir 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, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
- A la Administración del Seguro Social, al 1-800-772-1213, de lunes a viernes, de 07:00 a. m. a 07:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.
- Oficina de Medicaid de su estado (consulte el **Anexo A** en la parte de atrás de este documento para obtener la información de contacto).

Si cree que está pagando un monto incorrecto correspondiente al costo compartido cuando obtiene un medicamento con receta en una farmacia, nuestro plan ha establecido un proceso que le permite solicitar ayuda para conseguir las pruebas que demuestren cuál es su nivel de

copago correcto, o que le permite entregarlas si es que ya tiene las pruebas. Puede enviarnos la documentación de evidencia mediante cualquiera de las siguientes formas de contacto:

Método	Información de contacto para enviar la mejor evidencia disponible
ESCRIBA A	Best Available Evidence 7400 W Campus Rd New Albany, OH 43054
FAX	1-855-259-2087
CORREO ELECTRÓNICO	BAE/LISmailbox@aetna.com

- Cuando recibamos las pruebas que demuestren su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que pueda abonar el copago correcto cuando obtenga su próximo medicamento con receta en la farmacia. Si el copago que abona es superior a lo que le correspondería pagar, le reembolsaremos la diferencia. Para ello, le enviaremos un cheque por la diferencia o haremos una compensación en los futuros copagos. Si la farmacia no le ha cobrado el copago y lo tiene registrado como un monto que usted le adeuda, es posible que efectuemos el pago directamente a la farmacia. Si el estado pagó en su nombre, tal vez le paguemos directamente al estado. Si tiene alguna pregunta, póngase en contacto con el Departamento de Servicios para Miembros (en la contraportada de este documento, encontrará impresos los números de teléfono).

¿Qué ocurre si tiene cobertura del Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP)?

¿Qué es el Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP)?

El Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP) ayuda a las personas elegibles para el ADAP que viven con VIH/SIDA a acceder a medicamentos para el VIH esenciales, con el fin de salvar la vida. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el ADAP califican para la asistencia de costo compartido para medicamentos con receta (los números de teléfono se encuentran en el **Anexo A** en la contraportada de este documento). Nota: Para ser elegible para el ADAP que funciona en 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 usted está actualmente inscrito en un ADAP, este programa puede continuar ofreciéndole asistencia con los costos compartidos de los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare

para los medicamentos incluidos en el formulario de ADAP. Para asegurarse de continuar recibiendo esta asistencia, notifíquele al encargado de inscripción del ADAP sobre cualquier cambio en el número de póliza o el nombre del plan de la Parte D de Medicare. Consulte el **Anexo A** en la parte de atrás de este documento para obtener el nombre y la información de contacto del ADAP de su estado.

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 **Anexo A** en la parte de atrás final de este documento para obtener el nombre y la información de contacto del ADAP de su estado).

¿Qué ocurre si recibe "Ayuda adicional" de Medicare para poder cubrir los costos de los medicamentos con receta?
¿Obtiene los descuentos?
La mayoría de nuestros miembros reciben "Ayuda adicional" de Medicare para cubrir los costos del plan de medicamentos con receta. Si usted recibe la "Ayuda adicional", el Programa de descuentos para el período sin cobertura de Medicare no se aplica en su caso. Si recibe "Ayuda adicional", usted ya tiene una cobertura para los costos de medicamentos con receta durante el período sin cobertura.

¿Qué sucede si usted no obtiene un descuento y cree que debería tenerlo?
Si considera que ha alcanzado la Etapa del período sin cobertura y no obtuvo un descuento cuando pagó por el medicamento de marca, debe revisar el próximo aviso de la *Explicación de beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D). Si el descuento no aparece en su *Explicación de beneficios de la Parte D*, deberá comunicarse con nosotros para asegurarse de que sus registros de medicamentos con receta estén correctos y actualizados. Si consideramos que no le corresponde un descuento, puede apelar. Puede obtener ayuda para presentar una apelación del Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP) (los números de teléfono están en el **Anexo A** en la parte de atrás de este documento) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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

La Junta de jubilación para ferroviarios es una agencia federal independiente que administra los programas integrales de beneficios destinados a los trabajadores ferroviarios del país y a sus

familias. Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios de la Junta de jubilación para ferroviarios, comuníquese con la agencia.

Si recibe sus beneficios de Medicare a través de la Junta de jubilación para ferroviarios, es importante que les comunique si se muda o cambia su dirección postal.

Método	Información de contacto de la Junta de jubilación para ferroviarios
LLAME AL	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. 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. Si presiona “1”, puede acceder a la línea de ayuda automática de la RRB y a la información grabada durante las 24 horas del día, incluso los fines de semana y los días feriados.
TTY	1-312-751-4701 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número *no* son gratuitas.
SITIO WEB	rrb.gov/

Capítulo 3

Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos

Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos

SECCIÓN 1 Lo que debe saber sobre cómo obtener atención médica y otros servicios cubiertos como miembro de nuestro plan 40

Sección 1.1 ¿Qué son los “proveedores de la red” y los “servicios cubiertos”? 40

Sección 1.2 Normas básicas para obtener atención médica y otros servicios cubiertos por el plan 40

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

Sección 2.1 Debe elegir a un proveedor de atención primaria (PCP) para que brinde y supervise su atención 42

Sección 2.2 ¿Qué tipos de atención médica y otros servicios puede recibir sin obtener la aprobación por adelantado de su PCP? 44

Sección 2.3 Cómo puede obtener atención de especialistas y otros proveedores de la red 45

Sección 2.4 Cómo obtener atención de proveedores fuera de la red 46

SECCIÓN 3 Cómo puede obtener los servicios cubiertos cuando tiene una emergencia o necesidad urgente de recibir atención, o durante un desastre 47

Sección 3.1 Cómo puede obtener atención ante una emergencia médica 47

Sección 3.2 Cómo obtener atención ante una necesidad urgente de recibir servicios 49

Sección 3.3 Cómo obtener atención durante un desastre 50

SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de los servicios cubiertos? 50

Sección 4.1 Puede solicitarnos que paguemos los servicios cubiertos 50

Sección 4.2 ¿Qué debe hacer si nuestro plan no cubre los servicios? 50

SECCIÓN 5 ¿Cómo se cubren los servicios médicos cuando participa en un “estudio de investigación clínica”? 51

Sección 5.1 ¿Qué es un “estudio de investigación clínica”? 51

Sección 5.2 Cuando participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién paga cada cosa? 52

SECCIÓN 6 Normas para obtener atención cubierta en una "institución religiosa de atención sanitaria no médica" 53
Sección 6.1 ¿Qué es una institución religiosa de atención sanitaria no médica? 53
Sección 6.2 Cómo obtener atención de una institución religiosa de atención sanitaria no médica 54

SECCIÓN 7 Normas para la posesión de equipo médico duradero 55
Sección 7.1 ¿Puede quedarse con el equipo médico duradero después de haber realizado cierta cantidad de pagos dentro de nuestro plan? 55

SECCIÓN 8 Normas para la posesión de equipos de oxígeno, los suministros y el mantenimiento 56
Sección 8.1 ¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho? 56
Sección 8.2 ¿Cuál es su costo compartido? ¿Cambiará después de 36 meses? 56
Sección 8.3 ¿Qué sucede si usted deja el plan y vuelve a Original Medicare? 56

SECCIÓN 1 Lo que debe saber sobre cómo obtener atención médica y otros servicios cubiertos como miembro de nuestro plan

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

Para obtener detalles sobre qué tipo de atención médica y otros servicios cubre nuestro plan, utilice la tabla de beneficios del Capítulo 4 a continuación *(Tabla de beneficios médicos, lo que está cubierto)*.

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

A continuación, encontrará algunas definiciones que pueden ser útiles para que comprenda cómo puede obtener la atención y los servicios cubiertos como miembro de nuestro plan. Estas son las siguientes:

- 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. Hemos acordado 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 y los equipos cubiertos por nuestro plan. Los servicios cubiertos de atención médica se incluyen en la tabla de beneficios del Capítulo 4.

Sección 1.2 Normas básicas para obtener atención médica y otros servicios cubiertos por el plan

Como un plan de salud de Medicare, Aetna Better Health of Virginia (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 2.1 del Capítulo 4).

Aetna Better Health of Virginia (HMO D-SNP) cubrirá, por lo general, su atención médica siempre y cuando se cumpla lo siguiente:

- **La atención que recibe se incluye en la Tabla de beneficios médicos del plan** (la tabla se encuentra en el Capítulo 4 de este documento).
- **La atención que reciba se considera médicamente necesaria.** "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.
- **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 sobre este tema, consulte la Sección 2.1 de este capítulo).
- **Usted debe recibir atención de un proveedor de la red** (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2 de este capítulo). 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). *Existen tres excepciones*:
    - El 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 sobre este tema y ver qué significa "servicios de 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, pagará lo mismo que pagaría si recibiera la atención 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 de este capítulo.
    - El 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.

SECCIÓN 2 Use los proveedores de la red del 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 figurará en la tarjeta de identificación. Si la tarjeta de identificación no muestra un PCP o si el PCP de su tarjeta no es el que desea utilizar, comuníquese con nosotros de inmediato.

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 AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/find-provider para obtener una lista completa de los PCP en su área.

¿Cuál es la función de un PCP en la coordinación de los servicios cubiertos?

Su PCP proveerá la mayoría de su atención y, cuando necesite servicios más especializados, se coordinarán 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; e
- 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 función desempeña el PCP en la toma de decisiones o la obtención de 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 (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 al PCP?
Puede seleccionar a su PCP en el *Directorio de proveedores y farmacias,* accediendo a nuestro sitio web en AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/find-provider, o bien, puede obtener ayuda del Departamento de Servicios para Miembros (en la contraportada de este documento, encontrará impresos los números de teléfono).

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 (en la contraportada de este documento, encontrará impresos los números de teléfono) para informar su elección de PCP.

El nombre del PCP o el número de teléfono de su consultorio aparecerán en su tarjeta de miembro. Si usa un PCP que no está impreso en su tarjeta de identificación, sus reclamaciones pueden denegarse.

Cambiar de PCP
Usted puede cambiar de PCP por cualquier motivo y en cualquier momento. Además, 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. Si usa un PCP que no está impreso en su tarjeta de identificación, sus reclamaciones pueden denegarse. Comuníquese con nosotros de inmediato si su tarjeta de identificación no muestra el PCP que desea utilizar. Actualizaremos su archivo y le enviaremos una nueva tarjeta de identificación que refleje el cambio de PCP.

Para cambiar de PCP, llame al Departamento de Servicios para Miembros (en la portada posterior de este documento, encontrará impresos los números de teléfono) **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 equipos médicos duraderos). 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 ¿Qué tipos de atención médica y otros servicios puede recibir sin obtener la aprobación por adelantado 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 control (radiografías de las mamas), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre y cuando se atiendan con un proveedor de la red.
- Vacunas antigripales, contra la COVID-19, contra la hepatitis B y contra la neumonía, siempre y cuando se las administre un proveedor de la red.
- Servicios de emergencia proporcionados por proveedores de la red o por proveedores fuera de la red.
- Servicios de urgencia proporcionados por proveedores de la red o por proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles temporalmente o no es posible comunicarse con ellos; por ejemplo, cuando usted está transitoriamente fuera del área de servicio del plan.
- Servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando está transitoriamente fuera del área de servicio del plan. (Si es posible, llame al Departamento de Servicios para Miembros antes de salir del área de servicio para que podamos ayudarle a obtener diálisis de mantenimiento mientras se encuentra fuera del área de servicio. En la contraportada de este documento, encontrará impresos los números de teléfono del Departamento de Servicios para Miembros).

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

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

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

¿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 arreglar 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. Consulte el *Directorio de proveedores y farmacias* o acceda a nuestro sitio web en AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/find-provider para obtener una lista completa de los PCP y otros proveedores participantes en su área.

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 por parte de nuestro Departamento de Administración Médica para algunos tipos de servicios o pruebas que reciba 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 2.1 del Capítulo 4.

¿Qué sucede si un especialista u otro proveedor de la red dejan de participar en el plan?
Podemos realizar cambios en los hospitales, los médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de su plan durante el año. Existen varias razones por las cuales su proveedor puede dejar de estar en su plan, pero si su médico o especialista deja de estar en su plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones, que se resumen a continuación:

- A pesar de que nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare exige que le proporcionemos acceso ininterrumpido a los médicos y especialistas calificados.

- Haremos todo nuestro esfuerzo por enviarle un aviso con al menos 30 días de anticipación, en el que se explicará que su proveedor dejará nuestro plan para que tenga tiempo de elegir un proveedor nuevo.
- Le ayudaremos a elegir un nuevo proveedor calificado para que continúe administrando sus necesidades de atención médica.
- Si está realizando un tratamiento médico, tiene derecho a solicitar que el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo no se interrumpa y trabajaremos con usted para garantizarlo.
- 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 una apelación de nuestra decisión.
- Si se entera de que su médico o especialista dejará el plan, póngase en contacto con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor para que administre su atención.

Puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros (en la contraportada de este documento, encontrará impresos los números de teléfono) para obtener ayuda. También puede buscar a los proveedores participantes en el *Directorio de proveedores y farmacias* o en línea en nuestro sitio web en AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/find-provider.

Sección 2.4 Cómo obtener atención de 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 la atención de emergencia o de urgencia que 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 para 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 (en la contraportada de este documento, encontrará impresos los números de teléfono) 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 cubiertos cuando tiene una emergencia o necesidad urgente de recibir atención, o durante un desastre

Sección 3.1	Cómo puede obtener atención ante una emergencia médica

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

Una **"emergencia médica"** es cuando usted o cualquier 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, 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.

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.
- **Asegúrese lo antes posible de que le hayan avisado al 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 la contraportada de este documento, encontrará impresos los números de teléfono).

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

Usted puede obtener atención médica de emergencia cubierta cuando lo necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios. 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.

Para obtener más información, consulte la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4 de este documento.

Nuestro plan también 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.

Si se presenta una emergencia, hablaremos con los médicos que le están brindando atención de emergencia para colaborar en el manejo y el seguimiento de su atención. Los médicos que le brindan atención de emergencia decidirán en qué momento se estabiliza la afección y finaliza la emergencia médica.

Una vez que finaliza la emergencia, usted tiene derecho a recibir atención de seguimiento para garantizar que siga estando estable. El plan cubre la atención de seguimiento. Si recibe atención de emergencia por parte de proveedores fuera de la red, trataremos de 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 haya identificado que *no* se trataba de una emergencia, cubriremos la atención adicional *solo* si la recibe de alguna de estas dos formas:

- Acude a un proveedor de la red para obtener atención adicional.
- *O bien*, la atención adicional que recibe se considera “servicios de urgencia” y usted sigue las normas para obtener esta atención de urgencia (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 3.2 más abajo).

Sección 3.2 Cómo obtener atención ante una necesidad urgente de recibir servicios

¿Qué son los "servicios de urgencia"?
Los "servicios de urgencia" se refieren a una enfermedad, lesión o afección imprevista, que no es de emergencia y que requiere atención médica inmediata. Los servicios de urgencia pueden ser brindados por proveedores de la red o fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles o no es posible comunicarse con ellos temporalmente. La afección imprevista podría ser una exacerbación imprevista de una afección conocida que tiene.

¿Qué sucede si se encuentra en el área de servicio del plan y tiene una necesidad urgente de recibir atención?
Siempre debe tratar que a los servicios de urgencia se los brinde un proveedor de la red. Sin embargo, si los proveedores de la red no están disponibles o accesibles temporalmente y no es razonable esperar para obtener atención médica de su proveedor de la red cuando esta esté disponible, cubriremos los servicios de urgencia que usted reciba de un proveedor fuera de la red.

Si necesita encontrar un centro de atención de urgencia, puede encontrar un centro con estas características dentro de la red y cerca de usted consultando el *Directorio de proveedores y farmacias*, visitando nuestro sitio web en AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/find-provider o solicitando ayuda al Departamento de Servicios para Miembros (en la contraportada de este documento, encontrará impresos los números de teléfono).

¿Qué sucede si se encuentra fuera del área de servicio del plan y tiene una necesidad urgente de recibir atención?
Cuando está fuera del área de servicio y no puede recibir atención de un proveedor de la red, nuestro plan le cubrirá los servicios de urgencia que reciba de cualquier proveedor.

Nuestro plan también 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.

Sección 3.3	Cómo obtener atención durante un desastre

Si el gobernador de su estado, la Secretaría de Salud y Servicios Humanos 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 la atención a través de su plan.

Visite el siguiente sitio web: AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp para obtener información sobre cómo recibir la atención que necesita durante un desastre.

Generalmente, si no puede consultar con un proveedor de la red durante un desastre, su plan le permitirá obtener atención médica de proveedores fuera de la red al 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 2.5 del Capítulo 5 para obtener más información.

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

Sección 4.1	Puede solicitarnos que paguemos los servicios cubiertos

Si pagó los servicios cubiertos o si recibió una factura por servicios médicos cubiertos, consulte el Capítulo 7 *(Cómo solicitarnos que paguemos una factura que usted recibió en concepto de los servicios médicos o medicamentos cubiertos)* para obtener información sobre lo que debe hacer.

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

Aetna Better Health of Virginia (HMO D-SNP) cubre todos los servicios médicos que son médicamente necesarios. Estos servicios se detallan en la Tabla de beneficios médicos del plan (la Tabla figura en el Capítulo 4 de este documento) y cumplen las normas del plan. Usted es responsable de pagar el costo total de los servicios que no cubra el plan, ya sea porque se trate de servicios que el plan no cubre o porque se obtuvieron fuera de la red y no fueron autorizados. Antes de pagar el costo del servicio, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros (en la contraportada de este documento, encontrará impresos los números de teléfono) para averiguar si el servicio está cubierto.

Si tiene alguna duda sobre si pagaremos algún tipo de atención o servicio médico que piensa obtener, tiene derecho a preguntarnos si lo cubriremos antes de que lo reciba. También tiene

derecho de solicitarlo por escrito. Si le comunicamos que no cubriremos los servicios, tiene derecho a apelar nuestra decisión de no cubrir su atención.

En el Capítulo 9 *(Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos]),* encontrará más información sobre lo que debe hacer si necesita que tomemos una decisión de cobertura o si quiere apelar una decisión que hayamos tomado. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para obtener más información (en la contraportada de este documento, encontrará impresos los números de teléfono).

Para los servicios cubiertos que tienen un límite de beneficios, usted paga el costo total de los servicios que reciba después de haber utilizado 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 su costo máximo de bolsillo. Si quiere saber cuánto ha utilizado del límite del beneficio, puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros.

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

Sección 5.1 ¿Qué es un "estudio de investigación clínica"?

Un estudio de investigación clínica (también denominado un "estudio 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. Los médicos y científicos prueban nuevos medicamentos o procedimientos de atención médica, para lo cual piden la colaboración de voluntarios para el estudio. Este tipo de estudio constituye una de las fases finales del proceso de investigación que ayuda a los médicos y científicos a determinar si un nuevo enfoque funciona y es seguro.

No todos los estudios de investigación clínica están abiertos a la participación de los miembros de nuestro plan. Primero, Medicare debe aprobar el estudio de investigación. Si participa en un estudio que Medicare *no* ha aprobado, *usted será responsable de pagar todos los costos de esa participación*.

Una vez que Medicare apruebe el estudio, alguien que trabaja en el estudio se pondrá en contacto con usted para explicarle los detalles del estudio y para determinar si usted cumple con los requisitos establecidos por los científicos que llevan a cabo el estudio. Puede participar en el

estudio solo si cumple los requisitos del estudio *y* si comprende y acepta plenamente lo que implica participar.

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. 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 quiere participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* es necesario 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 proveedores de nuestro plan.

Si bien no es necesario que obtenga la autorización de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica, **debe informarnos antes de comenzar a participar en un estudio de investigación clínica.**

Si tiene pensado participar en un estudio de investigación clínica, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros (en la contraportada de este documento, encontrará impresos los números de teléfono) para informar que participará en un ensayo clínico y para obtener más detalles específicos sobre lo que su plan pagará.

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

Una vez que se inscriba en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, tendrá cobertura para productos y servicios de rutina que reciba 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.

Original Medicare paga la mayor parte del costo de los servicios cubiertos que usted recibe como parte del estudio. 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.

Para que podamos pagar la parte que nos corresponde de los costos, es necesario que envíe una solicitud de pago. Junto con la solicitud, es necesario que envíe una copia de sus Avisos de resumen de Medicare u otra documentación que muestre qué servicios recibió como parte del estudio. Para obtener información sobre cómo enviar solicitudes de pago, consulte el Capítulo 7.

Cuando usted forma parte 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 y servicios que el estudio le brinde a usted o a cualquier participante de forma gratuita.
- 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 del estudio si su afección médica normalmente requiriese una sola CT.

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

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

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

Una institución religiosa de atención sanitaria no médica es un centro que provee atención médica para una afección que normalmente se trataría en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o centro de atención de enfermería especializada va en contra de las creencias religiosas de un miembro, se brindará cobertura para su atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica. Puede optar por recibir atención médica en cualquier momento y por cualquier motivo. Este beneficio se brinda solo para

los servicios para pacientes internados de la Parte A (servicios de atención sanitaria no médica). Medicare solo pagará los servicios de atención sanitaria no médica que se presten en instituciones religiosas de atención sanitaria no médica.

Sección 6.2 Cómo obtener atención de una institución religiosa de atención sanitaria no médica

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

- El tratamiento o la atención médica que "no estén exceptuados" hacen referencia al tratamiento o a 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 y 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.
- La cobertura *de* nuestro plan para los servicios que reciba se limita a los aspectos *no religiosos* de la atención.
- Si obtiene servicios de esta institución que se ofrecen en un centro, se aplicarán las siguientes condiciones:
    - Debe 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* del Capítulo 4).

SECCIÓN 7 Normas para la posesión de equipo médico duradero

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

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

En Original Medicare, las personas que alquilan ciertos tipos de DME pueden quedarse con dichos equipos después de pagar el copago del producto durante 13 meses. Como miembro de nuestro plan, le transferiremos la posesión de ciertos productos DME. Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros (en la contraportada de este documento, encontrará impresos los números de teléfono) para saber más sobre los requisitos que debe cumplir y la documentación que debe presentar.

¿Qué sucede con los pagos que realizó por los equipos médicos duraderos 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. Los pagos que realizó mientras estuvo en nuestro plan no cuentan para estos 13 pagos consecutivos.

Si realizó menos de 13 pagos por el producto de DME en Original Medicare *antes* de inscribirse en nuestro plan, estos pagos previos tampoco se tienen en cuenta para los 13 pagos consecutivos. Deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos después de que vuelva a Original Medicare para convertirse en propietario del producto. No hay excepciones a este caso cuando regresa a Original Medicare.

SECCIÓN 8 Normas para la posesión de equipos de oxígeno, los suministros y el mantenimiento

Sección 8.1 ¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho?

Si reúne los requisitos para la cobertura de equipos de oxígeno de Medicare, durante el tiempo que esté inscrito, Aetna Better Health of Virginia (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 Better Health of Virginia (HMO D-SNP) o el equipo de oxígeno ya no es médicamente necesario, debe devolver el equipo a su propietario.

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

El costo compartido para la cobertura del equipo de oxígeno de Medicare es de $0 cada vez que obtenga servicios.

El costo compartido no cambiará después de haber estado inscrito durante 36 meses en Aetna Better Health of Virginia (HMO D-SNP).

Si antes de haberse inscrito en Aetna Better Health of Virginia (HMO D-SNP) usted pagó durante 36 meses el alquiler por la cobertura de un equipo de oxígeno, el costo compartido en Aetna Better Health of Virginia (HMO D-SNP) es de $0.

Sección 8.3 ¿Qué sucede si usted deja el plan y vuelve a Original Medicare?

Si vuelve a Original Medicare, comienza un nuevo ciclo de 36 meses que se renueva cada cinco años. Por ejemplo, si usted pagó el alquiler por el equipo de oxígeno durante 36 meses antes de unirse a Aetna Better Health of Virginia (HMO D-SNP), se une a Aetna Better Health of Virginia (HMO D-SNP) durante 12 meses y luego regresa a Original Medicare, pagará el costo compartido total por la cobertura del equipo de oxígeno.

De igual manera, si realizó pagos durante 36 meses mientras estaba inscrito en Aetna Better Health of Virginia (HMO D-SNP) y luego regresa a Original Medicare, pagará el costo compartido total por la cobertura del equipo de oxígeno.

Capítulo 4

Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

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

SECCIÓN 1 Cómo comprender los servicios cubiertos....60
Sección 1.1 No debe pagar nada por los servicios cubiertos.... 60
Sección 1.2 ¿Cuál es el monto máximo que pagará por servicios médicos cubiertos?.... 60

SECCIÓN 2 Utilice la *Tabla de beneficios médicos* para averiguar qué es lo que está cubierto 61
Sección 2.1 Sus beneficios médicos como miembro del plan 61

SECCIÓN 3 ¿Qué servicios están cubiertos fuera de Aetna Better Health of Virginia (HMO D-SNP)? 135
Sección 3.1 Servicios *no* cubiertos por Aetna Better Health of Virginia (HMO D-SNP).... 135

SECCIÓN 4 ¿Qué servicios no están cubiertos por el plan?.... 135
Sección 4.1 Servicios *no* cubiertos por el plan.... 135

SECCIÓN 1 Cómo comprender los servicios cubiertos

Este capítulo se centra en qué servicios están cubiertos. Aquí encontrará una Tabla de beneficios médicos, en la que se enumeran los servicios cubiertos como miembro de Aetna Better Health of Virginia (HMO D-SNP). Más adelante en este capítulo, encontrará información sobre los servicios médicos que no están cubiertos. También explica los límites en determinados servicios.

Sección 1.1 No debe pagar nada por los servicios cubiertos

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

- El **"copago"** es el monto fijo que paga cada vez que recibe ciertos servicios médicos. El copago se abona en el momento en que recibe el servicio médico. (La Tabla de beneficios médicos, que se encuentra en la Sección 2, le brinda más información sobre sus copagos).
- El **"coseguro"** es el porcentaje que paga del costo total de ciertos servicios médicos. El coseguro se paga en el momento en que recibe el servicio médico. (La Tabla de beneficios médicos, que se encuentra en la Sección 2, le brinda más información sobre su coseguro).

Sección 1.2 ¿Cuál es el monto máximo que pagará por servicios médicos cubiertos?

Nota: Debido a que nuestros miembros también obtienen asistencia de Medicaid, muy pocos alcanzan el monto máximo que pagan de sus bolsillos. 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.

Debido a que usted está inscrito en un plan Medicare Advantage, hay un límite en cuanto al monto que paga de su bolsillo cada año por los servicios médicos que están cubiertos por nuestro plan (consulte la Tabla de beneficios médicos en la Sección 2 a continuación). Este límite se denomina monto máximo que paga de su bolsillo por servicios médicos.

Como miembro de Aetna Better Health of Virginia (HMO D-SNP), el monto máximo que deberá pagar de su bolsillo por los servicios en 2022 es de $7,550. Los montos que paga por los copagos y los coseguros relativos a los servicios cubiertos se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo. (Los montos que paga por los medicamentos con receta de la Parte D no se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo. Además, los montos que paga por algunos servicios no se contemplan para el monto máximo que paga de su bolsillo. Estos servicios

están marcados con un asterisco en la Tabla de beneficios médicos). Si alcanza el monto máximo de $7,550 de costos que paga de su bolsillo, 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 Utilice la *Tabla de beneficios médicos* para averiguar qué es lo que está cubierto

Sección 2.1	Sus beneficios médicos como miembro del plan

En la Tabla de beneficios médicos en las páginas siguientes, se detallan los servicios que cubre Aetna Better Health of Virginia (HMO D-SNP). Los servicios descritos en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos solo cuando se cumple con los siguientes requisitos de cobertura:

- Los servicios que cubre Medicare deben brindarse de conformidad con las pautas de cobertura establecidas por Medicare.
- Sus servicios (incluida la atención médica, los servicios, los suministros y los equipos) *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.
- 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. En el Capítulo 3, se incluye información sobre los requisitos necesarios para utilizar los proveedores de la red y las situaciones en las que cubriremos los servicios prestados por proveedores fuera de la red.
- Usted tiene un 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 la Tabla de beneficios médicos.

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 de 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 (excepto los de la Parte D de Medicare), según la elegibilidad para el Programa de ahorro para gastos médicos. Medicaid también puede cubrir los servicios que no cubre Medicare, como los servicios de atención a largo plazo o los 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 más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual *Medicare & You 2022* (Medicare y usted para 2022). Puede verlo por Internet en www.medicare.gov o pedir una copia llamando al 1-800-MEDICARE [1-800-633-4227], durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).
- Para todos los servicios preventivos que están cubiertos sin costo por Original Medicare, nosotros también cubrimos el servicio sin costo para usted.
- 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 2022, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.
- Si se encuentra dentro del período de 6 meses de elegibilidad continua estimada de nuestro plan, continuaremos brindándole todos los beneficios de Medicare cubiertos por el plan Medicare Advantage. Si usted pierde la elegibilidad de Medicaid o del Programa de ahorros de Medicare, entrará en el período de estimación. 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 Better Health of Virginia (HMO D-SNP). Sin embargo, durante este periodo, 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 reunir los requisitos para recibir los beneficios de Medicaid o se inscribe en otro plan de Medicare al final del período de consideración de seis meses, cancelaremos su inscripción en Aetna Better Health of Virginia (HMO D-SNP).

No paga ninguno de los servicios mencionados en la Tabla de beneficios, 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 las afecciones crónicas que se detallan más abajo y cumple determinados criterios, podría ser elegible para recibir beneficios complementarios especiales para las personas con enfermedades crónicas.
    - Dependencia crónica al alcohol u otras drogas
    - Los trastornos autoinmunitarios se limitan a los siguientes:
        - Panarteritis nodular
        - Polimialgia reumática
        - Polimiositis
        - Artritis reumatoidea
        - Lupus eritematoso sistémico
    - Cáncer, excluidas las afecciones precancerosas o localizado
    - Los trastornos cardiovasculares se limitan a los siguientes:
        - Arritmias cardíacas
        - Arteriopatía coronaria
        - Enfermedad vascular periférica
        - Trastorno tromboembólico venoso crónico
    - Insuficiencia cardíaca crónica
    - Demencia
    - Diabetes mellitus
    - Enfermedad hepática terminal
    - Enfermedad renal terminal (ESRD) que requiere diálisis
    - Los trastornos hematológicos graves se limitan a los siguientes:
        - Anemia aplásica
        - Hemofilia
        - Púrpura trombocitopénica inmunitaria
        - Síndrome mielodisplásico
        - Anemia drepanocítica (excepto rasgo drepanocítico)
        - Trastorno tromboembólico venoso crónico
    - VIH/SIDA
    - Los trastornos pulmonares crónicos se limitan a los siguientes:
        - Asma
        - Bronquitis crónica

        - Enfisema
        - Fibrosis pulmonar
        - Hipertensión pulmonar
    - Las afecciones de salud mental crónicas e incapacitantes se limitan a las siguientes:
        - Trastornos bipolares
        - Trastornos depresivos graves
        - Trastorno paranoide
        - Esquizofrenia
        - Trastorno esquizoafectivo
    - Los trastornos neurológicos se limitan a los siguientes:
        - Esclerosis lateral amiotrófica (ALS)
        - Epilepsia
        - Parálisis extendida (p. ej., hemiplejia, cuadriplejia, paraplejia, monoplejía)
        - Enfermedad de Huntington
        - Esclerosis múltiple
        - Enfermedad de Parkinson
        - Polineuropatía
        - Estenosis espinal
        - Déficit neurológico relacionado con accidente cerebrovascular
    - Accidentes cerebrovasculares
    - Hipertensión
    - Hiperlipidemia
- Un miembro del equipo de atención de Aetna contactará a los miembros elegibles.
- Consulte la fila "Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas" en la Tabla de beneficios médicos más abajo para obtener más información.

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

Tabla de beneficios médicos

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
***** Los servicios marcados con un asterisco no se aplican al monto máximo que paga de su bolsillo dentro de la red.	
Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal Una ecografía de detección por única vez para las personas en riesgo. El plan solo cubre esta prueba de detección si usted tiene ciertos factores de riesgo y si recibe una remisión de parte de su médico, auxiliar médico, profesional en enfermería o especialista en enfermería clínica.	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 Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: se cubren hasta 12 consultas en 90 días para los beneficiarios de Medicare en las siguientes circunstancias: A los fines de este beneficio, el dolor crónico en la región lumbar se define como: • Aquel que tiene una duración de 12 semanas o más. • Aquel que no es específico, es decir, no tiene una causa sistémica identificable (p. ej., no está asociado con una enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.). • Aquel que no está asociado con una cirugía. • Aquel que no está asociado con un embarazo.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para cada consulta de acupuntura cubierta por Medicare.

Nota: El costo compartido se basa en su nivel de elegibilidad para Medicaid.

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
***** Los servicios marcados con un asterisco no se aplican al monto máximo que paga de su bolsillo dentro de la red.	
Se cubrirán ocho sesiones adicionales para aquellos pacientes que demuestren mejoras. No se administrarán más de 20 tratamientos de acupuntura por año. El tratamiento debe suspenderse si el paciente no mejora o empeora. Requisitos de proveedores: Los médicos (según la definición del artículo [r][1] del título 1861 de la Ley de Seguro Social [la Ley]) pueden proporcionar acupuntura conforme a los requisitos estatales aplicables. Los auxiliares médicos (PA), los profesionales en enfermería (NP) o especialistas en enfermería clínica (CNS) (según la definición del artículo [aa][5] del título 1861 de la Ley) y el personal auxiliar pueden proporcionar acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales aplicables y si tienen lo siguiente: • 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	

Nota: El costo compartido se basa en su nivel de elegibilidad para Medicaid.

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
***** Los servicios marcados con un asterisco no se aplican al monto máximo que paga de su bolsillo dentro de la red.	
• 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 Distrito de Columbia. 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 en las secciones 410.26 y 410.27 del Código de Regulaciones Federales (CFR) 42.	
Servicio diurno para adultos u otros servicios de apoyo Servicios de mantenimiento o apoyo a largo plazo que ofrece un programa diurno basado en la comunidad, el cual proporciona una variedad de servicios de salud, terapéuticos y sociales, destinados a satisfacer las necesidades especializadas de aquellas personas con una discapacidad y en riesgo de ingresar en un centro de atención de enfermería (NF). Aetna Better Health of Virginia cubre estos servicios si se considera que es elegible a través del proceso de evaluación de MLTSS. **Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.**	No se requieren coseguros, copagos ni deducibles si es elegible para los beneficios completos de Medicaid.

Nota: El costo compartido se basa en su nivel de elegibilidad para Medicaid.

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
***** Los servicios marcados con un asterisco no se aplican al monto máximo que paga de su bolsillo dentro de la red.	
Servicios de ambulancia • Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen servicios de ambulancia terrestre y aérea con aeronaves de ala fija o rotatoria hasta el centro apropiado más cercano que puede brindar atención solo 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. • El servicio de transporte en ambulancia para casos que no sean de emergencia es adecuado si está documentado 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. **Se requiere autorización previa para transporte que no sea de emergencia vía aeronave de ala fija.**	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los servicios de ambulancia cubiertos por Medicare.

Nota: El costo compartido se basa en su nivel de elegibilidad para Medicaid.

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
***** Los servicios marcados con un asterisco no se aplican al monto máximo que paga de su bolsillo dentro de la red.	
Examen físico de rutina anual 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. La cobertura de este beneficio no cubierto por Medicare se agrega a la consulta de bienestar anual cubierta por Medicare y a la consulta preventiva “Bienvenido a Medicare”. Puede programar su examen físico de rutina anual una vez por año calendario. Los análisis preventivos, las pruebas de detección o las pruebas de diagnóstico que se realicen durante esta consulta dependen de su cobertura de laboratorio y pruebas de diagnóstico. Consulte la sección **“Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos”** para obtener más información.	Copago de $0 por examen físico de rutina anual.

Nota: El costo compartido se basa en su nivel de elegibilidad para Medicaid.

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
***** Los servicios marcados con un asterisco no se aplican al monto máximo que paga de su bolsillo dentro de la red.	
Consulta anual de bienestar Si ha tenido la Parte B por más de 12 meses, puede tener una consulta anual de bienestar para establecer o actualizar un plan de prevención personalizado basado en los factores de riesgo y salud actuales. Nuestro plan cubrirá la consulta anual de bienestar una vez por año calendario. **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 "Bienvenido a Medicare" para tener cobertura para las consultas anuales de bienestar después de haber tenido la Parte B durante 12 meses.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para consultas anuales de bienestar.
Medición de la masa ósea 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.

Nota: El costo compartido se basa en su nivel de elegibilidad para Medicaid.

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
***** Los servicios marcados con un asterisco no se aplican al monto máximo que paga de su bolsillo dentro de la red.	
Prueba de detección de cáncer de mama (mamografías) Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Una mamografía inicial entre los 35 y 39 años. • Una mamografía de control por año calendario para las mujeres de 40 años o más. • Exámenes clínicos de mamas una vez cada 24 meses.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para mamografías de control cubiertas. No se requiere coseguro, copago ni deducible para las mamografías de diagnóstico.
Servicios de rehabilitación cardíaca 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. El plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca que son habitualmente más rigurosos o intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.	No se requieren coseguro, copago ni deducible para los servicios de rehabilitación cardíaca y rehabilitación cardíaca intensiva cubiertos por Medicare.

Nota: El costo compartido se basa en su nivel de elegibilidad para Medicaid.

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
***** Los servicios marcados con un asterisco no se aplican al monto máximo que paga de su bolsillo dentro de la red.	
Consulta para disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (tratamiento para las enfermedades cardiovasculares) Cubrimos una consulta por año con su médico de atención primaria para 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.
Análisis para detectar enfermedades cardiovasculares Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas al riesgo elevado de enfermedades cardiovasculares) una vez cada 5 años (60 meses).	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los 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 Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Para todas las mujeres, se aplica lo siguiente: pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos preventivos cubiertos por Medicare.

Nota: El costo compartido se basa en su nivel de elegibilidad para Medicaid.

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
***** Los servicios marcados con un asterisco no se aplican al monto máximo que paga de su bolsillo dentro de la red.	
• Si corre alto riesgo de padecer cáncer de cuello de útero o de vagina, o está en edad de procrear y ha obtenido un resultado anormal en una prueba de Papanicolaou en los últimos 3 años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses.	
Servicios quiroprácticos Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Solo cubrimos la manipulación de la columna para corregir una subluxación. **Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.**	No se requieren coseguro, copago ni deducible para las consultas quiropráctica cubiertas por Medicare.
Prueba de detección de cáncer colorrectal Para las personas de 50 años o más, están cubiertos los siguientes estudios: • Sigmoidoscopia flexible (o enema de bario de detección como alternativa) cada 48 meses. Dos de las siguientes evaluaciones por año calendario: • Prueba Guaiac de sangre oculta en las heces fecales (gFOBT). • Prueba inmunoquímica fecal (FIT).	No se requiere coseguro, copago ni deducible para una prueba de detección de cáncer colorrectal cubierta por Medicare. No se requieren coseguro, copago ni deducible para los enemas de bario preventivos cubiertos por Medicare.

Nota: El costo compartido se basa en su nivel de elegibilidad para Medicaid.

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
***** Los servicios marcados con un asterisco no se aplican al monto máximo que paga de su bolsillo dentro de la red.	
Examen de detección colorrectal basado en ADN cada 3 años. Para las personas que tienen alto riesgo de padecer cáncer colorrectal cubrimos lo siguiente: • Colonoscopia de detección (o enema de bario de detección como alternativa) cada 24 meses. Para las personas que no tienen alto riesgo de padecer cáncer colorrectal cubrimos lo siguiente: • Colonoscopia de detección cada 10 años (120 meses), pero no dentro de los 48 meses de una sigmoidoscopia de detección.	
Servicios comunitarios para personas que necesitan atención para la salud mental Los servicios cubiertos incluyen un conjunto de servicios sumamente coordinados, ofrecidos en la comunidad por un grupo de profesionales médicos, de salud conductual y de rehabilitación, que trabajan en equipo para satisfacer las necesidades complejas de las personas. Aetna Better Health of Virginia (HMO D-SNP) proporciona estos beneficios si se determina que es elegible a través del proceso de evaluación de MLTSS. **Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.**	No se requieren coseguros, copagos ni deducibles si es elegible para los beneficios completos de Medicaid.

Nota: El costo compartido se basa en su nivel de elegibilidad para Medicaid.

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
***** Los servicios marcados con un asterisco no se aplican al monto máximo que paga de su bolsillo dentro de la red.	
Servicios dentales (adicional) En general, los servicios dentales preventivos (como limpiezas, exámenes de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Original Medicare. Cubrimos lo siguiente: • Servicios dentales preventivos ◦ Exámenes bucales***** ◦ Limpiezas***** ◦ Tratamientos con flúor***** ◦ Radiografías dentales***** • Servicios dentales integrales ◦ Servicios que no son de rutina***** ◦ Servicios de diagnóstico***** ◦ Servicios de restauración***** ◦ Servicios de endodoncia***** ◦ Servicios de periodoncia***** ◦ Extracciones***** ◦ Servicios de prostodoncia y maxilofaciales***** **Beneficio máximo para los servicios dentales adicionales:** el plan paga hasta $2,000 por año para servicios dentales preventivos y para servicios dentales integrales combinados, no cubiertos por Medicare. Usted es responsable de cualquier monto que exceda el límite de cobertura dental.	Servicios dentales preventivos no cubiertos por Medicare: • Exámenes bucales: copago de $0 (dos consultas por año) • Limpiezas: copago de $0 (dos consultas por año) • Tratamientos con flúor: copago de $0 (una consulta por año). • Radiografías dentales: copago de $0 (una consulta por año) Servicios dentales integrales no cubiertos por Medicare: • Servicios que no son de rutina: copago de $0 • Servicios de diagnóstico: copago de $0 • Servicios de restauración: copago de $0 • Endodoncia: copago de $0 • Servicios de periodoncia: copago de $0 • Extracciones: copago de $0 • Servicios de prostodoncia maxilofacial: copago de $0

Nota: El costo compartido se basa en su nivel de elegibilidad para Medicaid.

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
***** Los servicios marcados con un asterisco no se aplican al monto máximo que paga de su bolsillo dentro de la red.	
Nuestro plan se asoció con DentaQuest para proporcionarle los beneficios dentales. Para encontrar un proveedor de la red, puede comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros al 1-855-463-0933 o buscar en el directorio de proveedores de DentaQuest en línea en dentaquest.com/state-plans/regions/virginia/member-page/find-a-dentist/**.**	(Consulte **"Servicios médicos o profesionales, incluidas las consultas en el consultorio del médico"** para obtener información sobre los servicios dentales cubiertos por Medicare).
Prueba de detección de depresión Cubrimos un examen de detección de depresión por año. La prueba de detección debe realizarse en un establecimiento de atención primaria que pueda brindar remisiones o tratamiento de seguimiento.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para una consulta anual para la prueba de detección de depresión.
Prueba de detección de diabetes Cubrimos esta prueba (incluidas pruebas de glucosa en ayunas) si tiene alguno de los siguientes 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. Según los resultados de estos exámenes, puede ser elegible para realizarse hasta dos pruebas de detección de diabetes cada 12 meses.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.

Nota: El costo compartido se basa en su nivel de elegibilidad para Medicaid.

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
***** Los servicios marcados con un asterisco no se aplican al monto máximo que paga de su bolsillo dentro de la red.	
🍎 **Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para la diabetes** Para todas las personas que padecen diabetes (ya sea que usen insulina o no). Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • 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. • 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 dos pares extra de plantillas ortopédicas, o un par de zapatos profundos y tres pares de plantillas ortopédicas (con los zapatos no se incluyen las plantillas ortopédicas extraíbles que no están hechas a medida). La cobertura incluye adaptación. • La capacitación para el autocontrol de la diabetes está cubierta, siempre que se cumpla con ciertos requisitos.	No se requieren 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.

Nota: El costo compartido se basa en su nivel de elegibilidad para Medicaid.

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
***** Los servicios marcados con un asterisco no se aplican al monto máximo que paga de su bolsillo dentro de la red.	
Cubrimos los suministros para la diabetes fabricados por OneTouch/LifeScan. Cubrimos exclusivamente los glucómetros y las tiras reactivas OneTouch/LifeScan. También cubrimos lancetas, soluciones y dispositivos de punción OneTouch/LifeScan. No cubrimos otras marcas de glucómetros y tiras reactivas, a menos que usted o su proveedor soliciten una excepción médica y se la aprueben. No se cubrirán los glucómetros y las tiras reactivas que no sean de LifeScan y que no tengan una excepción médica, o que tengan una excepción médica que no esté aprobada. **Nota: Los glucómetros en continuo (CGM) se consideran equipo médico duradero (DME) y están sujetos a los costos compartidos de DME aplicables.** **Se requiere autorización previa para más de un glucómetro por año o para más de 100 tiras reactivas cada 30 días.** **Puede requerirse autorización previa para los zapatos y las plantillas para pacientes diabéticos.** **La autorización previa es responsabilidad de su proveedor.**	

Nota: El costo compartido se basa en su nivel de elegibilidad para Medicaid.

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
***** Los servicios marcados con un asterisco no se aplican al monto máximo que paga de su bolsillo dentro de la red.	
Equipos médicos duraderos (DME) y suministros relacionados (En el Capítulo 12 de este documento, encontrará una definición de “equipo médico duradero”). Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, camas de hospital recetadas por un proveedor para usar en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos para la generación del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores y andadores. Cubrimos todo DME que sea médicamente necesario cubierto por Original Medicare. Si nuestro proveedor en su área no trabaja una marca o un fabricante en particular, puede solicitarle que le realice un pedido especial para usted. Puede acceder a la lista más actualizada de proveedores en nuestro sitio web en: AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/find-provider. **Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.**	No se requieren coseguro, copago ni deducible para el equipo médico duradero y los suministros relacionados cubiertos por Medicare.

Nota: El costo compartido se basa en su nivel de elegibilidad para Medicaid.

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
***** Los servicios marcados con un asterisco no se aplican al monto máximo que paga de su bolsillo dentro de la red.	
Atención de emergencia La atención de emergencia hace referencia a servicios con las siguientes características: • Son brindados por un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia. • Son necesarios para evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia. Una emergencia médica es cuando usted u otra persona prudente, con un conocimiento promedio de salud y medicina, creen que presenta síntomas médicos que requieren atención inmediata para evitar perder la vida, 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. Los costos compartidos para los servicios de emergencia necesarios que se brindan fuera de la red son los mismos que para los mismos servicios que se brindan dentro de la red. Además de los beneficios cubiertos por Medicare, también ofrecemos lo siguiente: • Atención de emergencia (en todo el mundo). • Servicios de ambulancia de emergencia (en todo el mundo).	No se requieren coseguro, copago ni deducible para la atención de emergencia dentro de los Estados Unidos. No se requieren coseguro, copago ni deducible para la atención de emergencia en el mundo (es decir, fuera de los Estados Unidos). No se requieren coseguro, copago ni deducible para los servicios de ambulancia de emergencia en el mundo (es decir, fuera de los Estados Unidos). 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.

Nota: El costo compartido se basa en su nivel de elegibilidad para Medicaid.

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
***** Los servicios marcados con un asterisco no se aplican al monto máximo que paga de su bolsillo dentro de la red.	
Beneficio máximo de $50,000 para atención de emergencia y de urgencia en todo el mundo de forma anual.	
Prevención de caídas Nuestro plan le brinda una asignación anual de $150 para la compra de determinados dispositivos de seguridad para el hogar y el baño, clínicamente apropiados, que pueden ayudarlo a controlar las disfunciones físicas y mejorar su capacidad para desplazarse con seguridad en el hogar. Para tener cobertura, un proveedor de atención médica autorizado o un administrador de atención deben recomendar los productos como parte de su plan de atención y no puede ser únicamente con fines de conveniencia o comodidad. Los productos cubiertos se enviarán directamente a su domicilio. Usted será responsable de la instalación y del montaje. Existe un límite de 3 pedidos por año, incluso si no ha superado la asignación anual.	Copago de $0 para determinados dispositivos de seguridad, clínicamente apropiados, para el hogar y el baño.

Nota: El costo compartido se basa en su nivel de elegibilidad para Medicaid.

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
***** Los servicios marcados con un asterisco no se aplican al monto máximo que paga de su bolsillo dentro de la red.	
Comuníquese con su administrador de atención de Aetna al 1-855-463-0933 para obtener una lista completa de los productos cubiertos o más información sobre este beneficio y su elegibilidad.	
Programa de acondicionamiento físico Tiene cubierta la membresía básica en un centro de acondicionamiento físico SilverSneakers® participante. Los kits de acondicionamiento físico para el hogar y las clases en línea también se encuentran disponibles para los miembros que no viven cerca de un club participante o que prefieren ejercitarse en casa. Los miembros pueden solicitar un kit de acondicionamiento físico por año a través de SilverSneakers. Llame a SilverSneakers al 1-888-423-4632 para obtener ayuda. (Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711 para recibir asistencia). Visite Silversneakers.com para encontrar un centro participante cercano.	Copago de $0 por clases de acondicionamiento físico y membresía en el gimnasio.

Nota: El costo compartido se basa en su nivel de elegibilidad para Medicaid.

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
***** Los servicios marcados con un asterisco no se aplican al monto máximo que paga de su bolsillo dentro de la red.	
Programas educativos sobre salud y bienestar • **Materiales educativos escritos sobre salud:** los miembros son elegibles para recibir el beneficio complementario de educación sobre salud a modo de apoyo para lograr un estilo de vida más saludable. Este beneficio les da a los miembros la posibilidad de interactuar en grupo, en forma individual o virtualmente con un instructor sobre salud certificado u otro profesional de salud calificado. Los miembros recibirán materiales educativos, como libros y folletos, para complementar las sesiones interactivas. Además, se alentará a los miembros a adoptar hábitos saludables y a desarrollar habilidades para mejorar sus capacidades de autocuidado. • **Línea directa de enfermería disponible las 24 horas:** hable con un enfermero certificado durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Llame al 1-855-463-0933. (Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711 para recibir asistencia).	Copago de $0 por materiales educativos escritos sobre salud. Copago de $0 por los servicios de la línea directa de enfermería disponible las 24 horas.

Nota: El costo compartido se basa en su nivel de elegibilidad para Medicaid.

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
***** Los servicios marcados con un asterisco no se aplican al monto máximo que paga de su bolsillo dentro de la red.	
Servicios auditivos 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 las realiza un médico, un audiólogo u otro proveedor calificado. Además de los beneficios cubiertos por Medicare, también ofrecemos lo siguiente: • Exámenes auditivos de rutina: uno por año • Evaluación o colocación de audífonos: una evaluación o colocación de audífonos por año • Audífonos: dos audífonos por año***** **Beneficio máximo de audífonos no cubiertos por Medicare:** el plan paga hasta $2,500 por oído por audífono por año. Usted es responsable de cualquier monto que exceda el límite de cobertura para audífonos. Nuestro plan se ha asociado con NationsHearing para brindarle el beneficio del examen auditivo y los audífonos. Se deben programar todas las citas a través de NationsHearing llamando al 1-877-225-0137. Si elige programar una cita directamente con un proveedor, sus servicios no tendrán cobertura.	No se requieren coseguro, copago ni deducible para los servicios auditivos cubiertos por Medicare. Copago de $0 por cada examen auditivo no cubierto por Medicare. Copago de $0 por cada evaluación o colocación de audífonos. Audífonos: • Copago de $0 (dos audífonos por año).

Nota: El costo compartido se basa en su nivel de elegibilidad para Medicaid.

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
***** Los servicios marcados con un asterisco no se aplican al monto máximo que paga de su bolsillo dentro de la red.	
Prueba de detección de VIH Para personas que solicitan una prueba de detección de VIH o que tienen mayor riesgo de infección por el VIH, cubrimos lo siguiente: • Una prueba de detección cada 12 meses. Para mujeres embarazadas, cubrimos lo siguiente: • 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.
Atención médica a domicilio 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. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios de enfermería especializada o auxiliar de atención médica a domicilio en forma intermitente o de medio tiempo • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Servicios médicos y sociales. • Equipos y suministros médicos.	No se requieren coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para las Agencias de atención médica a domicilio cubiertas por Medicare. No se requieren coseguro, copago ni deducible para el equipo médico duradero y los suministros cubiertos por Medicare.

Nota: El costo compartido se basa en su nivel de elegibilidad para Medicaid.

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
***** Los servicios marcados con un asterisco no se aplican al monto máximo que paga de su bolsillo dentro de la red.	
Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.	
Tratamiento de infusión en el hogar 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). Antes de recibir servicios de infusión en el hogar, un médico debe solicitarlos e incluirlos en su plan de atención. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, brindados de acuerdo con el plan de atención. • Capacitación y educación del paciente que no estén cubiertas por el beneficio de equipo médico duradero. • Monitoreo remoto.	No se requieren coseguros, copagos ni deducibles 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.

Nota: El costo compartido se basa en su nivel de elegibilidad para Medicaid.

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
***** Los servicios marcados con un asterisco no se aplican al monto máximo que paga de su bolsillo dentro de la red.	
• 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.	
Atención en un hospicio Es posible que reciba atención a través de un programa de hospicio certificado por Medicare. Usted será 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. El médico del hospicio puede ser un proveedor de la red o fuera de la red. Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Medicamentos para controlar síntomas y aliviar el dolor • Cuidados paliativos a corto plazo • Atención a domicilio	Cuando se inscribe en un programa de hospicio certificado por Medicare, Original Medicare, y no Aetna Better Health of Virginia (HMO D-SNP), paga los servicios de hospicio y sus servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su pronóstico terminal. Las consultas en un hospicio están incluidas como parte de la atención hospitalaria para pacientes internados.

Nota: El costo compartido se basa en su nivel de elegibilidad para Medicaid.

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
***** Los servicios marcados con un asterisco no se aplican al monto máximo que paga de su bolsillo dentro de la red.	
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 sus 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. Para los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y 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: • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red, solo pagará el monto de costo compartido del plan para los servicios dentro de la red. • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, pagará el costo compartido correspondiente al pago por servicio de Medicare (Original Medicare).	

Nota: El costo compartido se basa en su nivel de elegibilidad para Medicaid.

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
***** Los servicios marcados con un asterisco no se aplican al monto máximo que paga de su bolsillo dentro de la red.	
Para los servicios cubiertos por Aetna Better Health of Virginia (HMO D-SNP), que no están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare: Aetna Better Health of Virginia (HMO D-SNP) seguirá cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no estén incluidos en la Parte A o la Parte B, se relacionen con su pronóstico terminal o no. Usted paga el monto del costo compartido de su plan por estos servicios. Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por los beneficios de la Parte D del plan: 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 *(¿Qué sucede si se encuentra en un hospicio certificado por Medicare?).* Nuestro plan cubre los servicios de consulta en hospicios (una única vez) para una persona que padece una enfermedad terminal y no ha optado por el beneficio de hospicios **Nota**: Si necesita atención médica que no sea en un hospicio (atención que no está relacionada con su pronóstico terminal), debe comunicarse con nosotros para coordinar los servicios.	

Nota: El costo compartido se basa en su nivel de elegibilidad para Medicaid.

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
***** Los servicios marcados con un asterisco no se aplican al monto máximo que paga de su bolsillo dentro de la red.	
Inmunizaciones Los servicios de la Parte B cubiertos por Medicare incluyen los siguientes: • Vacuna contra la neumonía. • Vacunas antigripales, una vez cada temporada de la influenza, en otoño e invierno, con vacunas antigripales adicionales si son médicamente necesarias. • Vacuna contra la hepatitis B si corre riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B. • Vacuna contra la COVID-19. • Otras vacunas si su salud está en peligro y si cumplen con las normas de cobertura de la Parte B de Medicare. También cubrimos vacunas en virtud de los beneficios de cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, gripe, hepatitis B y COVID-19.
Atención hospitalaria para pacientes internados 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.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la atención hospitalaria para pacientes internados cubierta.

Nota: El costo compartido se basa en su nivel de elegibilidad para Medicaid.

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
***** Los servicios marcados con un asterisco no se aplican al monto máximo que paga de su bolsillo dentro de la red.	
Días cubiertos: el plan cubre 90 días en cada período de beneficios y hasta 60 días de reserva de por vida. Los días de reserva de por vida solo pueden usarse una vez. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario). • Comidas, incluidas dietas especiales. • Servicios de enfermería permanentes. • Costos de las unidades de cuidados especiales (por ejemplo, unidades de cuidados intensivos o coronarios). • Medicamentos. • Análisis de laboratorio. • Radiografías y otros servicios radiológicos. • Suministros médicos y quirúrgicos necesarios. • Uso de aparatos, como sillas de ruedas. • Costos de la sala de operaciones y de recuperación. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje. • Servicios por abuso de sustancias tóxicas para pacientes internados.	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. El período de beneficios comienza el día en que usted va a un hospital o centro de atención de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza cuando no haya recibido servicios de atención para pacientes internados en un hospital (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si ingresa en el hospital o en el centro 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.

Nota: El costo compartido se basa en su nivel de elegibilidad para Medicaid.

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
***** Los servicios marcados con un asterisco no se aplican al monto máximo que paga de su bolsillo dentro de la red.	
• 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 Better Health of Virginia (HMO D-SNP) brinda 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. • Sangre: se incluye almacenamiento y administración. Todos los componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta de sangre utilizada. • Servicios médicos.	

Nota: El costo compartido se basa en su nivel de elegibilidad para Medicaid.

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
***** Los servicios marcados con un asterisco no se aplican al monto máximo que paga de su bolsillo dentro de la red.	
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. También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada "¿Está usted internado o es un paciente externo? Si tiene Medicare, ¡consulte!". Para consultar esta hoja de datos, puede visitar www.medicare.gov/Pubs/pdf/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. **Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.**	

Nota: El costo compartido se basa en su nivel de elegibilidad para Medicaid.

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
***** Los servicios marcados con un asterisco no se aplican al monto máximo que paga de su bolsillo dentro de la red.	
Atención de salud mental para pacientes internados Los servicios cubiertos incluyen servicios de salud mental que requieren hospitalización. 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. **Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.**	No se requieren coseguro, copago ni deducible para la atención de salud mental para pacientes internados cubierta por Medicare.
Hospitalización: los servicios cubiertos recibidos en un hospital o centro de atención de enfermería especializada (SNF) durante una hospitalización no cubierta 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. Sin embargo, en algunos casos, cubriremos ciertos servicios que recibe mientras está en el hospital o en el centro de atención de enfermería especializada (SNF).	No se requieren coseguro, copago ni deducible para los servicios cubiertos durante una hospitalización no cubierta.

Nota: El costo compartido se basa en su nivel de elegibilidad para Medicaid.

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
***** Los servicios marcados con un asterisco no se aplican al monto máximo que paga de su bolsillo dentro de la red.	
Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios médicos. • Análisis de diagnóstico (como los análisis de laboratorio). • Tratamiento con radiografías, radio e isótopos, incluidos los servicios y materiales de los técnicos. • Vendajes quirúrgicos. • Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones. • Dispositivos ortésicos y protésicos (salvo los dentales) que sustituyen una parte o la totalidad de un órgano interno del cuerpo (incluso tejido contiguo), o bien una 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. • 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. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla.	

Nota: El costo compartido se basa en su nivel de elegibilidad para Medicaid.

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
***** Los servicios marcados con un asterisco no se aplican al monto máximo que paga de su bolsillo dentro de la red.	
Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.	
Beneficio de comidas Después del alta de un hospital de cuidados agudos para pacientes internados, hospital psiquiátrico para pacientes internados o centro de atención de enfermería especializada y el retorno a su hogar, es posible que sea elegible para recibir a domicilio un máximo de 14 comidas durante un período de 7 días*. Una vez que el plan confirme que este beneficio ayudará en su recuperación o a tratar sus afecciones médicas, y que no se trata solo de una cuestión de conveniencia o comodidad, nuestro socio, GA Foods, se pondrá en contacto con usted para acordar el envío. **Nota:** Las hospitalizaciones para observación no lo hacen elegible para recibir este beneficio.	Copago de $0 por las comidas cubiertas.
Tratamiento médico nutricional Este beneficio es para las personas con diabetes o enfermedad renal (del riñón) (pero no con tratamiento de diálisis), o después de un trasplante cuando el médico así lo indique.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para servicios de tratamiento médico nutricional cubiertos por Medicare.

Nota: El costo compartido se basa en su nivel de elegibilidad para Medicaid.

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
***** Los servicios marcados con un asterisco no se aplican al monto máximo que paga de su bolsillo dentro de la red.	
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 recibir 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.	
Programa de prevención de diabetes de Medicare (MDPP) Los servicios del Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP) estarán cubiertos para los beneficiarios elegibles de Medicare a través de todos los planes de salud de Medicare. El MDPP es una intervención estructurada 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.

Nota: El costo compartido se basa en su nivel de elegibilidad para Medicaid.

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
***** Los servicios marcados con un asterisco no se aplican al monto máximo que paga de su bolsillo dentro de la red.	
Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare La Parte B de Original Medicare cubre estos medicamentos. Los miembros de nuestro plan reciben la cobertura de estos medicamentos a través de nuestro plan. Entre los medicamentos cubiertos, se incluyen los siguientes: • 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. • Medicamentos que se administran con equipos médicos duraderos (por ejemplo, nebulizadores) autorizados por el plan. • Factores de la coagulación que se aplica usted mismo mediante una inyección si tiene hemofilia. • Medicamentos inmunosupresores si estaba inscrito en la Parte A de Medicare cuando se le trasplantó el órgano. • 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. • Antígenos.	No se requieren coseguro, copago ni deducible para los medicamentos con receta de la Parte B cubiertos por Medicare. Los medicamentos de la Parte B pueden estar sujetos a requisitos de tratamiento escalonado.

Nota: El costo compartido se basa en su nivel de elegibilidad para Medicaid.

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
***** Los servicios marcados con un asterisco no se aplican al monto máximo que paga de su bolsillo dentro de la red.	
• Determinados medicamentos orales para el tratamiento del cáncer y las náuseas. • Determinados medicamentos para autodiálisis en su casa, incluso heparina, el antídoto para la heparina cuando sea necesario desde el punto de vista médico, anestésicos tópicos y fármacos estimuladores de la eritropoyesis (por ejemplo, Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp® o Darbepoetina Alfa). • Inmunoglobulinas intravenosas para el tratamiento a domicilio de deficiencias inmunitarias primarias. El siguiente enlace lo dirigirá a una lista de medicamentos de la Parte B, que pueden estar sujetos a tratamiento escalonado: AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/providers/hmo-snp-pr/snp-prescriptions También cubrimos vacunas en virtud de los beneficios de cobertura para medicamentos con receta de la Parte B y la Parte D. El Capítulo 5 explica el beneficio para medicamentos con receta de la Parte D e indica las normas que deben seguirse a fin de recibir cobertura para las recetas. Lo que usted paga por los medicamentos con receta de la Parte D a través de nuestro plan se incluye en el Capítulo 6.	

Nota: El costo compartido se basa en su nivel de elegibilidad para Medicaid.

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
***** Los servicios marcados con un asterisco no se aplican al monto máximo que paga de su bolsillo dentro de la red.	
Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.	
Atención en un hogar de convalecencia Si se determina que cumple con los criterios de cobertura para recibir atención en un centro de enfermería y se encuentra en uno, es posible que pueda trasladarse de este centro a su propio hogar y recibir servicios a domicilio y basados en la comunidad. Aetna Better Health of Virginia proporciona estos beneficios si se determina que es elegible a través del proceso de evaluación de MLTSS. **Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.**	No se requieren coseguros, copagos ni deducibles si es elegible para los beneficios completos de Medicaid.
Prueba de detección de obesidad y tratamiento para fomentar la pérdida de peso continua Si usted tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos asesoramiento intensivo para ayudarlo a perder peso. Este asesoramiento está cubierto si usted lo recibe en un establecimiento de atención primaria, donde se puede coordinar con su plan integral de prevención. Para obtener más información, consulte con su especialista o médico de atención primaria.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de obesidad y tratamientos preventivos.

Nota: El costo compartido se basa en su nivel de elegibilidad para Medicaid.

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
***** Los servicios marcados con un asterisco no se aplican al monto máximo que paga de su bolsillo dentro de la red.	
Servicios del programa de tratamiento del consumo de opioides Los miembros de nuestro plan con un trastorno por el consumo de opioides (OUD) pueden recibir cobertura para tratar dicho trastorno mediante un Programa de tratamiento de opioides (OTP), que incluye los siguientes servicios: • 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). • Suministro y administración de los medicamentos para el MAT (si corresponde). • Asesoramiento ante el consumo de sustancias. • Terapia individual y grupal. • Análisis de toxicología. • Actividades de ingesta. • Evaluaciones periódicas. **Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.**	No se requieren coseguro, copago ni deducible para los servicios del programa de tratamiento del consumo de opioides.

Nota: El costo compartido se basa en su nivel de elegibilidad para Medicaid.

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
***** Los servicios marcados con un asterisco no se aplican al monto máximo que paga de su bolsillo dentro de la red.	
Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Radiografías. • Tratamiento de radiación (radio e isótopos) que incluye materiales de los técnicos y suministros. • Suministros quirúrgicos, por ejemplo, vendajes. • Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones. • Análisis de laboratorio. • Sangre: se incluye almacenamiento y administración. Todos los componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta de sangre utilizada. • Otros exámenes de diagnóstico para pacientes externos. **Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.**	No se requieren coseguro, copago ni deducible para las pruebas de diagnóstico y los suministros y los servicios y suministros terapéuticos para pacientes externos cubiertos por Medicare.

Nota: El costo compartido se basa en su nivel de elegibilidad para Medicaid.

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
***** Los servicios marcados con un asterisco no se aplican al monto máximo que paga de su bolsillo dentro de la red.	
Observación hospitalaria para pacientes externos 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. Para que se cubran 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 personal del hospital para admitir a los pacientes en el hospital o pedir pruebas para pacientes externos. **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 requieren coseguros, copagos ni deducibles para los servicios de observación hospitalaria para pacientes externos cubiertos por Medicare.

Nota: El costo compartido se basa en su nivel de elegibilidad para Medicaid.

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
***** Los servicios marcados con un asterisco no se aplican al monto máximo que paga de su bolsillo dentro de la red.	
También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada "¿Está usted internado o es un paciente externo? Si tiene Medicare, ¡consulte!". Para consultar esta hoja de datos, puede visitar www.medicare.gov/Pubs/pdf/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.	
Servicios hospitalarios para pacientes externos Cubrimos servicios médicamente necesarios que se le hayan brindado en el departamento de pacientes externos de un hospital para diagnóstico y tratamiento de una enfermedad o lesión. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios en un departamento de emergencias o una clínica para pacientes externos, como servicios de observación o cirugía para pacientes externos. • Pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital.	No se requieren coseguros, copagos ni deducibles para los servicios hospitalarios para pacientes externos cubiertos por Medicare.

Nota: El costo compartido se basa en su nivel de elegibilidad para Medicaid.

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
***** Los servicios marcados con un asterisco no se aplican al monto máximo que paga de su bolsillo dentro de la red.	
• 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. • Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital. • Suministros médicos como entablillados y yesos. • Algunos medicamentos y productos biológicos que no se pueden autoadministrar. **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. También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada "¿Está usted internado o es un paciente externo? Si tiene Medicare, ¡consulte!". Para consultar esta hoja de datos, puede visitar www.medicare.gov/Pubs/pdf/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. **Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.**	

Nota: El costo compartido se basa en su nivel de elegibilidad para Medicaid.

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
***** Los servicios marcados con un asterisco no se aplican al monto máximo que paga de su bolsillo dentro de la red.	
Atención de salud mental para pacientes externos Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: Servicios de salud mental prestados por un psiquiatra o médico autorizado por el estado, psicólogo clínico, asistente social clínico, especialista en enfermería clínica, profesional en enfermería, auxiliar médico u otro profesional de salud mental calificado según Medicare, de conformidad con lo permitido por la legislación estatal aplicable. También cubrimos algunas consultas de telesalud con profesionales psiquiátricos y de salud mental. Consulte la sección **"Servicios médicos o profesionales, incluidas las consultas en el consultorio del médico"** para obtener más información sobre la atención de salud mental por medio de telesalud para pacientes externos. **Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.**	No se requieren coseguro, copago ni deducible para los servicios de atención de salud mental para pacientes externos cubiertos por Medicare.
Servicios de rehabilitación para pacientes externos Los servicios cubiertos incluyen fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y del lenguaje.	No se requieren coseguro, copago ni deducible para los servicios de rehabilitación para pacientes externos cubiertos por Medicare.

Nota: El costo compartido se basa en su nivel de elegibilidad para Medicaid.

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
***** Los servicios marcados con un asterisco no se aplican al monto máximo que paga de su bolsillo dentro de la red.	
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). **Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.**	
Servicios de abuso de sustancias para pacientes externos 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 tras un tratamiento por abuso 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.	No se requieren coseguro, copago ni deducible para los servicios de abuso de sustancias para pacientes externos cubiertos por Medicare.

Nota: El costo compartido se basa en su nivel de elegibilidad para Medicaid.

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
***** Los servicios marcados con un asterisco no se aplican al monto máximo que paga de su bolsillo dentro de la red.	
Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Valoración, evaluación y tratamiento para trastornos relacionados con el consumo de sustancias de un proveedor elegible de Medicare, a fin de determinar rápidamente la gravedad del abuso de sustancias e identificar el nivel adecuado de tratamiento. • 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. **Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.**	
Cirugía para pacientes externos, incluidos servicios brindados en centros hospitalarios para pacientes externos y centros quirúrgicos ambulatorios **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 deje 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". **Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.**	No se requieren 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.

Nota: El costo compartido se basa en su nivel de elegibilidad para Medicaid.

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
***** Los servicios marcados con un asterisco no se aplican al monto máximo que paga de su bolsillo dentro de la red.	
Productos de venta libre (OTC) Pagamos hasta $315 trimestralmente para la compra de productos de venta libre (OTC) cubiertos. Puede solicitar productos del catálogo de productos OTC, siempre y cuando el precio total de la compra sea igual o inferior a $315. Este plan cuenta con una asignación trimestral para medicamentos y suministros de OTC. Para obtener una lista completa de los productos cubiertos, consulte el catálogo de OTC. Puede hacer tres pedidos como máximo por trimestre, con un límite de nueve (9) productos similares por trimestre (cada tres meses), a excepción de tensiómetros y pastillero con recordatorios de alerta, que tienen un límite de uno por año. Los pedidos no pueden superar su asignación trimestral. La asignación no utilizada no se transferirá al trimestre siguiente. **Notas:** • Usted no puede pagar de su bolsillo la diferencia por sobre su asignación. • Se aplican los límites de OTC a todos los pedidos, incluidas las transacciones en la tienda/minoristas, cuando estén disponibles.	No se requieren coseguro, copago ni deducible para los productos de OTC cubiertos. Este beneficio incluye ciertas terapias de reemplazo de la nicotina.

Nota: El costo compartido se basa en su nivel de elegibilidad para Medicaid.

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
***** Los servicios marcados con un asterisco no se aplican al monto máximo que paga de su bolsillo dentro de la red.	
• No se permiten los reembolsos para este beneficio. Las compras de productos fuera del beneficio no están cubiertas ni son reembolsables. Los miembros no pueden enviar por correo postal su pedido de OTC al Departamento de Servicios para Miembros. • Pueden aplicarse límites de cantidad en productos seleccionados. Proveedor de OTC: OTC Health Solutions Podrá pedir los productos por teléfono al 1-833-331-1573 (TTY: 711) de lunes a viernes, de 09:00 a. m. a 08:00 p. m., hora local (excepto Hawái), o en línea en cvs.com/otchs/myorder para que se los envíen a su domicilio. Puede hacer pedidos en línea durante las 24 horas, los 7 días de la semana (24/7). Los productos solicitados son solo para los inscritos. También podrá obtener los productos en las sucursales minoristas de CVS participantes y seleccionadas al presentar su tarjeta de identificación de miembro en la caja. Puede usar el localizador de tiendas en cvs.com/otchs/myorder/storelocator para saber si hay una tienda participante cerca de usted.	

Nota: El costo compartido se basa en su nivel de elegibilidad para Medicaid.

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
***** Los servicios marcados con un asterisco no se aplican al monto máximo que paga de su bolsillo dentro de la red.	
Servicios de hospitalización parcial 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 recibida en el consultorio del médico o terapeuta y es una alternativa a la hospitalización. **Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.**	No se requieren coseguro, copago ni deducible para los servicios de hospitalización parcial cubiertos por Medicare.
Servicios médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • 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. • Consultas con un especialista, y diagnóstico y tratamiento a cargo de un especialista. • Exámenes auditivos básicos y relacionados con el equilibrio realizados por su especialista, si el médico así lo indica para determinar si usted necesita tratamiento médico.	No se requieren coseguros, copagos ni deducibles para los servicios brindados por médicos o especialistas y cubiertos por Medicare (incluidos los servicios de telesalud, los servicios profesionales de infusión en el hogar y los servicios de urgencia). No se requieren coseguro, copago ni deducible para determinados servicios de telesalud adicionales.

Nota: El costo compartido se basa en su nivel de elegibilidad para Medicaid.

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
***** Los servicios marcados con un asterisco no se aplican al monto máximo que paga de su bolsillo dentro de la red.	

• Determinados servicios de telesalud, incluidos los siguientes:
  ○ Servicios de médicos de atención primaria
  ○ Servicios médicos especializados
  ○ Servicios de salud mental (sesiones individuales)
  ○ Servicios de salud mental (sesiones grupales)
  ○ Servicios psiquiátricos (sesiones individuales)
  ○ Servicios psiquiátricos (sesiones grupales)
  ○ Servicios de urgencia
• 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.
  ○ 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.	

Nota: El costo compartido se basa en su nivel de elegibilidad para Medicaid.

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
***** Los servicios marcados con un asterisco no se aplican al monto máximo que paga de su bolsillo dentro de la red.	
◦ Los miembros deben comunicarse con su médico para obtener más información sobre qué servicios de telesalud ofrece y cómo programar una consulta de telesalud. Según la ubicación, los miembros también tienen la opción de programar una visita de telemedicina durante las 24 horas del día y los 7 días de la semana mediante Teladoc, MinuteClinic Video Visit u otro proveedor que ofrezca servicios de telemedicina que estén cubiertos por su plan. Los miembros pueden acceder a Teladoc en Teladoc.com/Aetna o llamando al 1-855-TELADOC (1-855-835-2362) (TTY: 711). Los miembros pueden consultar si las videoconsultas de MinuteClinic están disponibles en su área en CVS.com/MinuteClinic/virtual-care/videovisit. • 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.	

Nota: El costo compartido se basa en su nivel de elegibilidad para Medicaid.

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
***** Los servicios marcados con un asterisco no se aplican al monto máximo que paga de su bolsillo dentro de la red.	
• Servicios de telesalud para consultas mensuales relacionadas con una enfermedad renal terminal para miembros que se realizan diálisis en el hogar, en una clínica para diálisis renal de un hospital o de un hospital con acceso crítico, centro para diálisis renal o el hogar del miembro. • Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar síntomas de un accidente cerebrovascular, independientemente de la ubicación. • Los servicios de telesalud para los miembros con un trastorno por consumo de sustancias o un trastorno de salud mental concurrente, independientemente de la ubicación. • Controles virtuales (por ejemplo, por teléfono o videollamada) con su médico durante 5 a 10 minutos **si** se cumple lo siguiente: o Usted no es un paciente nuevo **y** o El control no está relacionado con una visita al consultorio en los últimos 7 días **y** o El control no requiere una visita al consultorio dentro de las 24 horas o en la cita disponible lo antes posible.	

Nota: El costo compartido se basa en su nivel de elegibilidad para Medicaid.

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
***** Los servicios marcados con un asterisco no se aplican al monto máximo que paga de su bolsillo dentro de la red.	
• Evaluación del video o las imágenes que usted envía a su médico, y la interpretación y el seguimiento por parte de su médico dentro de las 24 horas **si** se cumple lo siguiente: ◦ Usted no es un paciente nuevo **y** ◦ La evaluación no está relacionada con una visita al consultorio en los últimos 7 días **y** ◦ La evaluación no requiere una visita al consultorio dentro de las 24 horas o en la cita disponible lo antes posible. • Consulta que su médico tiene con otros médicos por teléfono, Internet o historia clínica electrónica. • Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de la cirugía. • Atención dental que no sea de rutina (los servicios cubiertos se limitan a cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas, reducción de fracturas de mandíbula o huesos faciales, extracción de dientes para preparar la mandíbula para aplicar radioterapia por una enfermedad neoplásica, o servicios que estarían cubiertos si los brindara un médico). **Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.**	

Nota: El costo compartido se basa en su nivel de elegibilidad para Medicaid.

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
***** Los servicios marcados con un asterisco no se aplican al monto máximo que paga de su bolsillo dentro de la red.	
Servicios de podiatría Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (por ejemplo, dedo en martillo o espolones calcáneos). • Atención de rutina de los pies para los miembros que padecen determinadas afecciones médicas que comprometen las extremidades inferiores. Además de los beneficios cubiertos por Medicare, también ofrecemos lo siguiente: • Servicios de podiatría adicionales, no cubiertos por Medicare: hasta tres consultas por año	No se requieren coseguro, copago ni deducible para los servicios de podiatría cubiertos por Medicare. Copago de $0 por cada consulta de podiatría no cubierta por Medicare.
Pruebas de detección de cáncer de próstata Para los hombres de 50 años o más, los servicios cubiertos incluyen los siguientes estudios una vez cada 12 meses: • Tacto rectal • Análisis del antígeno prostático específico (PSA)	No se requiere coseguro, copago ni deducible para un análisis del antígeno prostático específico (PSA) anual. No se requieren coseguro, copago ni deducible para los exámenes de tacto rectal cubiertos.

Nota: El costo compartido se basa en su nivel de elegibilidad para Medicaid.

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
***** Los servicios marcados con un asterisco no se aplican al monto máximo que paga de su bolsillo dentro de la red.	
Dispositivos protésicos y suministros relacionados Dispositivos (no dentales) que reemplazan una función o parte del cuerpo parcial o totalmente. Estos incluyen, entre otros, bolsas de colostomía y artículos directamente relacionados con el cuidado de la colostomía, marcapasos, férulas, zapatos protésicos, miembros artificiales, prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico para después de una mastectomía). Se incluyen determinados suministros relacionados con dispositivos protésicos, así como la reparación o sustitución de estos dispositivos. 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 sección). **Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.**	No se requieren coseguro, copago ni deducible para dispositivos protésicos y suministros relacionados cubiertos por Medicare.
Servicios de rehabilitación pulmonar 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 requieren coseguro, copago ni deducible para los servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare.

Nota: El costo compartido se basa en su nivel de elegibilidad para Medicaid.

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
***** Los servicios marcados con un asterisco no se aplican al monto máximo que paga de su bolsillo dentro de la red.	
Pruebas de detección y asesoramiento para reducir el consumo excesivo de alcohol Cubrimos una prueba de detección de consumo excesivo de alcohol para adultos con Medicare (incluidas mujeres embarazadas) que abusan del alcohol pero que no son dependientes. Si el resultado de la prueba de detección de 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.	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 Medicare.
Prueba de detección de cáncer de pulmón con tomografía computada de dosis baja (LDCT) Para las personas calificadas, se cubre una LDCT cada 12 meses.	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.

Nota: El costo compartido se basa en su nivel de elegibilidad para Medicaid.

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
***** Los servicios marcados con un asterisco no se aplican al monto máximo que paga de su bolsillo dentro de la red.	
Los miembros elegibles son los siguientes: personas de entre 55 y 77 años que no tienen signos ni síntomas de cáncer de pulmón, pero que tienen antecedentes de tabaquismo de al menos 30 paquetes por año y que fuman actualmente, que han dejado de fumar en el plazo de los últimos 15 años, que reciben una orden por escrito 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. *Para poder realizarse una prueba de detección de cáncer de pulmón después de una prueba de detección inicial con una LDCT*: el miembro debe recibir una orden por escrito para realizarse una prueba de detección de cáncer de pulmón con una LDCT, que puede proporcionar un médico o profesional no médico calificado durante cualquier consulta apropiada. Si el médico o especialista 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.	

Nota: El costo compartido se basa en su nivel de elegibilidad para Medicaid.

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
***** Los servicios marcados con un asterisco no se aplican al monto máximo que paga de su bolsillo dentro de la red.	
Prueba de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y asesoramiento para prevenir las ETS 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 ciertas etapas durante el embarazo. También cubrimos hasta 2 sesiones individuales 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 cubriremos estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo si son brindadas por un proveedor de atención primaria y se realizan en un establecimiento de atención primaria, como en un consultorio del médico.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para beneficios preventivos para pruebas de detección de ETS y asesoramiento para prevenirlas cubiertos por Medicare.

Nota: El costo compartido se basa en su nivel de elegibilidad para Medicaid.

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
***** Los servicios marcados con un asterisco no se aplican al monto máximo que paga de su bolsillo dentro de la red.	
Servicios para tratar enfermedades renales Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • 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 remitidas por su médico, cubrimos hasta seis sesiones de servicios educativos sobre la enfermedad renal de por vida. • Tratamientos de diálisis para pacientes externos (incluso tratamientos de diálisis cuando está temporalmente fuera del área de servicio, tal como se explica en el Capítulo 3). • Tratamientos de diálisis para pacientes internados (si es ingresado en el hospital para recibir atención especial). • Preparación para autodiálisis (incluye su preparación y la de cualquier otra persona que le ayude con los tratamientos de diálisis en su hogar). • Equipos y suministros para autodiálisis en su hogar.	No se requieren coseguro, copago ni deducible para los servicios para tratar afecciones y enfermedades renales cubiertos por Medicare.

Nota: El costo compartido se basa en su nivel de elegibilidad para Medicaid.

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
***** Los servicios marcados con un asterisco no se aplican al monto máximo que paga de su bolsillo dentro de la red.	
• 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 autodiálisis en su hogar, para ayudar en casos de emergencia y para revisar su equipo para diálisis y el suministro de agua). Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos por los beneficios de cobertura para medicamentos de la Parte B de Medicare. Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte B, consulte la sección **"Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare"**. **Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.**	
Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (SNF) (En el Capítulo 12 de este documento, encontrará una definición de "centro de atención de enfermería especializada". Los centros de atención de enfermería especializada suelen denominarse "SNF").	No se requieren coseguro, copago ni deducible para la atención en un centro de atención de enfermería especializada (SNF) cubierta por Medicare.

Nota: El costo compartido se basa en su nivel de elegibilidad para Medicaid.

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
***** Los servicios marcados con un asterisco no se aplican al monto máximo que paga de su bolsillo dentro de la red.	
Días cubiertos: tiene 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. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario). • Comidas, incluidas dietas especiales. • Servicios de enfermería especializada. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Medicamentos administrados como parte del plan de atención (esto incluye sustancias naturalmente presentes en el organismo, como los factores de la coagulación de la sangre). • Sangre: incluidos almacenamiento y administración. Todos los componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta de sangre utilizada.	El período de beneficios comienza el día en que usted va a un hospital o centro de atención de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza cuando no haya recibido servicios de atención para pacientes internados en un hospital (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si ingresa en el hospital o en el centro 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.

Nota: El costo compartido se basa en su nivel de elegibilidad para Medicaid.

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
***** Los servicios marcados con un asterisco no se aplican al monto máximo que paga de su bolsillo dentro de la red.	
• Suministros médicos y quirúrgicos que habitualmente proveen los SNF. • Análisis de laboratorio que habitualmente se realizan en los SNF. • Radiografías y otros servicios de radiología que habitualmente se realizan en los SNF. • Uso de aparatos, como sillas de ruedas, que habitualmente proveen los SNF. • Servicios de médicos o profesionales. Generalmente, la atención en los SNF la obtendrá en los centros de la red. No obstante, en determinadas condiciones que se detallan más abajo, es posible que deba pagar el costo compartido 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. • 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).	

Nota: El costo compartido se basa en su nivel de elegibilidad para Medicaid.

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
***** Los servicios marcados con un asterisco no se aplican al monto máximo que paga de su bolsillo dentro de la red.	
• Un centro de atención de enfermería especializada donde su cónyuge esté viviendo en el momento en que usted se retire del hospital. **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) Si consume tabaco, pero no tiene signos ni síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco: cubrimos dos instancias de asesoramiento para intentar dejar el tabaco dentro de un período de 12 meses como un servicio preventivo sin costo para usted. Cada tentativa de asesoramiento incluye hasta cuatro consultas personales. Si consume tabaco y se le ha diagnosticado una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando algún medicamento que puede resultar afectado por el tabaco: cubrimos servicios de asesoramiento para abandonar el hábito. Cubrimos dos tentativas de asesoramiento para dejarlo, dentro de un período de 12 meses; no obstante, usted pagará el costo compartido aplicable. Cada tentativa de asesoramiento incluye hasta cuatro consultas personales.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos para dejar de fumar y de consumir tabaco cubiertos por Medicare. Copago de $0 por cada consulta para dejar de fumar y de consumir tabaco no cubierta por Medicare.

Nota: El costo compartido se basa en su nivel de elegibilidad para Medicaid.

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
***** Los servicios marcados con un asterisco no se aplican al monto máximo que paga de su bolsillo dentro de la red.	
Además de los beneficios cubiertos por Medicare, también ofrecemos lo siguiente: • Sesiones adicionales de asesoramiento individuales y grupales, personales, intermedias e intensivas: consultas ilimitadas todos los años.	
Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas **Tarjeta para alimentos saludables Healthy Foods:** Si le diagnostican una afección crónica médicamente compleja, incluidas las indicadas más abajo, podría ser elegible para recibir una Tarjeta para alimentos saludables Healthy Foods. La tarjeta para alimentos saludables Healthy Foods es una tarjeta de beneficios con una asignación para comprar alimentos y productos saludables y nutritivos. Los productos aprobados pueden comprarse en ubicaciones aprobadas para ayudarles a los miembros a mantener una dieta saludable que satisfaga sus necesidades nutricionales. Si es elegible para este beneficio, recibirá $225 por trimestre. La tarjeta de beneficios se le enviará directamente por correo y se renovará al principio de cada trimestre. La asignación no utilizada no se transferirá al trimestre siguiente.	No se requieren coseguro, copago ni deducible para los beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas.

Nota: El costo compartido se basa en su nivel de elegibilidad para Medicaid.

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
***** Los servicios marcados con un asterisco no se aplican al monto máximo que paga de su bolsillo dentro de la red.	

Comuníquese con su equipo de atención de Aetna para saber si es elegible para recibir la tarjeta para alimentos saludables Healthy Foods. Ellos determinarán su elegibilidad para este beneficio, lo incluirán como parte de su plan de atención y trabajarán con usted para coordinarlo.
 	
Afecciones crónicas:
 	
• Dependencia crónica al alcohol u otras drogas
• Los trastornos autoinmunitarios se limitan a los siguientes:
  ◦ Panarteritis nodular
  ◦ Polimialgia reumática
  ◦ Polimiositis
  ◦ Artritis reumatoidea
  ◦ Lupus eritematoso sistémico
• Cáncer, excluidas las afecciones precancerosas o localizado
• Los trastornos cardiovasculares se limitan a los siguientes:
  ◦ Arritmias cardíacas
  ◦ Arteriopatía coronaria
  ◦ Enfermedad vascular periférica
  ◦ Trastorno tromboembólico venoso crónico
• Insuficiencia cardíaca crónica
• Demencia
• Diabetes mellitus	

Nota: El costo compartido se basa en su nivel de elegibilidad para Medicaid.

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
***** Los servicios marcados con un asterisco no se aplican al monto máximo que paga de su bolsillo dentro de la red.	

• Enfermedad hepática terminal
• Enfermedad renal terminal (ESRD) que requiere diálisis
• Los trastornos hematológicos graves se limitan a los siguientes:
  ○ Anemia aplásica
  ○ Hemofilia
  ○ Púrpura trombocitopénica inmunitaria
  ○ Síndrome mielodisplásico
  ○ Anemia drepanocítica (excepto rasgo drepanocítico)
  ○ Trastorno tromboembólico venoso crónico
• VIH/SIDA
• Los trastornos pulmonares crónicos se limitan a los siguientes:
  ○ Asma
  ○ Bronquitis crónica
  ○ Enfisema
  ○ Fibrosis pulmonar
  ○ Hipertensión pulmonar
• Las afecciones de salud mental crónicas e incapacitantes se limitan a las siguientes:
  ○ Trastornos bipolares
  ○ Trastornos depresivos graves
  ○ Trastorno paranoide
  ○ Esquizofrenia
  ○ Trastorno esquizoafectivo	

Nota: El costo compartido se basa en su nivel de elegibilidad para Medicaid.

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
***** Los servicios marcados con un asterisco no se aplican al monto máximo que paga de su bolsillo dentro de la red.	

• Los trastornos neurológicos se limitan a los siguientes:
  ◦ Esclerosis lateral amiotrófica (ALS)
  ◦ Epilepsia
  ◦ Parálisis extendida (p. ej., hemiplejia, cuadriplejia, paraplejia, monoplejía)
  ◦ Enfermedad de Huntington
  ◦ Esclerosis múltiple
  ◦ Enfermedad de Parkinson
  ◦ Polineuropatía
  ◦ Estenosis espinal
  ◦ Déficit neurológico relacionado con accidente cerebrovascular
• Accidentes cerebrovasculares
• Hipertensión
• Hiperlipidemia	

Tratamiento de ejercicios supervisados (SET) El tratamiento de ejercicios supervisados (SET) está cubierto para miembros que tengan enfermedad arterial periférica (PAD) sintomática y tengan una remisión para la PAD del médico responsable del tratamiento de la enfermedad. La cobertura incluye hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas, siempre y cuando se cumplan los requisitos del programa de SET.	No se requieren coseguro, copago ni deducible para el tratamiento de ejercicios supervisados cubierta por Medicare.

Nota: El costo compartido se basa en su nivel de elegibilidad para Medicaid.

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
***** Los servicios marcados con un asterisco no se aplican al monto máximo que paga de su bolsillo dentro de la red.	
El programa de SET debe tener las siguientes características: • Incluir sesiones de entre 30 y 60 minutos, compuestas por un programa de entrenamiento con ejercicios terapéuticos para PAD en pacientes con claudicación. • Proporcionarse en un entorno hospitalario para pacientes externos o en el consultorio médico. • Ser brindado por personal auxiliar calificado necesario para garantizar que los beneficios superen los daños y capacitado en terapia de ejercicio para la PAD. • Realizarse bajo la supervisión directa de un médico, auxiliar médico o profesional en enfermería/enfermero clínico especialista capacitado tanto en técnicas de reanimación básicas como avanzadas. El programa de SET se debe llevar a cabo en 36 sesiones, durante 12 semanas, con la posibilidad de extender el tratamiento por 36 sesiones durante un período prolongado si el proveedor de atención médica considera que es médicamente necesario.	

Nota: El costo compartido se basa en su nivel de elegibilidad para Medicaid.

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
***** Los servicios marcados con un asterisco no se aplican al monto máximo que paga de su bolsillo dentro de la red.	
Servicios de transporte (para casos que no sean de emergencia) Cubrimos 48 viajes de ida o vuelta por año***** (hasta 50 millas cada viaje). Lugares para viajes: • Lugares aprobados del plan relacionados con la salud para viajes en taxi, servicios de autos compartidos y camioneta. Nuestro plan se asoció con ModivCare para brindar este beneficio. Todos los viajes están sujetos a un límite de millas, a menos que el plan lo haya aprobado previamente. Si programó un viaje y desea obtener más información, póngase en contacto con ModivCare llamando al 1-844-452-9375, con al menos 48 horas de anticipación.	Coseguro del 0% por cada servicio de transporte
Servicios de urgencia Los servicios de urgencia se brindan para tratar una enfermedad, lesión o afección imprevista, que no es de emergencia y que requiere atención médica inmediata. Los servicios de urgencia pueden ser brindados por proveedores de la red o fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles o no es posible comunicarse con ellos temporalmente.	No se requieren coseguro, copago ni deducible para los servicios de urgencia en los Estados Unidos. No se requieren coseguro, copago ni deducible para cada consulta de atención de urgencia en el mundo (es decir, fuera de los Estados Unidos).

Nota: El costo compartido se basa en su nivel de elegibilidad para Medicaid.

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
***** Los servicios marcados con un asterisco no se aplican al monto máximo que paga de su bolsillo dentro de la red.	
Además de los beneficios cubiertos por Medicare, también ofrecemos lo siguiente: • Los servicios de urgencia están cubiertos en todo el mundo. Beneficio máximo de $50,000 para atención de emergencia y de urgencia en todo el mundo de forma anual.	
Atención de la vista Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Servicios de médicos para pacientes externos para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones de los ojos, incluido el tratamiento de la degeneración macular relacionada con la edad. Original Medicare no cubre exámenes de la vista de rutina (refracción de la vista) para anteojos o lentes de contacto. • Para las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma, cubriremos una prueba de detección de glaucoma cada año. 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.	No se requieren coseguro, copago ni deducible para los exámenes de la vista, las pruebas de detección de glaucoma o anteojos cubiertos por Medicare. Copago de $0 por los exámenes de la vista de rutina no cubiertos por Medicare. Copago de $0 por cada examen de seguimiento de la vista relacionado con la diabetes.

Nota: El costo compartido se basa en su nivel de elegibilidad para Medicaid.

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
***** Los servicios marcados con un asterisco no se aplican al monto máximo que paga de su bolsillo dentro de la red.	
• Para las personas con diabetes, se cubre una prueba de detección de retinopatía diabética por año. • Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluya la colocación de una lente intraocular. (Si necesita dos operaciones de cataratas por separado, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía y comprar dos pares de anteojos después de la segunda cirugía). Además de los beneficios cubiertos por Medicare, también ofrecemos lo siguiente: • Exámenes de la vista no cubiertos por Medicare: un examen por año. • Examen de seguimiento de la vista relacionado con la diabetes.	
Atención de la vista: anteojos (no cubiertos por Medicare) Anteojos recetados no cubiertos por Medicare: • Lentes de contacto***** • Anteojos (lentes y monturas)***** • Lentes de anteojos***** • Monturas de anteojos***** • Mejoras*****	Anteojos no cubiertos por Medicare: • Lentes de contacto: copago de $0 • Anteojos (lentes y monturas): copago de $0 • Lentes de anteojos: copago de $0 • Marcos de anteojos: copago de $0 • Mejoras: copago de $0

Nota: El costo compartido se basa en su nivel de elegibilidad para Medicaid.

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
***** Los servicios marcados con un asterisco no se aplican al monto máximo que paga de su bolsillo dentro de la red.	
Beneficio máximo para anteojos no cubiertos por Medicare: el plan paga hasta $300 por año para anteojos recetados no cubiertos por Medicare. Usted es responsable de cualquier monto que exceda el límite de cobertura para anteojos. Red: VSP Nuestro plan se asoció con VSP para proporcionarle los beneficios de la vista. Para encontrar un proveedor de la red, puede comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros al número que figura en el reverso de su tarjeta de identificación o buscar en el directorio de proveedores en línea en vsp.com/eye-doctor. Si elige no usar un proveedor de la red, los servicios que reciba no tendrán cobertura.	
Consulta preventiva "Bienvenido a Medicare" El plan cubre la consulta preventiva única "Bienvenido a Medicare". La consulta incluye una revisión de su salud, como así también educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita, (incluidas ciertas pruebas de detección y vacunas) y remisiones a otro tipo de atención si fuera necesario.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta preventiva "Bienvenido a Medicare". No se requieren coseguro, copago ni deducible para el electrocardiograma cubierto por Medicare posterior a la consulta preventiva "Bienvenido a Medicare".

Nota: El costo compartido se basa en su nivel de elegibilidad para Medicaid.

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
***** Los servicios marcados con un asterisco no se aplican al monto máximo que paga de su bolsillo dentro de la red.	
Importante: cubrimos la consulta preventiva "Bienvenido a Medicare" solo dentro de los primeros 12 meses de tener la Parte B de Medicare. Cuando solicite la cita, infórmele al consultorio del médico que le gustaría programar su consulta preventiva "Bienvenido a Medicare".	

Nota: El costo compartido se basa en su nivel de elegibilidad para Medicaid.

SECCIÓN 3 ¿Qué servicios están cubiertos fuera de Aetna Better Health of Virginia (HMO D-SNP)?

Sección 3.1 Servicios *no* cubiertos por Aetna Better Health of Virginia (HMO D-SNP)

Comuníquese con el programa Medicaid de su estado para determinar qué beneficios están disponibles para usted. (Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto de Medicaid en el **Anexo A** en la parte de atrás de este documento).

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

Sección 4.1 Servicios *no* cubiertos por el plan

En esta sección se describen los servicios que Medicare "excluye". El término "excluido" significa que el plan no brinda cobertura para estos servicios.

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

No pagaremos los servicios médicos excluidos que se detallan en la siguiente tabla, excepto en los casos específicos mencionados. La única excepción es: pagaremos si un servicio de la tabla a continuación se considera, mediante una apelación, como 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 de este documento).

Todas las exclusiones y limitaciones de servicios se describen en la Tabla de beneficios o en la tabla a continuación.

Servicios no cubiertos por Medicare	**No cubiertos en ninguna situación**	**Cubiertos solo en situaciones específicas**
Acupuntura.		✓ Cubierto para dolor crónico en la región lumbar.
Cirugía o procedimientos estéticos.		✓ Se cubren en casos de una lesión accidental o para mejorar el funcionamiento de un miembro deformado. Se cubren todas las etapas de reconstrucción de mama después de una mastectomía, así como también la de la mama no afectada, para producir una apariencia simétrica.

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubiertos solo en situaciones específicas
El cuidado asistencial es la atención brindada en un hogar de convalecencia, hospicio u otro centro cuando usted no necesita atención médica especializada o de enfermería especializada. 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.	✓	
Procedimientos quirúrgicos y médicos, equipos y medicamentos experimentales. Productos y procedimientos experimentales son aquellos determinados por nuestro plan y 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.
Cargos que cobren los familiares directos o los integrantes de su familia por la atención brindada.	✓	

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubiertos solo en situaciones específicas
Entrega de comidas a domicilio.		✓ Nuestro plan proporciona cierto grado de cobertura para la entrega de comidas a domicilio, como se describe en la *Tabla de beneficios médicos*.
Servicios de empleada doméstica que incluyen ayuda básica en el hogar, incluso tareas domésticas sencillas o preparación de comidas livianas.	✓	
Servicios de un naturoterapeuta (emplean tratamientos naturales o alternativos).	✓	
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. Nuestro plan proporciona cierto grado de cobertura adicional para la atención dental que no sea de rutina, tal y como se describe en la *Tabla de beneficios médicos*.

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubiertos solo en situaciones específicas
Zapatos ortopédicos.		✓ Se cubren si los zapatos forman parte de una pierna ortopédica y se incluyen en el costo de la pierna, o si los zapatos son para una persona que padece pie diabético.
Objetos personales en su habitación del hospital o centro de atención de enfermería especializada, por ejemplo un teléfono o televisor.	✓	
Habitación privada en el hospital.		✓ Solo se cubre cuando es médicamente necesario.
Procedimientos para invertir la esterilización y suministros de anticonceptivos sin receta.	✓	
Atención de quiropráctica de rutina.		✓ Se cubre la manipulación manual de la columna para corregir una subluxación.

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubiertos solo en situaciones específicas
Atención dental de rutina, como limpiezas, empastes o dentaduras.		✓ Nuestro plan proporciona cierto grado de cobertura para servicios dentales preventivos, tal y 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.		✓ Se cubren los exámenes de la vista y un par de anteojos (o lentes de contacto) para personas después de una cirugía de cataratas. Exámenes de la vista de rutina: nuestro plan proporciona cierto grado de cobertura para servicios de rutina de la vista, tal y como se describe en la *Tabla de beneficios médicos*. Anteojos: nuestro plan proporciona cierto grado de cobertura para anteojos, tal y como se describe en la *Tabla de beneficios médicos*.

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubiertos solo en situaciones específicas
Cuidado de rutina de los pies.		✓ Nuestro plan proporciona cierto grado de cobertura para el cuidado de rutina de los pies, tal y como se describe en la *Tabla de beneficios médicos*.
Exámenes auditivos de rutina, audífonos o exámenes para la colocación de audífonos.		✓ Exámenes auditivos de rutina: nuestro plan proporciona cierto grado de cobertura para los exámenes auditivos de rutina, tal y como se describe en la *Tabla de beneficios médicos*. Evaluaciones y colocación de audífonos: nuestro plan proporciona cierto grado de cobertura para las evaluaciones y la colocación de audífonos, tal y como se describe en la *Tabla de beneficios médicos*. Audífonos: nuestro plan proporciona cierto grado de cobertura para audífonos, tal y como se describe en la *Tabla de beneficios médicos*.

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubiertos solo en situaciones específicas
Servicios considerados no razonables ni necesarios, según las normas de Original Medicare.	✓	
Dispositivos de apoyo para los pies.		✓ Se cubren los zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas que padecen pie diabético.

Capítulo 5

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

Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

SECCIÓN 1 Introducción 146
Sección 1.1 En este capítulo se describe la cobertura para los medicamentos de la Parte D 146
Sección 1.2 Normas básicas para la cobertura del plan de los medicamentos de la Parte D 147

SECCIÓN 2 Surta su receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan 148
Sección 2.1 Para que los medicamentos con receta estén cubiertos, adquiéralos en una farmacia de la red 148
Sección 2.2 Cómo encontrar farmacias de la red 148
Sección 2.3 Cómo utilizar el servicio de pedido por correo del plan 149
Sección 2.4 Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo 151
Sección 2.5 ¿Cuándo puede utilizar una farmacia que no esté dentro de la red del plan? 152

SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar en la "Lista de medicamentos" del plan 153
Sección 3.1 La "Lista de medicamentos" indica qué medicamentos de la Parte D están cubiertos 153
Sección 3.2 Hay 5 "niveles de costo compartido" para los medicamentos incluidos en la Lista de medicamentos 154
Sección 3.3 ¿Cómo puede averiguar si un medicamento específico está en la Lista de medicamentos? 155

SECCIÓN 4 Hay restricciones respecto de la cobertura de algunos medicamentos 155
Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones? 155
Sección 4.2 ¿Qué tipos de restricciones? 156
Sección 4.3 ¿Alguna de estas restricciones se aplica a sus medicamentos? 157

SECCIÓN 5 ¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera en que usted querría que lo estuviera? 158
Sección 5.1 Hay algunas cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera en que usted querría que lo estuviera 158

Sección 5.2 ¿Qué puede hacer si su medicamento no figura en la Lista de medicamentos o si el medicamento tiene algún tipo de restricción? 159
Sección 5.3 ¿Qué puede hacer si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera demasiado elevado? 161

SECCIÓN 6 ¿Qué sucede si cambia la cobertura de alguno de sus medicamentos? 161
Sección 6.1 La Lista de medicamentos puede sufrir modificaciones durante el año 161
Sección 6.2 ¿Qué sucede si hay cambios en la cobertura de un medicamento que está tomando? 162

SECCIÓN 7 ¿Qué tipos de medicamentos no cubre el plan? 164
Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos 164

SECCIÓN 8 Muestre su tarjeta de miembro del plan cuando quiera surtir una receta 166
Sección 8.1 Muestre su tarjeta de miembro del plan 166
Sección 8.2 ¿Qué sucede si no tiene la tarjeta de miembro? 166

SECCIÓN 9 Cobertura para medicamentos de la Parte D en situaciones especiales 166
Sección 9.1 ¿Qué sucede si está en un hospital o centro de atención de enfermería especializada y el plan cubre su estadía? 166
Sección 9.2 ¿Qué sucede si reside en un centro de atención a largo plazo (LTC)? 167
Sección 9.3 ¿Qué sucede si se encuentra en un hospicio certificado por Medicare? 167

SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad y administración de los medicamentos 168
Sección 10.1 Programas para ayudar a los miembros a utilizar los medicamentos de forma segura 168
Sección 10.2 Programa de administración de medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a utilizar de forma segura sus medicamentos opioides 169
Sección 10.3 Programa de manejo del tratamiento farmacológico (MTM) para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos 170

¿Cómo obtener información sobre los costos de los medicamentos?
Debido a que usted es elegible para Medicaid, cumple los requisitos para recibir "Ayuda adicional" de Medicare para cubrir los costos de su plan de medicamentos con receta. Debido a que participa en el programa de "Ayuda adicional", **es posible que haya información que no se aplique a su caso en la *Evidencia de cobertura* sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D.** 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 con el fin de pagar los medicamentos con receta), también conocida como "Low Income Subsidy Rider" o "LIS Rider" (Cláusula adicional para subsidio por ingresos bajos o Cláusula adicional LIS), que le informa sobre la cobertura para sus medicamentos. Si no posee este inserto, llame al Departamento de Servicios para Miembros 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 Introducción

Sección 1.1	En este capítulo se describe la cobertura para los medicamentos de la Parte D

En este capítulo, **se explican las normas para utilizar la cobertura para los medicamentos de la Parte D.** El próximo capítulo describe lo que le corresponde pagar por los medicamentos de la Parte D (Capítulo 6, *Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D)*.

Además de la cobertura para los medicamentos de la Parte D, Aetna Better Health of Virginia (HMO D-SNP) también cubre algunos medicamentos en virtud de los beneficios médicos del plan. A través de la cobertura de los beneficios de la Parte A de Medicare, nuestro plan por lo general cubre los medicamentos administrados durante las estadías cubiertas en el hospital o en un centro de atención de enfermería especializada. A través de la cobertura de los beneficios de la Parte B de Medicare, nuestro plan cubre medicamentos, que incluyen determinados medicamentos para quimioterapia, ciertos medicamentos inyectables que se aplican en el consultorio y medicamentos que se administran en un centro de diálisis. En el Capítulo 4 *(Tabla de beneficios médicos, lo que está cubierto),* se detallan los beneficios y costos de los medicamentos durante la estadía cubierta en un hospital o centro de atención de enfermería especializada, así como también los beneficios y costos de los medicamentos de la Parte B.

Original Medicare puede cubrir sus medicamentos si se encuentra en un hospicio de Medicare. Nuestro plan solo cubre los servicios y medicamentos de la Parte A, la Parte B y la Parte D de Medicare que no están relacionados con su pronóstico terminal y afecciones relacionadas, y, por lo tanto, no están cubiertos por el beneficio de hospicio de Medicare. Para obtener más información, consulte la Sección 9.3 *(¿Qué sucede si se encuentra en un hospicio certificado por Medicare?)*. Para obtener información sobre la cobertura de hospicios, consulte la sección sobre hospicios del Capítulo 4 *(Tabla de beneficios médicos [lo que está cubierto])*.

Las siguientes secciones son sobre la cobertura de sus medicamentos en virtud de las normas de beneficios de la Parte D del plan. La Sección 9, *Cobertura para medicamentos de la Parte D en situaciones especiales*, incluye información sobre su cobertura de la Parte D y Original Medicare.

Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, los beneficios de Medicaid cubren algunos medicamentos con receta. Comuníquese con la agencia estatal de Medicaid que figura en el **Anexo A**, en la parte de atrás de este documento, para obtener información sobre los medicamentos cubiertos por Medicaid.

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

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

- Debe pedirle a un proveedor (médico, dentista u otra persona que emite recetas) que escriba su receta.
- La persona que le da la receta debe aceptar Medicare o presentar documentación en los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) que demuestre que está calificada para emitir recetas. De lo contrario, se denegará su reclamación de la Parte D. La próxima vez que la llame o la visite, debe preguntarle si cumple con esta condición. Si no lo hace, tenga en cuenta que a la persona que le da la receta le lleva tiempo enviar la documentación necesaria para su procesamiento.
- Por lo general, debe utilizar una farmacia de la red para surtir su receta. (Consulte la Sección 2, *Surta sus recetas en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan)*.
- Su medicamento debe estar en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan (nosotros la denominamos “Lista de medicamentos” para abreviarla). (Consulte la Sección 3, *Sus medicamentos deben estar en la “Lista de medicamentos” del plan)*.
- El medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. Una “indicación médicamente aceptada” es un uso del medicamento que está aprobado por la

Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) o avalado por ciertos libros de referencia. (Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre cómo obtener una indicación médicamente aceptada).

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

Sección 2.1	Para que los medicamentos con receta estén cubiertos, adquiéralos en una farmacia de la red

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

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

Sección 2.2	Cómo encontrar farmacias de la red

Cómo encuentra una farmacia de la red en su área
Para encontrar una farmacia de la red, puede buscar en el *Directorio de proveedores y farmacias*, visitar nuestro sitio web (AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/find-provider) o llamar al Departamento de Servicios para Miembros (en la contraportada de este documento, encontrará impresos los números de teléfono).

Puede ir a cualquiera de las farmacias de la red. Si estaba usando una farmacia de la red, pero ha cambiado y tiene que volver a obtener un medicamento que estaba tomando, puede pedirle al médico que le extienda una nueva receta o que se transfiera su receta a la nueva farmacia de la red.

¿Qué sucede si la farmacia que estaba usando deja de formar parte de la red?
Si la farmacia que estaba usando deja de formar parte de la red del plan, deberá buscar una nueva farmacia dentro de la red. Para encontrar otra farmacia de la red en su área, puede obtener ayuda a través del Departamento de Servicios para Miembros (en la contraportada de este documento, encontrará impresos los números de teléfono) o buscar en el *Directorio de proveedores y farmacias*. También puede encontrar información en nuestro sitio web en AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/find-provider.

¿Y si necesita una farmacia especializada?
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). Generalmente, un centro de atención a largo plazo (como un hogar de convalecencia) tiene su propia farmacia. 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, la cual, generalmente, es la farmacia que usa el centro de LTC. Si tiene dificultad para acceder a sus beneficios de la Parte D en un centro de LTC, póngase en contacto con el Departamento de Servicios para Miembros.
- 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 que están limitados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) para ciertos lugares o que requieren un manejo especial, la coordinación del proveedor o el aprendizaje sobre su uso. (Nota: Es muy poco frecuente que se presente esta situación).

Para encontrar una farmacia especializada, busque en el *Directorio de proveedores y farmacias* o llame al Departamento de Servicios para Miembros (en la contraportada de este documento, encontrará impresos los números de teléfono).

Sección 2.3 Cómo utilizar el servicio de pedido por correo del 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. Los medicamentos disponibles a través del servicio de pedido por correo de nuestro plan están marcados como **medicamentos de "pedido por correo" (MO)** en nuestra Lista de medicamentos.

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

Para obtener los formularios de pedido e información sobre cómo obtener sus medicamentos por correo, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros (en la contraportada de este documento, encontrará impresos los números de teléfono).

Por lo general, el pedido a la farmacia que brinda el servicio de pedido por correo le llegará en 10 días como máximo. En la situación poco probable de que haya una demora significativa en el envío de su medicamento con receta de pedido por correo, nuestro servicio de pedido por correo trabajará con usted y una farmacia de la red para brindarle el suministro temporal de sus medicamentos con receta de pedido por correo.

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

- Utilizó los servicios de pedido por correo con este plan en el pasado, o bien
- 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 llamar al Departamento de Servicios para Miembros (en la contraportada de este documento, encontrará impresos los números de teléfono).

Si recibe un medicamento con receta automáticamente por correo que no desea, y no se comunicaron con usted para saber si la quería antes de enviarla, 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 (en la contraportada de este documento, encontrará impresos los números de teléfono).

Si usted nunca ha utilizado 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. Esto le dará la oportunidad de asegurarse de que la farmacia le suministre el medicamento correcto (concentración, cantidad y presentación) y, si fuera necesario, le permitirá cancelar o retrasar el pedido antes de que se le facture y se le envíe. Es importante que responda cada vez que la farmacia lo contacte para informar qué hacer con la nueva receta y así evitar demoras en el envío.

Para dejar de recibir las entregas automáticas de nuevas recetas que obtiene directamente del consultorio de su proveedor de atención médica, comuníquese con nosotros llamando al Departamento de Servicios para Miembros (en la contraportada de este documento, encontrará impresos los números de teléfono).

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, comenzaremos a procesar su próximo resurtido automáticamente cuando nuestros registros nos muestren que está cerca de quedarse sin su medicamento. La farmacia se comunicará con usted antes del envío de cada resurtido para asegurarse de que necesite más medicamento. Usted puede cancelar los resurtidos si tiene suficiente medicamento o si el medicamento ha cambiado. Si no desea utilizar nuestro programa de resurtido automático, comuníquese con su farmacia con 15 días de anticipación cuando considere que los medicamentos que tiene disponibles se le acabarán para asegurarse de que el próximo pedido se le envíe 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 (en la contraportada de este documento, encontrará impresos los números de teléfono).

Para que la farmacia pueda comunicarse con usted para confirmar el pedido antes de enviarlo, asegúrese de informarle a la farmacia cuál es la mejor manera de comunicarse con usted; para ello, llame al Departamento de Servicios para Miembros (en la contraportada de este documento, encontrará impresos los números de teléfono).

Sección 2.4 Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo

Cuando obtiene un suministro de medicamentos a largo plazo, es posible que su costo compartido sea menor. El plan cuenta con dos formas de obtener un suministro a largo plazo (también denominado “suministro extendido”) de medicamentos de “mantenimiento” en la Lista de medicamentos de nuestro plan (en el caso de los niveles 1 a 4). (Los medicamentos de mantenimiento son aquellos que toma con regularidad para una afección crónica o prolongada). Usted puede pedir este suministro a través del pedido por correo (consulte la Sección 2.3) o puede solicitarlo en una farmacia minorista.

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* 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 para obtener más información (en la contraportada de este documento, encontrará impresos los números de teléfono).

2. Para determinados tipos de medicamentos, puede utilizar el **servicio de pedido por correo** de la red del plan. Los medicamentos disponibles a través del servicio de pedido por correo de nuestro plan están marcados como **medicamentos de "pedido por correo" (MO)** en nuestra Lista de medicamentos. El servicio de pedido por correo de nuestro plan le permite solicitar un suministro de 100 días como máximo. Para obtener más información sobre cómo usar el servicio de pedido por correo, consulte la Sección 2.3.

Sección 2.5 ¿Cuándo puede utilizar una farmacia que no esté dentro de la red del plan?

En determinadas circunstancias, su medicamento con receta puede estar cubierto

Por lo general, cubrimos los medicamentos que se obtienen en una farmacia fuera de la red *solo* si no puede utilizar una farmacia de la red. Para brindarle ayuda, contamos con farmacias de la red fuera del área de servicio, en las que puede obtener los medicamentos con receta como miembro de nuestro plan. Si no puede usar una farmacia de la red, a continuación, se detallan las circunstancias en las que cubriríamos los medicamentos con receta que obtenga en una farmacia fuera de la red:

- Si no puede obtener un medicamento con receta cubierto de forma oportuna dentro del área de servicio porque no hay ninguna farmacia de la red que atienda las 24 horas dentro de una distancia razonable en automóvil.
- Si intenta obtener un medicamento con receta que habitualmente no está en el inventario de una farmacia minorista de la red accesible o en una farmacia que brinde servicios de pedido por correo (estos medicamentos con receta incluyen medicamentos huérfanos u otros medicamentos de una especialidad farmacéutica).
- Si viaja fuera del área de servicio (dentro de los Estados Unidos) y se le acaban los medicamentos, los pierde o se enferma y no puede acceder a una farmacia de la red.
- Si recibe un medicamento con receta de la Parte D de una farmacia institucional fuera de la red, mientras se encuentra en una sala de emergencias, una clínica de un proveedor, una clínica de cirugía para pacientes externos o en otro entorno para pacientes externos.
- Si no ha recibido su medicamento con receta durante una declaración de desastre estatal o federal u otra declaración de salud pública de emergencia en la que ha sido evacuado o, de otro modo, trasladado fuera de su área de servicio o lugar de residencia.

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

En estos casos, **primero consulte con el Departamento de Servicios para Miembros** para ver si hay alguna farmacia de la red cerca. (En la contraportada de este documento, encontrará impresos los números de teléfono del Departamento de Servicios para Miembros). 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.

¿Cómo solicitar un reembolso al plan?
Generalmente, si debe usar una farmacia fuera de la red, deberá pagar el costo total (y no la parte normal que le corresponde) en el momento en que surta la receta. Puede solicitarnos que le reembolsemos la parte que nos corresponde pagar del costo del medicamento. (En la Sección 2.1 del Capítulo 7, se explica cómo puede solicitar un reembolso al plan).

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

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

El plan cuenta con una *“Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)”.* En esta *Evidencia de cobertura*, **la denominamos la “Lista de medicamentos” para abreviarla**.

El plan, con la colaboración de un equipo de médicos y farmacéuticos, selecciona los medicamentos de la lista. La lista debe cumplir con los requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la Lista de medicamentos del plan.

La Lista de medicamentos incluye medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare (anteriormente, en la Sección 1.1 de este capítulo, se explican los medicamentos de la Parte D). Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, los beneficios de Medicaid cubren algunos medicamentos con receta. Comuníquese con la agencia estatal de Medicaid que figura en el **Anexo A**, en la parte de atrás de este documento, para obtener información sobre los medicamentos cubiertos por 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 una indicación médicamente aceptada. Una "indicación médicamente aceptada" es el uso del medicamento que cumpla con *el siguiente requisito*:

- Esté aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos. (Es decir que la FDA aprobó el medicamento 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 DRUGDEX.

La Lista de medicamentos incluye tanto medicamentos de marca como medicamentos genéricos

Un medicamento genérico es un medicamento con receta que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Generalmente, funciona tan bien como el medicamento de marca, pero generalmente cuesta menos. Hay medicamentos genéricos sustitutos disponibles para muchos medicamentos de marca.

Lo que *no* se incluye en la Lista de medicamentos

El plan no cubre todos los medicamentos con receta.

- En algunos casos, la ley no permite que ningún plan de Medicare cubra ciertos tipos de medicamentos (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 7.1 de este capítulo).
- En otros casos, hemos decidido no incluir un medicamento en particular en nuestra Lista de medicamentos.
- Los medicamentos cubiertos por Medicaid no están incluidos en nuestra Lista de medicamentos. Al principio de esta sección, se brinda información sobre cómo saber qué medicamentos están cubiertos por Medicaid.

Sección 3.2 Hay 5 "niveles de costo compartido" para los medicamentos incluidos en la Lista de medicamentos

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

- **Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos**
  Nuestro nivel de costo compartido más bajo incluye muchos medicamentos genéricos de menor costo.
- **Nivel 2: Medicamentos genéricos**
  Incluye medicamentos genéricos de mayor costo.

- **Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos**
  Incluye muchos medicamentos de marca económicos comunes y algunos medicamentos genéricos que cuestan lo mismo que los de marca.
- **Nivel 4: Medicamentos no preferidos**
  Incluye medicamentos de marca y genéricos con un costo mayor para los que, normalmente, existen alternativas menos costosas.
- **Nivel 5: Medicamentos especializados**
  Nuestro nivel de costo compartido más alto incluye medicamentos genéricos y de marca de alto costo que cumplen con la definición de medicamento especializado de Medicare.

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

El monto que paga por los medicamentos en cada nivel de costo compartido se muestra en el Capítulo 6 *(Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D)*.

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

Hay tres formas de averiguarlo:

1. Revise la Lista de medicamentos más reciente que proporcionamos de manera electrónica.
2. Visite el sitio web del plan (AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary). La lista de medicamentos en el sitio web siempre es la más actualizada.
3. Llame al Departamento de Servicios para Miembros para saber si un medicamento en particular está incluido en la Lista de medicamentos o para pedir una copia de la lista. (En la contraportada de este documento, encontrará impresos los números de teléfono del Departamento de Servicios para Miembros).

SECCIÓN 4 Hay restricciones respecto de la cobertura de algunos medicamentos

Sección 4.1	¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?

Para ciertos medicamentos con receta, existen normas especiales que restringen cómo y cuándo el plan los cubre. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrollaron estas normas para ayudar a que nuestros miembros usen los medicamentos de la forma más eficaz. Estas normas especiales

también ayudan a controlar los costos globales de los medicamentos, lo cual le ayuda a mantener la cobertura de estos en un nivel más asequible.

De modo general, nuestras normas lo incentivan a obtener un medicamento que funcione para su afección médica y sea seguro y eficaz. Cada vez que un medicamento seguro y de bajo costo funcione médicamente tan bien como uno de mayor costo, las normas del plan están destinadas a alentarlo a usted y a su proveedor a usar esa opción más económica. También tenemos que cumplir con las normas y reglamentos de Medicare con respecto a la cobertura y el costo compartido de los medicamentos.

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. Si desea pedirnos que eliminemos la restricción, tendrá que usar el proceso de decisiones de cobertura para solicitarnos una excepción. Podemos estar o no de acuerdo en eliminar la restricción. (Para obtener información sobre cómo pedir excepciones, consulte la Sección 7.2 del Capítulo 9).

Tenga en cuenta que, a veces, un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra Lista de medicamentos. Esto se debe a que se pueden aplicar diferentes restricciones o costos compartidos en función de factores como la concentración, la cantidad o la forma del medicamento recetado por su proveedor de atención médica (por ejemplo, 10 mg en comparación con 100 mg, uno por día en comparación con dos por día; comprimido en comparación con líquido).

Sección 4.2 ¿Qué tipos de restricciones?

Nuestro plan aplica distintos tipos de restricciones para ayudar a nuestros miembros a usar los medicamentos de formas más eficaces. Las secciones siguientes le brindan más información acerca de los tipos de restricciones que usamos para ciertos medicamentos.

Restricción de medicamentos de marca cuando hay una versión genérica disponible
Un medicamento “genérico” tiene el mismo efecto que un medicamento de marca, pero suele ser más económico. **En la mayoría de los casos, cuando está disponible la versión genérica de un medicamento de marca, las farmacias de la red le proporcionarán el medicamento genérico.** Por lo general, no ofreceremos cobertura para un medicamento de marca si hay una versión genérica disponible. Sin embargo, si el proveedor nos ha informado el motivo médico por el cual a usted no le serviría el medicamento genérico o nos ha informado el motivo médico por el cual ni el medicamento genérico ni otros medicamentos cubiertos que tratan la misma afección le harán efecto, entonces sí cubriremos el medicamento de marca. (La parte del costo que le corresponda pagar puede ser mayor para el medicamento de marca que para el genérico).

Cómo obtener la aprobación del plan por adelantado

Para determinados medicamentos, usted o su proveedor deben obtener la autorización del plan antes de que aceptemos cubrir el medicamento. Esto se denomina **"autorización previa".** A veces, el requisito para obtener aprobación por adelantado ayuda a guiar el uso adecuado de ciertos medicamentos. Si no obtiene esta aprobación, es posible que el plan no cubra el medicamento.

Cómo probar un medicamento diferente primero

Este requisito hace que usted trate de utilizar medicamentos menos costosos, pero generalmente igual de eficaces, antes de que el 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, el plan puede requerir que pruebe el medicamento A primero. Si el medicamento A no le da ningún resultado, el plan cubrirá el medicamento B. Este requisito de probar primero con otro medicamento se denomina **"tratamiento escalonado".**

Límites de cantidades

Para ciertos medicamentos, establecemos un límite en la cantidad del medicamento que usted puede obtener por vez. 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 4.3 ¿Alguna de estas restricciones se aplica a sus medicamentos?

La Lista de medicamentos del plan incluye información acerca de las restricciones descritas anteriormente. Para averiguar si alguna de estas restricciones se aplica a un medicamento que está tomando o desea tomar, consulte la lista de medicamentos. Para obtener la información más actualizada, llame al Departamento de Servicios para Miembros (en la contraportada de este documento, encontrará impresos los números de teléfono) o visite nuestro sitio web (AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary).

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. Si hay una restricción sobre el medicamento que usted debe tomar, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros para obtener información sobre qué debe hacer usted o su proveedor para obtener cobertura para el medicamento. Si desea pedirnos que eliminemos la restricción, tendrá que usar el proceso de decisiones de cobertura para solicitarnos una excepción. Podemos estar o no de acuerdo en eliminar la restricción. (Para obtener información sobre cómo pedir excepciones, consulte la Sección 7.2 del Capítulo 9).

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

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

Esperamos que su cobertura para medicamentos funcione bien para usted. No obstante, es posible que haya un medicamento con receta que esté tomando actualmente, o un medicamento que usted y su proveedor piensan que debería estar tomando, y que no está en nuestro formulario o está en el formulario con ciertas restricciones.

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 está cubierta.
- El medicamento está cubierto, pero se aplican normas o restricciones adicionales respecto de la cobertura de ese medicamento. Tal como se explicó en la Sección 4, para algunos de los medicamentos que cubre el plan se aplican otras normas que restringen su uso. Por ejemplo, le podrían pedir que pruebe un medicamento diferente primero, para ver si funciona, antes de cubrir el medicamento que usted desea tomar. También puede haber límites sobre la cantidad de medicamento (cantidad de píldoras, etc.) que tendría cobertura durante un período determinado. En algunos casos, es posible que quiera que eliminemos la restricción para usted.
- El medicamento está cubierto, pero está en un nivel de costo compartido que eleva el costo compartido más de lo que usted considera que debería ser. El plan coloca a cada medicamento cubierto en uno de 5 niveles de costo compartido diferentes. Lo que paga por su medicamento con receta depende, en parte, del nivel de costo compartido en que se encuentra su medicamento.

Hay algunas cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera en que usted querría que lo estuviera. Sus opciones dependen del tipo de problema que tenga, como los siguientes:

- Si el medicamento no está en la Lista de medicamentos o si está restringido, consulte la Sección 5.2 para obtener información sobre lo que puede hacer.
- Si el medicamento está en un nivel de costo compartido que eleva el costo más de lo que usted considera que debería ser, vaya a la Sección 5.3 para obtener información sobre lo que puede hacer.

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

Si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o está restringido, esto es lo que puede hacer:

- Puede obtener un suministro temporal del medicamento (solo los miembros en determinadas situaciones pueden obtener un suministro temporal). De este modo, usted y su proveedor tendrán tiempo para cambiarlo por otro medicamento o presentar una solicitud para que se cubra el 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 ciertas circunstancias, el plan debe proporcionarle un suministro temporal de un medicamento cuando su medicamento no está en la Lista de medicamentos o cuando se limita de alguna manera. Hacer esto le da tiempo para consultar con su proveedor acerca del cambio en la cobertura y averiguar qué hacer.

Para ser elegible para un suministro temporal, usted debe cumplir con los dos requisitos siguientes:

1. El cambio en su cobertura para medicamentos debe ser uno de los siguientes tipos:

- El medicamento que ha estado tomando **ya no está en la Lista de medicamentos del plan.**
- O bien, el medicamento que ha estado tomando **ahora tiene algún tipo de restricción** (en la Sección 4 de este capítulo se explican las restricciones).

2. Debe estar en una de las situaciones descritas a continuación:

- **Miembros que son nuevos o que estuvieron en el plan el año pasado:** cubriremos un suministro temporal del medicamento **durante los primeros 90 días de su membresía en el plan si usted fuera nuevo y durante los primeros 90 días del año calendario si usted estuvo en el plan el año anterior.** 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).

- **Miembros que han sido parte del plan durante más de 90 días y son residentes en un centro de atención a largo plazo (LTC) y necesitan un suministro de inmediato:** cubriremos un suministro para 31 días de un medicamento particular, o menos si su receta está indicada para menos días. Esto es adicional a la situación del suministro temporal que se indicó anteriormente.
- 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 una anulación de la receta por única vez. Esta anulación por única vez le brindará un suministro temporal (al menos un suministro de 30 días) de los medicamentos correspondientes.

Para pedir un suministro temporal, llame al Departamento de Servicios para Miembros (en la contraportada de este documento, encontrará impresos los números de teléfono).

Durante el tiempo en el que está obteniendo un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se agote este suministro temporal. Puede cambiarse a un medicamento diferente cubierto por el plan o solicitarle al plan que haga una excepción para usted y cubra el medicamento actual. Las siguientes secciones detallan estas opciones.

Puede cambiar a otro medicamento
Comience por hablar con su proveedor. Tal vez haya un medicamento diferente cubierto por el plan que podría funcionar igual de bien para usted. Puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros y 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. (En la contraportada de este documento, encontrará impresos los números de teléfono del Departamento de Servicios para Miembros).

Puede solicitar una excepción
Usted y su proveedor pueden solicitarle al plan que haga una excepción para usted 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 a la norma. Por ejemplo, usted puede pedirle al plan que cubra un medicamento, aunque no esté en la Lista de medicamentos del plan. O bien, puede pedirle al plan que haga una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, la Sección 7.4 del Capítulo 9 indica 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.

Sección 5.3	¿Qué puede 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, entre algunas de las medidas que puede tomar, se incluyen las siguientes:

Puede cambiar a otro medicamento
Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera muy alto, comience por hablar con su proveedor. Tal vez haya un medicamento diferente en un nivel de costo compartido inferior que podría funcionar igual de bien para usted. Puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros y 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. (En la contraportada de este documento, encontrará impresos los números de teléfono del Departamento de Servicios para Miembros).

Puede solicitar una excepción
Usted y su proveedor pueden solicitarle al 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, la Sección 7.4 del Capítulo 9 indica 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 ¿Qué sucede si cambia la cobertura de alguno de sus medicamentos?

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

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

- **Agregar o quitar medicamentos de la Lista de medicamentos.** Suelen surgir medicamentos nuevos, incluidos medicamentos genéricos nuevos. Quizás el gobierno haya autorizado un

nuevo uso para un medicamento existente. A veces, un medicamento se retira del mercado y nosotros decidimos no cubrirlo. O bien, podríamos eliminar un medicamento de la lista porque se descubre que no es eficaz.

- **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** (para obtener más información sobre las restricciones en la cobertura, consulte la Sección 4 de este capítulo).
- **Sustituir un medicamento de marca por uno genérico.**

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

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

Información sobre los cambios en la cobertura de medicamentos

Cuando se producen cambios en la Lista de medicamentos durante el año, publicamos la información en nuestro sitio web sobre dichos cambios. Actualizaremos nuestra Lista de medicamentos en línea regularmente para incluir cualquier cambio que haya ocurrido después de la última actualización. A continuación, le indicamos los momentos en que recibiría un aviso directo si se realizan cambios en un medicamento que está tomando. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para obtener más información (en la contraportada de este documento, encontrará impresos los números de teléfono).

¿Los cambios en su cobertura para medicamentos lo afectan de inmediato?

Hay cambios que pueden afectarlo este año. Usted se verá afectado por los cambios en la cobertura durante el año actual en los siguientes casos:

- **Un nuevo medicamento genérico reemplaza un medicamento de marca en la Lista de medicamentos (o cambiamos el nivel de costo compartido o agregamos nuevas restricciones al medicamento de marca, o ambas cosas)**
    - Podemos eliminar inmediatamente un medicamento de marca de nuestra Lista de medicamentos si lo reemplazamos con una nueva versión genérica aprobada del mismo medicamento que aparecerá en el mismo nivel de costo compartido o en uno menor y con las mismas restricciones o menos. Además, al agregar el nuevo medicamento genérico, podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos, pero moverlo inmediatamente a un nivel de costo compartido superior o agregar nuevas restricciones, o ambas cosas.

- Es posible que no le informemos antes de hacer ese cambio, incluso si usted está tomando actualmente el medicamento de marca.
- Usted y la persona autorizada a dar recetas pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento de marca para usted. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 *(Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos])*.
- Si está tomando el medicamento de marca en el momento en que realizamos el cambio, le brindaremos información sobre los cambios específicos que hayamos realizado. Esto también incluirá información sobre los pasos que puede seguir para solicitar una excepción para que cubramos el medicamento de marca. Es posible que no reciba este aviso antes de que realicemos el cambio.

- **Medicamentos no seguros y otros medicamentos en la Lista de medicamentos que se retiran del mercado**
  - De vez en cuando, algún medicamento debe retirarse del mercado repentinamente porque se descubre que no es seguro o por algún otro motivo. Si esto ocurre, eliminaremos inmediatamente el medicamento de la Lista de medicamentos. Si está tomando ese medicamento, le informaremos sobre este cambio de inmediato.
  - La persona autorizada a dar recetas también estará enterada de este cambio y puede ayudarlo a encontrar otro medicamento para su afección.
- **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, podríamos agregar un medicamento genérico que no sea nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca o cambiar el nivel de costo compartido o agregar nuevas restricciones al medicamento de marca, o ambas situaciones. También podríamos realizar cambios según las advertencias de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) o nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare. Debemos darle un aviso con al menos 30 días de anticipación para informar el cambio o darle un aviso sobre el cambio y un resurtido para 30 días del medicamento que está tomando en una farmacia de la red.
  - Después de recibir el aviso del cambio, usted debe trabajar con la persona autorizada a dar recetas para cambiar a un medicamento diferente que cubramos.
  - O bien, usted y la persona autorizada a dar recetas pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento para usted. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 *(Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos])*.

Cambios a los medicamentos en la Lista de medicamentos que no afectarán a las personas que actualmente toman el medicamento: en el caso de los cambios a la Lista de medicamentos que no se describen anteriormente, si en la actualidad toma el medicamento, los siguientes tipos de cambios no lo afectarán hasta el 1 de enero del próximo año si permanece en el plan:

- Si trasladamos su medicamento a un nivel de costo compartido más alto.
- Si imponemos una nueva restricción respecto de su uso del medicamento.
- Si eliminamos su medicamento de la Lista de medicamentos.

Si tiene lugar alguno de estos cambios con respecto a un medicamento que usted toma (pero no debido a un retiro del mercado, al reemplazo de un medicamento de marca por un medicamento genérico u otro cambio indicado en las secciones anteriores), entonces el cambio no afectará su uso o lo que usted paga como la parte del costo que le corresponde hasta el 1 de enero del próximo año. Hasta esa fecha, probablemente no verá ningún aumento en sus pagos o cualquier otra restricción agregada a su uso del medicamento. Este año no recibirá un aviso directo sobre los cambios que no lo afecten. Sin embargo, los cambios lo afectarán a partir del 1 de enero del próximo año y es importante consultar la Lista de medicamentos del nuevo año de beneficios para ver si hay cambios en los medicamentos.

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

Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos

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

No pagaremos por los medicamentos que se incluyan en esta sección. Hay una única excepción: que se determine en una apelación que el medicamento solicitado no es un medicamento excluido de la Parte D y que debimos haberlo pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hayamos tomado de no ofrecer cobertura para un medicamento, consulte la Sección 7.5 del Capítulo 9 de este documento). Si el medicamento excluido por nuestro plan también es excluido por Medicaid, deberá pagarlo usted mismo.

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

- La cobertura para medicamentos de la Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que estaría cubierto en la Parte A o Parte B de Medicare.
- Nuestro plan no cubre un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Nuestro plan, por lo general, no puede cubrir el uso para una indicación no autorizada. "Uso para una indicación no autorizada" es cualquier uso distinto al indicado en la etiqueta de un medicamento aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA).
    - Generalmente, la cobertura para "Uso para una indicación no autorizada" solo se permite cuando el uso está respaldado por ciertas referencias, como American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de Información DRUGDEX. Si el uso no está respaldado por alguno de estas referencias, entonces nuestro plan no puede cubrir su "uso para una indicación no autorizada".

Además, por ley, las categorías de medicamentos que se detallan más abajo no están cubiertas por Medicare. Sin embargo, algunos de estos medicamentos pueden estar cubiertos para usted por la cobertura para medicamentos de Medicaid. Comuníquese con la agencia estatal de Medicaid que figura en el **Anexo A**, en la parte de atrás de este documento, para obtener información sobre los medicamentos cubiertos por 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 para fines estéticos o para promover el crecimiento del cabello.
- Vitaminas con receta y productos minerales, salvo las vitaminas prenatales y preparaciones de flúor.
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil.
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la anorexia, la pérdida de peso o el aumento de peso.
- Medicamentos para pacientes externos cuyo fabricante pretenda exigir como condición de venta que los exámenes asociados o servicios de supervisión se compren exclusivamente al fabricante.

Si recibe "Ayuda adicional" para pagar sus medicamentos con receta, su programa estatal de Medicaid podría cubrir algunos medicamentos con receta que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare. Comuníquese con el programa Medicaid de su estado para

determinar la cobertura para medicamentos disponible para usted. (Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto de Medicaid en el **Anexo A** en la parte de atrás de este documento).

SECCIÓN 8 Muestre su tarjeta de miembro del plan cuando quiera surtir una receta

Sección 8.1	Muestre su tarjeta de miembro del plan

Para surtir su receta, muestre su tarjeta de miembro del plan en la farmacia de la red que usted elija. Cuando muestre su tarjeta de miembro del plan, la farmacia de la red facturará al plan de forma automática la parte que *nos corresponde* de los costos de su medicamento con receta cubierto. Usted deberá pagarle a la farmacia *su* parte del costo en el momento de retirar su medicamento con receta.

Sección 8.2	¿Qué sucede si no tiene la tarjeta de miembro?

Si usted no tiene su tarjeta de miembro del plan en el momento de surtir su receta, pídale a la farmacia que llame al plan para obtener la información necesaria.

Si la farmacia no recibe la información necesaria, **es posible que usted deba pagar el costo total de la receta cuando la retire.** (Puede **solicitarnos que le reembolsemos** la parte que nos corresponde. Consulte la Sección 2.1 del Capítulo 7 para obtener información sobre cómo solicitar el reembolso al plan).

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

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

Si ingresa en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada para una hospitalización que cubre el 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, el plan cubrirá sus medicamentos, siempre y cuando estos cumplan todas nuestras

normas para la cobertura. Consulte las partes anteriores de esta sección que definen las normas para obtener cobertura para medicamentos.

Sección 9.2 ¿Qué sucede si reside en 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 una farmacia que suministra medicamentos para todos sus residentes. Si usted reside en un centro de atención a largo plazo, puede obtener sus medicamentos con receta a través de la farmacia del centro, siempre y cuando sea parte de nuestra red.

Consulte el *Directorio de proveedores y farmacias* para averiguar si la farmacia del centro de atención a largo plazo forma parte de nuestra red. Si no forma parte o si usted necesita más información, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros (en la contraportada de este documento, encontrará impresos los números de teléfono).

¿Qué sucede si usted reside en un centro de atención a largo plazo (LTC) y es un miembro nuevo del plan?
Si necesita un medicamento que no figura en la Lista de medicamentos o que tiene algún tipo de restricción, el plan cubrirá un **suministro temporal** del medicamento durante los primeros 90 días de su membresía. El suministro total será para un suministro máximo de 31 días, o menos si su receta está indicada para menos días. (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). Si ha sido miembro del plan durante más de 90 días y necesita un medicamento que no figura en la Lista de medicamentos o si el plan ha impuesto algún tipo de restricción respecto de la cobertura del medicamento, cubriremos un suministro para 31 días, o menos si su receta está indicada para menos días.

Durante el tiempo en el que está obteniendo un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se agote este suministro temporal. Tal vez haya un medicamento diferente cubierto por el plan que podría funcionar igual de bien para usted. O bien, usted y su proveedor pueden solicitarle al plan que haga una excepción para usted y cubra el medicamento en la forma en que desearía que estuviera cubierto. Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, la Sección 7.4 del Capítulo 9 indica qué hacer.

Sección 9.3 ¿Qué sucede si se encuentra en un hospicio certificado por Medicare?

Los medicamentos nunca están cubiertos por el hospicio y nuestro plan al mismo tiempo. Si usted está inscrito en un hospicio de Medicare y requiere de un medicamento contra las náuseas,

un laxante, un analgésico o un ansiolítico que no está cubierto por su hospicio porque no está relacionado con su enfermedad terminal o 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 cubrir el medicamento. Para evitar demoras en la recepción de medicamentos no relacionados que deberían ser cubiertos por nuestro plan, puede pedirle a su hospicio o a la persona autorizada a dar recetas que se aseguren de que tengamos la notificación de que el medicamento no está relacionado antes de pedirle a la farmacia que 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 todos sus medicamentos. Para evitar demoras en la farmacia cuando finaliza un beneficio de hospicio de Medicare, presente la documentación en la farmacia para verificar su revocación o alta. Consulte las partes anteriores de esta sección que informan acerca de las normas para obtener la cobertura para medicamentos según la Parte D. En el Capítulo 6 *(Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D),* encontrará más información sobre la cobertura para medicamentos y lo que le corresponde pagar.

SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad y administración de los medicamentos

Sección 10.1	Programas para ayudar a los miembros a utilizar los medicamentos de forma segura

Llevamos a cabo revisiones sobre los usos de medicamentos para nuestros miembros para ayudarles a asegurarse de que estén recibiendo una atención segura y adecuada. Estas revisiones son especialmente importantes para los miembros que tienen más de un proveedor que les receta medicamentos.

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 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 indicadas para medicamentos que tienen ingredientes a los que usted es alérgico.
- Posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que esté tomando.
- 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 10.2 Programa de administración de medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a utilizar de forma segura sus medicamentos opioides

Tenemos un programa que puede ayudar a garantizar que nuestros miembros usen de forma segura sus medicamentos 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 varios médicos o farmacias, o si recientemente tuvo una sobredosis de opioides, podemos hablar con sus médicos para asegurarnos de que el uso de sus medicamentos opioides sea apropiado y médicamente necesario. Si, al trabajar con sus médicos, decidimos que el uso de los medicamentos opioides o las benzodiazepinas con receta no es seguro para usted, podemos limitar la forma en que puede obtener esos medicamentos. Las limitaciones pueden ser las siguientes:

- Requerirle que obtenga todas sus recetas de medicamentos opioides o benzodiazepinas en determinadas farmacias.
- Requerirle que obtenga todas sus recetas de medicamentos opioides o benzodiazepinas de determinados médicos.
- Limitar la cantidad de medicamentos opiáceos o benzodiazepinas que cubriremos para usted.

Si consideramos que una o más de estas limitaciones se deben aplicar a usted, le enviaremos una carta por adelantado. La carta incluirá información que explicará las limitaciones que creemos que deben aplicarse a usted. También tendrá la oportunidad de decirnos qué médicos 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 para 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 determinación de que está en riesgo de usar indebidamente los medicamentos con receta o con la limitación, usted y la persona autorizada a dar recetas tienen derecho a solicitar una apelación. Si decide apelar, revisaremos su caso y le daremos una 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, consulte el Capítulo 9.

Es posible que el DMP no se aplique a su caso si tiene ciertas afecciones médicas, como cáncer o anemia drepanocítica, si está recibiendo atención en un hospicio, cuidados paliativos, atención para el fin de la vida o si vive en un centro de atención a largo plazo.

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

Tenemos un programa que puede ayudar a nuestros miembros con necesidades de salud complejas.

Este programa es voluntario y gratuito para los miembros. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrollaron el programa para nosotros. Este programa puede ayudar a garantizar que nuestros miembros aprovechen al máximo el beneficio de los medicamentos que toman. Nuestro programa se denomina Programa de manejo del tratamiento farmacológico (MTM).

Algunos miembros que toman medicamentos para diferentes afecciones médicas y tienen costos altos de medicamentos, o están en un DMP para ayudarlos a usar los opioides de forma segura, pueden obtener los servicios de un programa de MTM. Un farmacéutico u otro profesional de la salud llevarán a cabo una revisión integral de sus medicamentos. Puede hablar sobre la mejor manera de tomar 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 de esta conversación. El resumen tiene un plan de acción para los medicamentos que recomienda lo que puede hacer para aprovechar sus medicamentos, también tiene lugar para que tome notas o escriba las preguntas de seguimiento. También obtendrá una lista de medicamentos personal que incluirá todos los medicamentos que está tomando 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 programar una revisión de los medicamentos antes de su consulta anual de “bienestar”, para que pueda hablar con su médico sobre su plan de acción y su lista de medicamentos. Lleve su plan de acción y lista de medicamentos a su consulta o en cualquier momento que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica. También lleve su lista de medicamentos (por ejemplo, con su identificación) si concurre al hospital o a la sala de emergencias.

Si tenemos un programa que se adapte a sus necesidades, lo inscribiremos automáticamente en él y le enviaremos la información. Si usted decide no participar, notifíquelo y retiraremos su participación del programa. Si tiene preguntas sobre el programa, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros (en la contraportada de este documento, encontrará impresos los números de teléfono).

Capítulo 6

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

Capítulo 6. Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D

SECCIÓN 1 Introducción 175
Sección 1.1 Utilice este capítulo junto con la otra documentación que explica la cobertura para medicamentos 175
Sección 1.2 Tipos de costos que es posible que deba pagar de su bolsillo por los medicamentos cubiertos 176

SECCIÓN 2 El precio que paga por un medicamento depende de la "etapa de pago de medicamentos" en la que esté cuando obtiene el medicamento 177
Sección 2.1 ¿Cuáles son las etapas de pago de medicamentos para los miembros de Aetna Better Health of Virginia (HMO D-SNP)? 177

SECCIÓN 3 Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos y la etapa de pago en la que se encuentra 178
Sección 3.1 Le enviamos un resumen mensual llamado *Explicación de beneficios de la Parte D* ("EOB de la Parte D") 178
Sección 3.2 Ayúdenos a mantener al día nuestra información sobre sus pagos de los medicamentos 180

SECCIÓN 4 No existe un deducible para Aetna Better Health of Virginia (HMO D-SNP) 181
Sección 4.1 Usted no paga un deducible para sus medicamentos de la Parte D 181

SECCIÓN 5 Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga su parte 181
Sección 5.1 Lo que paga por un medicamento depende del medicamento en sí y de dónde surte la receta 181
Sección 5.2 Una tabla que muestra sus costos por un suministro para un mes de un medicamento 182
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 187
Sección 5.4 Una tabla que muestra sus costos por un suministro de un medicamento *a largo plazo* (para 100 días como máximo) 188

Sección 5.5 Permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que los costos totales anuales de sus medicamentos alcanzan los $4,430 189

SECCIÓN 6 Durante la Etapa del período sin cobertura, usted recibe un descuento en medicamentos de marca y paga no más del 25% de los costos totales de los medicamentos genéricos 190

Sección 6.1 Permanece en la Etapa del período sin cobertura hasta que los costos que paga de su bolsillo alcanzan los $7,050 190

Sección 6.2 Cómo calcula Medicare los gastos que paga de su bolsillo por los medicamentos con receta 191

SECCIÓN 7 Durante la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, el plan paga la mayor parte del costo de sus medicamentos 193

Sección 7.1 Una vez que esté en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, permanecerá en esta etapa durante el resto del año 193

SECCIÓN 8 Lo que usted paga por las vacunas cubiertas por la Parte D depende de cómo y dónde las obtiene 194

Sección 8.1 Nuestro plan puede tener una cobertura separada para el medicamento de las vacunas de la Parte D en sí y para el costo de la administración de la vacuna 194

Sección 8.2 Le recomendamos llamar al Departamento de Servicios para Miembros antes de administrarse una vacuna 196

¿Cómo obtener información sobre los costos de los medicamentos?
Debido a que usted es elegible para Medicaid, cumple los requisitos para recibir "Ayuda adicional" de Medicare para cubrir los costos de su plan de medicamentos con receta. Debido a que participa en el programa de "Ayuda adicional", **es posible que haya información que no se aplique a su caso en la *Evidencia de cobertura* sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D.** 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 con el fin de pagar los medicamentos con receta), también conocida como "Low Income Subsidy Rider" o "LIS Rider" (Cláusula adicional para subsidio por ingresos bajos o Cláusula adicional LIS), que le informa sobre la cobertura para sus medicamentos. Si no posee este inserto, llame al Departamento de Servicios para Miembros 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 Introducción

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

Este capítulo se centra en lo que usted paga por sus medicamentos con receta de la Parte D. Para simplificar las cosas, en este capítulo usamos el término "medicamento" en el sentido de un medicamento con receta de la Parte D. Como se explica en el Capítulo 5, no todos los medicamentos son medicamentos de la Parte D; algunos medicamentos están excluidos de la cobertura de la Parte D por ley. Algunos de los medicamentos excluidos de la cobertura de la Parte D están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare, o por Medicaid.

Para comprender la información de pago que le proporcionamos en este capítulo, usted necesita saber los conceptos básicos sobre qué medicamentos están cubiertos, dónde surtir sus recetas y cuáles son las normas a seguir cuando usted recibe sus medicamentos cubiertos. Entre los materiales que explican estos conceptos básicos, se incluyen los siguientes:

- **La *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan.** Para simplificar las cosas, a esto lo denominamos la "Lista de medicamentos".
    - Esta Lista de medicamentos indica qué medicamentos están cubiertos para usted.

  - También le dice en cuál de los 5 “niveles de costo compartido” se incluye el medicamento y si hay alguna restricción en su cobertura.
  - Si necesita una copia de la Lista de medicamentos, llame al Departamento de Servicios para Miembros (en la contraportada de este documento, encontrará impresos los números de teléfono). También puede encontrar la Lista de medicamentos en nuestro sitio web en AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary. La lista de medicamentos en el sitio web siempre es la más actualizada.
- **Capítulo 5 de este documento.** En el Capítulo 5 se proporcionan detalles sobre la cobertura para medicamentos con receta, incluidas las normas que debe cumplir para obtener los medicamentos cubiertos. El Capítulo 5 también indica qué tipos de medicamentos con receta no están cubiertos por nuestro plan.
- **El *Directorio de proveedores y farmacias* del plan.** En la mayoría de los casos, debe adquirir los medicamentos cubiertos en una farmacia de la red (para obtener más detalles, consulte el Capítulo 5). En el *Directorio de proveedores y farmacias* encontrará una lista de las farmacias de la red del plan. También le explica qué farmacias de nuestra red pueden ofrecerle un suministro a largo plazo de un medicamento (tal como obtener una receta para un suministro de tres meses).

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

Para que comprenda la información sobre los pagos que incluimos en este capítulo, debe conocer los tipos de costos que es posible que deba pagar de su bolsillo por los servicios cubiertos. El monto que usted paga por un medicamento se denomina “costo compartido”; hay tres maneras en las que se le puede solicitar que pague.

- El **“deducible”** es el monto que debe pagar 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”** significa que usted paga un porcentaje del costo total del medicamento cada vez que surte una receta.

SECCIÓN 2 El precio que paga por un medicamento depende de la "etapa de pago de medicamentos" en la que esté cuando obtiene el medicamento

Sección 2.1	¿Cuáles son las etapas de pago de medicamentos para los miembros de Aetna Better Health of Virginia (HMO D-SNP)?

Tal y como se muestra en la tabla a continuación, hay "etapas de pago de los medicamentos" en su cobertura para medicamentos con receta de la Parte D de Medicare, en virtud de Aetna Better Health of Virginia (HMO D-SNP). El monto que paga por un medicamento depende de la etapa en que se encuentre en el momento que obtenga un medicamento con receta o un resurtido.

Etapa 1 *Etapa del deducible anual*	**Etapa 2** *Etapa de cobertura inicial*	**Etapa 3** *Etapa del período sin cobertura*	**Etapa 4** *Etapa de cobertura en situaciones catastróficas*
Dado que el plan no tiene deducible, esta etapa de pago no se aplica en su caso.	Comienza en esta etapa cuando obtiene la primera receta del año. Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo total de los medicamentos y **usted paga su parte del costo.**	Durante esta etapa, usted paga el 25% del precio de sus medicamentos de marca (además de una parte del costo de suministro) y el 25% del precio de los medicamentos genéricos.	En esta etapa, **el plan pagará la mayor parte de los costos** de sus medicamentos durante el resto del año calendario (hasta el 31 de diciembre de 2022). (Puede ver los detalles en la Sección 7 de este capítulo).

Etapa 1 *Etapa del deducible anual*	**Etapa 2** *Etapa de cobertura inicial*	**Etapa 3** *Etapa del período sin cobertura*	**Etapa 4** *Etapa de cobertura en situaciones catastróficas*
	Permanece en esta etapa hasta que los **"costos totales de los medicamentos"** del año hasta la fecha (sus pagos más los pagos de la Parte D del plan) alcancen los $4,430. (Puede ver los detalles en la Sección 5 de este capítulo).	Permanece en esta etapa hasta que los **"costos que paga de su bolsillo"** del año hasta la fecha (sus pagos) alcancen un total de $7,050. Medicare ha establecido este monto y las normas para que los costos se tengan en cuenta para este monto. (Puede ver los detalles en la Sección 6 de este capítulo).	

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

Sección 3.1 Le enviamos un resumen mensual llamado *Explicación de beneficios de la Parte D* ("EOB de la Parte D")

Nuestro plan hace un seguimiento de los costos de sus medicamentos con receta y de los pagos que ha efectuado cuando obtiene sus medicamentos con receta o un resurtido en la farmacia. De esta manera, podemos decirle cuándo ha pasado de una etapa de pago de medicamentos a la

siguiente etapa. En particular, hay dos tipos de costos de los que hacemos un seguimiento, como los siguientes:

- Llevamos un registro de cuánto ha pagado. A esto se lo denomina costo **"que paga de su bolsillo"**.
- Llevamos un registro de sus **"costos totales de los medicamentos".** Esta es la cantidad que paga de su bolsillo o que otros pagan en su nombre más la cantidad pagada por el plan.

Nuestro plan preparará un resumen por escrito denominado *Explicación de beneficios de la Parte D* (en ocasiones, se denomina "EOB de la Parte D") cuando haya obtenido uno o más medicamentos con receta a través del plan durante el mes anterior. La EOB de la Parte D proporciona más información sobre los medicamentos que usted toma, como los aumentos en el precio y otros medicamentos con un costo compartido más bajo que pueden estar disponibles. Debe consultar con la persona autorizada a emitir recetas sobre estas opciones de menor costo. La Explicación de beneficios (EOB) de la Parte D incluye lo siguiente:

- **Información para ese mes**. Este informe proporciona los detalles de pago sobre las recetas que surtió el mes anterior. Muestra el total de costos de los medicamentos, lo que el plan pagó y lo que usted y otros pagaron en su nombre.
- **Los totales para el año desde el 1 de enero.** A esto se lo denomina información "del año hasta la fecha". Muestra los costos totales de los medicamentos y los pagos totales por sus medicamentos desde el inicio del año.
- **Información sobre el precio de los medicamentos.** En esta información, se mostrará el precio total del medicamento y cualquier cambio en el porcentaje desde que se obtiene el primer suministro para cada reclamación de medicamento con receta de la misma cantidad.
- **Medicamentos con receta alternativos de menor costo disponibles.** Esto incluirá información sobre otros medicamentos con costos compartidos menores para cada reclamación de medicamentos con receta que pueda estar disponible.

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

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

- **Muestre su tarjeta de miembro cuando obtenga un medicamento con receta.** Para asegurarse de que sabemos acerca de las recetas que está surtiendo y lo que está pagando, muestre su tarjeta de miembro del plan cada vez que surta su receta.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** Es posible que, en ocasiones, usted deba pagar los medicamentos con receta cuando no recibamos 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, puede darnos copias de los recibos de los medicamentos que ha comprado. (Si se le factura por un medicamento cubierto, puede pedirle a nuestro plan que pague la parte que nos corresponde del costo del medicamento. Para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo, vaya a la Sección 2 del Capítulo 7 de este documento). Estos son algunos de los tipos de situaciones en las que es posible que quiera darnos copias de sus recibos de medicamentos para asegurarse de que tengamos un registro completo de lo que ha gastado en sus medicamentos:
    - Cuando usted compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuento que no sea parte del beneficio de nuestro plan.
    - Cuando realiza un copago por los medicamentos que se proporcionan en virtud de un programa de asistencia del fabricante del medicamento para el paciente.
    - Cada vez que compre medicamentos cubiertos en una farmacia fuera de la red u otras veces que pague el precio total de un medicamento cubierto en circunstancias especiales.
- **Envíenos la información sobre los pagos que terceros hayan realizado por usted.** Los pagos realizados por otras personas y organizaciones también se tienen en cuenta en los costos que paga de su bolsillo y lo ayudan a calificar para la cobertura en situaciones catastróficas. 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), por el Servicio de Salud Indígena y por la mayoría de las organizaciones benéficas. Le recomendamos que 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 *Explicación de beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D) por correo, revísela para asegurarse de que la información

esté completa y sea correcta. Si considera que el informe está incompleto o si tiene alguna pregunta, llame al Departamento de Servicios para Miembros (en la contraportada de este documento, encontrará impresos los números de teléfono). Asegúrese de guardar estos informes. Son un registro importante de sus gastos en medicamentos.

SECCIÓN 4 No existe un deducible para Aetna Better Health of Virginia (HMO D-SNP)

Sección 4.1	Usted no paga un deducible para sus medicamentos de la Parte D

No existe un deducible para Aetna Better Health of Virginia (HMO D-SNP). Usted comienza en la Etapa de cobertura inicial cuando surte la primera receta del año. Consulte la Sección 5 para obtener información sobre su cobertura en la Etapa de cobertura inicial.

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

Sección 5.1	Lo que paga por un medicamento depende del medicamento en sí y de dónde surte la receta

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

El plan tiene 5 niveles de costo compartido
Todos los medicamentos de la Lista de medicamentos del 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: Medicamentos genéricos preferidos**
  Nuestro nivel de costo compartido más bajo incluye muchos medicamentos genéricos de menor costo.
- **Nivel 2: Medicamentos genéricos**
  Incluye medicamentos genéricos de mayor costo.

- **Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos**
  Incluye muchos medicamentos de marca económicos comunes y algunos medicamentos genéricos que cuestan lo mismo que los de marca.
- **Nivel 4: Medicamentos no preferidos**
  Incluye medicamentos de marca y genéricos con un costo mayor para los que, normalmente, existen alternativas menos costosas.
- **Nivel 5: Medicamentos especializados**
  Nuestro nivel de costo compartido más alto incluye medicamentos genéricos y de marca de alto costo que cumplen con la definición de medicamento especializado de Medicare.

Para saber en qué nivel de costo compartido está su medicamento, búsquelo en la Lista de medicamentos del 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 de nuestro plan.
- Una farmacia minorista que no está en la red de nuestro plan.
- Una farmacia de pedidos por correo del plan.

Para obtener más información sobre las opciones de farmacias y el surtido de recetas, consulte el Capítulo 5 de este documento y el *Directorio de proveedores y farmacias* del plan.

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

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

- El **"copago"** es un monto fijo que paga cada vez que obtiene un medicamento con receta.
- El **"coseguro"** significa que usted paga un porcentaje del costo total del medicamento cada vez que surte una receta.

Como se muestra en la siguiente tabla, el monto del copago o del coseguro depende del nivel de costo compartido en el que está su medicamento. Tenga en cuenta lo siguiente:

- Si el medicamento cubierto cuesta menos que el monto del copago que figura en el cuadro, usted pagará ese precio inferior por el medicamento. Usted paga el precio completo del medicamento *o* el monto del copago, *el que sea menor*.

- Cubrimos medicamentos con receta obtenidos en farmacias fuera de la red solamente en situaciones limitadas. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para obtener información sobre cuándo cubriremos un medicamento con receta obtenido en una farmacia fuera de la red.

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

Nivel	**Costo compartido minorista estándar (dentro de la red)** (un suministro para 30 días como máximo)	**Costo compartido de servicio de pedido por correo** (un suministro para 30 días como máximo)	**Costo compartido de atención a largo plazo (LTC)** (un suministro para 31 días como máximo)	**Costo compartido fuera de la red** (La cobertura se limita a ciertas situaciones; consulte el Capítulo 5 para obtener más detalles). (un suministro para 10 días como máximo)
Nivel 1 de costo compartido (Medicamentos genéricos preferidos)*	Copago de $0	Copago de $0	Copago de $0	Copago de $0
Nivel 2 de costo compartido (Medicamentos genéricos)*	Copago de $0	Copago de $0	Copago de $0	Copago de $0

Nivel	**Costo compartido minorista estándar (dentro de la red)** (un suministro para 30 días como máximo)	**Costo compartido de servicio de pedido por correo** (un suministro para 30 días como máximo)	**Costo compartido de atención a largo plazo (LTC)** (un suministro para 31 días como máximo)	**Costo compartido fuera de la red** (La cobertura se limita a ciertas situaciones; consulte el Capítulo 5 para obtener más detalles). (un suministro para 10 días como máximo)
Nivel 3 de costo compartido (Medicamentos de marca preferidos)*	Copago de $46 *O BIEN* *Para medicamentos genéricos o de marca que se tratan como genéricos*: $0.00, $1.35 o $3.95 *Para medicamentos de marca:* $0.00, $4.00 o $9.85	Copago de $46 *O BIEN* *Para medicamentos genéricos o de marca que se tratan como genéricos*: $0.00, $1.35 o $3.95 *Para medicamentos de marca:* $0.00, $4.00 o $9.85	Copago de $46 *O BIEN* *Para medicamentos genéricos o de marca que se tratan como genéricos*: $0.00, $1.35 o $3.95 *Para medicamentos de marca:* $0.00, $4.00 o $9.85	Copago de $46 *O BIEN* *Para medicamentos genéricos o de marca que se tratan como genéricos*: $0.00, $1.35 o $3.95 *Para medicamentos de marca:* $0.00, $4.00 o $9.85

Nivel	**Costo compartido minorista estándar (dentro de la red)** (un suministro para 30 días como máximo)	**Costo compartido de servicio de pedido por correo** (un suministro para 30 días como máximo)	**Costo compartido de atención a largo plazo (LTC)** (un suministro para 31 días como máximo)	**Costo compartido fuera de la red** (La cobertura se limita a ciertas situaciones; consulte el Capítulo 5 para obtener más detalles). (un suministro para 10 días como máximo)
Nivel 4 de costo compartido (Medicamentos no preferidos)*	Coseguro del 25% *O BIEN* *Para medicamentos genéricos o de marca que se tratan como genéricos*: $0.00, $1.35 o $3.95 *Para medicamentos de marca:* $0.00, $4.00 o $9.85	Coseguro del 25% *O BIEN* *Para medicamentos genéricos o de marca que se tratan como genéricos*: $0.00, $1.35 o $3.95 *Para medicamentos de marca:* $0.00, $4.00 o $9.85	Coseguro del 25% *O BIEN* *Para medicamentos genéricos o de marca que se tratan como genéricos*: $0.00, $1.35 o $3.95 *Para medicamentos de marca:* $0.00, $4.00 o $9.85	Coseguro del 25% *O BIEN* *Para medicamentos genéricos o de marca que se tratan como genéricos*: $0.00, $1.35 o $3.95 *Para medicamentos de marca:* $0.00, $4.00 o $9.85

Nivel	**Costo compartido minorista estándar (dentro de la red)** (un suministro para 30 días como máximo)	**Costo compartido de servicio de pedido por correo** (un suministro para 30 días como máximo)	**Costo compartido de atención a largo plazo (LTC)** (un suministro para 31 días como máximo)	**Costo compartido fuera de la red** (La cobertura se limita a ciertas situaciones; consulte el Capítulo 5 para obtener más detalles). (un suministro para 10 días como máximo)
Nivel 5 de costo compartido (Medicamentos especializados)*	Coseguro del 26% *O BIEN* *Para medicamentos genéricos o de marca que se tratan como genéricos*: $0.00, $1.35 o $3.95 *Para medicamentos de marca:* $0.00, $4.00 o $9.85	Coseguro del 26% *O BIEN* *Para medicamentos genéricos o de marca que se tratan como genéricos*: $0.00, $1.35 o $3.95 *Para medicamentos de marca:* $0.00, $4.00 o $9.85	Coseguro del 26% *O BIEN* *Para medicamentos genéricos o de marca que se tratan como genéricos*: $0.00, $1.35 o $3.95 *Para medicamentos de marca:* $0.00, $4.00 o $9.85	Coseguro del 26% *O BIEN* *Para medicamentos genéricos o de marca que se tratan como genéricos*: $0.00, $1.35 o $3.95 *Para medicamentos de marca:* $0.00, $4.00 o $9.85

** El costo compartido se basa en su nivel de Ayuda adicional.*

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

Por lo general, el monto que paga por un medicamento con receta cubre el suministro para un mes completo de un medicamento cubierto. Sin embargo, su médico le puede recetar un suministro de un medicamento para menos de un mes. Es posible que, en algunos casos, desee pedirle a su médico que le recete un suministro de un medicamento para menos de un mes (por ejemplo, cuando prueba por primera vez un medicamento que produce efectos secundarios). Si su médico le receta un suministro para menos de un mes completo, usted no tendrá que pagar el suministro de determinados medicamentos para un mes completo.

El monto que paga cuando obtiene un suministro para menos de un mes completo dependerá de si usted es responsable de pagar un coseguro (un porcentaje del costo total) o un copago (un monto fijo en dólares).

- Si usted es responsable de pagar un coseguro, paga un *porcentaje* del costo total del medicamento. Usted paga el mismo porcentaje independientemente de que la receta sea para un suministro para un mes completo o para menos días. Sin embargo, debido a que el costo total de un medicamento será menor si obtiene un suministro para menos de un mes completo, el *monto* que usted paga será menor.
- Si usted es responsable de pagar un copago por el medicamento, este se basará en la cantidad de días del medicamento que recibe. Calcularemos 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.
    - A continuación, le presentamos un ejemplo: supongamos que el copago de su medicamento para un mes completo (un suministro para 30 días) es de $30. Esto significa que la cantidad que paga por día por su medicamento es de $1. Si recibe un suministro del medicamento para 7 días, su pago será $1 por día multiplicado por 7 días, es decir, el pago total será de $7.

El costo compartido diario le permite asegurarse de que un medicamento funciona para usted antes de tener que pagar el suministro para un mes completo. También puede pedirle a su médico que le recete y a su farmacéutico que le entregue un suministro para menos de un mes completo de un medicamento o varios, si esto lo ayuda a planificar mejor las fechas de resurtido de diferentes recetas para no tener que ir tantas veces a la farmacia. El monto que usted pague dependerá de la cantidad de días del suministro que reciba.

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

Para algunos medicamentos, puede obtener un suministro a largo plazo (también denominado "suministro extendido") cuando obtiene su medicamento con receta. Un suministro a largo plazo es un suministro de 100 días como máximo. (Para conocer más detalles sobre dónde y cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento, consulte la Sección 2.4 del Capítulo 5).

La siguiente tabla muestra lo que usted paga cuando recibe el suministro a largo plazo (para 100 días como máximo) de un medicamento.

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

Nivel	**Costo compartido minorista estándar (dentro de la red)** (suministro para 100 días como máximo)	**Costo compartido de servicio de pedido por correo** (un suministro para 100 días como máximo)
Nivel 1 de costo compartido (Medicamentos genéricos preferidos)*	Copago de $0	Copago de $0
Nivel 2 de costo compartido (Medicamentos genéricos)*	Copago de $0	Copago de $0
Nivel 3 de costo compartido (Medicamentos de marca preferidos)*	Copago de $138 *O BIEN* *Para medicamentos genéricos o de marca que se tratan como genéricos*: $0.00, $1.35 o $3.95 *Para medicamentos de marca:* $0.00, $4.00 o $9.85	Copago de $138 *O BIEN* *Para medicamentos genéricos o de marca que se tratan como genéricos*: $0.00, $1.35 o $3.95 *Para medicamentos de marca:* $0.00, $4.00 o $9.85

Nivel	**Costo compartido minorista estándar (dentro de la red)** (suministro para 100 días como máximo)	**Costo compartido de servicio de pedido por correo** (un suministro para 100 días como máximo)
Nivel 4 de costo compartido (Medicamentos no preferidos)*	Coseguro del 25% *O BIEN* *Para medicamentos genéricos o de marca que se tratan como genéricos*: $0.00, $1.35 o $3.95 *Para medicamentos de marca:* $0.00, $4.00 o $9.85	Coseguro del 25% *O BIEN* *Para medicamentos genéricos o de marca que se tratan como genéricos*: $0.00, $1.35 o $3.95 *Para medicamentos de marca:* $0.00, $4.00 o $9.85
Nivel 5 de costo compartido (Medicamentos especializados)*	El suministro a largo plazo no se encuentra disponible para los medicamentos de Nivel 5.	

** El costo compartido se basa en su nivel de Ayuda adicional.*

Sección 5.5	Permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que los costos totales anuales de sus medicamentos alcanzan los $4,430

Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que el monto total correspondiente a los medicamentos con receta que ha obtenido y resurtido alcance el **límite de $4,430 para la Etapa de cobertura inicial.**

Su costo total de medicamentos se basa en la suma de lo que usted ha pagado y lo que algún plan de la Parte D ha pagado:

- **Lo que usted ha pagado** por todos los medicamentos cubiertos que ha recibido desde que comenzó con la primera compra de medicamentos del año. (Consulte la Sección 6.2 para obtener más información sobre cómo Medicare calcula los costos que paga de su bolsillo). Esto incluye lo siguiente:
    - El total que ha pagado como la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos durante la Etapa de cobertura inicial.

- **Lo que el plan ha pagado** como la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos durante la Etapa de cobertura inicial. (Si se inscribe en un plan diferente de la Parte D en cualquier momento en 2022, el monto que usted pagó durante la Etapa de cobertura inicial también se tiene en cuenta para los costos totales de los medicamentos).

La *Explicación de beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D) que le enviamos le ayudará a llevar un registro de lo que usted y el plan, como así también terceros, han gastado en su nombre durante el año. Muchas personas no alcanzan el límite anual de $4,430.

Le informaremos cuando alcance el monto de $4,430. Si alcanza este monto, saldrá de la Etapa de cobertura inicial y pasará a la Etapa del período sin cobertura.

SECCIÓN 6 Durante la Etapa del período sin cobertura, usted recibe un descuento en medicamentos de marca y paga no más del 25% de los costos totales de los medicamentos genéricos

Sección 6.1	Permanece en la Etapa del período sin cobertura hasta que los costos que paga de su bolsillo alcanzan los $7,050

Cuando está en la Etapa del período sin cobertura, el Programa de descuentos para el período sin cobertura de Medicare ofrece descuentos del fabricante para medicamentos de marca. Paga el 25% del precio negociado y una parte del costo de suministro de los medicamentos de marca. Tanto el monto que usted paga como el monto descontado por el fabricante se tienen en cuenta para los gastos que paga de su bolsillo como si usted hubiera pagado esa cantidad y lo desplaza a lo largo del período sin cobertura.

También recibe cierto grado de cobertura para los medicamentos genéricos. No paga más del 25% del costo de los medicamentos genéricos y el plan paga el resto del costo. Para los medicamentos genéricos, el monto pagado por el plan (75%) no se considera para los costos que paga de su bolsillo. Solo el monto que usted paga es considerado y lo desplaza a lo largo del período sin cobertura.

Usted sigue pagando el precio de descuento para medicamentos de marca y no más del 25% de los costos de medicamentos genéricos hasta que el total anual de lo que paga de su bolsillo llegue a la cantidad máxima que ha fijado Medicare. En 2022, ese monto es de $7,050.

Medicare tiene normas acerca de lo que cuenta y lo que *no* cuenta como costos que paga de su bolsillo. Cuando alcanza el límite de $7,050 de lo que paga de su bolsillo, usted sale de la Etapa del período sin cobertura y pasa a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

Sección 6.2	Cómo calcula Medicare los gastos que paga de su bolsillo por los medicamentos con receta

Estas son las normas de Medicare que debemos seguir cuando hacemos un seguimiento de los gastos que paga de su bolsillo por sus medicamentos.

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

Cuando suma los gastos que paga de su bolsillo, ***puede incluir*** *los pagos detallados a continuación (siempre y cuando correspondan a medicamentos cubiertos de la Parte D y usted haya cumplido las normas relacionadas con la cobertura para medicamentos, que se explican en el Capítulo 5 de este documento):*

- El monto que paga por los medicamentos cuando está en cualquiera de las siguientes etapas de pago de medicamentos:
  - Etapa de cobertura inicial.
  - Etapa del período sin cobertura.
- Cualquier pago que efectuó durante este año calendario como miembro de un plan de medicamentos con receta de Medicare diferente antes de inscribirse en nuestro plan.

Es importante quién paga, como en los siguientes casos:

- Si efectúa estos pagos **usted mismo,** se incluyen en los costos que paga de su bolsillo.
- Estos pagos *también se incluyen* si **otras personas u organizaciones** los efectúan en su nombre. Esto incluye los pagos por sus medicamentos realizados por un amigo o familiar, por la mayoría de las organizaciones benéficas, por programas de asistencia de medicamentos para el SIDA o por el Servicio de Salud Indígena. También se incluyen los pagos hechos por el programa de “Ayuda adicional” de Medicare.
- Se incluyen algunos de los pagos realizados por el Programa de descuentos para el período sin cobertura de Medicare. Se incluye el monto que el fabricante paga por los medicamentos de marca. Pero no se incluye el monto que el plan paga por sus medicamentos genéricos.

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 $7,050 dentro del año calendario, pasará de la Etapa del período sin cobertura a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

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

Cuando suma los costos que debe pagar de su bolsillo, **no se le permite incluir** ninguno de estos tipos de pagos de medicamentos con receta:

- 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 las Parte A y B, y otros medicamentos excluidos de la cobertura de Medicare.
- Pagos que realiza para los medicamentos con receta que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos con receta de Medicare.
- Pagos realizados por el plan para sus medicamentos genéricos o de marca mientras estaba en el período sin cobertura.
- Pagos por sus medicamentos que realizan los planes de salud grupal, incluidos los planes de salud del empleador.
- Pagos de sus medicamentos hechos por ciertos planes de seguro y programas de salud financiados por el gobierno, como TRICARE y Asuntos de Veteranos.
- Pagos por sus medicamentos realizados por un tercero con la obligación legal de pagar los costos de los medicamentos con receta (por ejemplo, compensación laboral).

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. Llame al Departamento de Servicios para Miembros para informarnos (en la contraportada de este documento, encontrará impresos los números de teléfono).

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

- **Nosotros lo ayudaremos**. El resumen de la *Explicación de beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D) que le enviamos incluye el monto actual de los costos que paga de su bolsillo (la Sección 3 de este capítulo incluye información sobre este informe). Cuando haya pagado de su bolsillo el total de $7,050 para el año, este informe le explicará que ha pasado de la Etapa del período sin cobertura a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** En la Sección 3.2 se describe lo que usted puede hacer para asegurarse de que los registros que tengamos de lo que ha gastado estén completos y actualizados.

SECCIÓN 7 Durante la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, el plan paga la mayor parte del costo de sus medicamentos

Sección 7.1	Una vez que esté en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, permanecerá en esta etapa durante el resto del año

Usted reúne los requisitos para la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas cuando los costos que paga de su bolsillo hayan alcanzado el límite de $7,050 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.

Si recibe “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos con receta, sus costos de los medicamentos cubiertos dependerán del nivel de “Ayuda adicional” que reciba. Durante esta etapa, su parte del costo de un medicamento cubierto será:

- $0; *o bien,*
- El monto que sea *mayor* entre un coseguro y un copago:
  - *Ya sea* un coseguro del 5% del costo total del medicamento.
  - *O bien,* $3.95 para un medicamento genérico o un medicamento que se trata como genérico, y $9.85 para todos los demás medicamentos.
  - **Nuestro plan paga el resto** del costo.

SECCIÓN 8 Lo que usted paga por las vacunas cubiertas por la Parte D depende de cómo y dónde las obtiene

Sección 8.1	Nuestro plan puede tener una cobertura separada para el medicamento de las vacunas de la Parte D en sí y para el costo de la administración de la vacuna

Nuestro plan brinda cobertura para varias vacunas de la Parte D. También cubrimos vacunas que se consideran beneficios médicos. Para obtener más información sobre la cobertura de estas vacunas, consulte la Tabla de beneficios médicos en la Sección 2.1 del Capítulo 4.

Hay dos partes de nuestra cobertura de vacunas de la Parte D, que son las siguientes:

- La primera parte de la cobertura cubre el costo **del medicamento de la vacuna en sí**. La vacuna es un medicamento con receta.
- La segunda parte de la cobertura cubre el costo de **la administración de la vacuna**. (A veces se le denomina “administración” de la vacuna).

¿Qué es lo que paga por una vacuna de la Parte D?
Lo que usted paga por una vacuna de la Parte D depende de tres elementos:

1. **El tipo de vacuna** (para qué se la administran).
    - Algunas vacunas se consideran beneficios médicos. Puede averiguar acerca de la cobertura de estas vacunas consultando el Capítulo 4, *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)*.
    - Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan.
2. **Dónde obtiene el medicamento de la vacuna.**
3. **Quién le administra la vacuna.**

Lo que paga en el momento en que se le administra la vacuna de la Parte D puede variar según las circunstancias. Entre algunos de los ejemplos, se incluyen los siguientes:

- A veces, cuando obtiene la vacuna, deberá pagar el costo total tanto del medicamento de la vacuna en sí como el de su administración. Puede solicitarle a nuestro plan que le devuelva la parte que le corresponde pagar del costo.
- Otras veces, cuando recibe el medicamento de la vacuna o la administración de esta, tendrá que pagar solo su parte del costo.

Para mostrar cómo funciona, existen tres formas comunes de recibir la administración de una vacuna de la Parte D. Recuerde que usted es responsable de todos los costos asociados con las vacunas (incluida su administración) durante la Etapa del deducible y del período sin cobertura de su beneficio.

Situación 1: Usted compra la vacuna de la Parte D en la farmacia y se le administra la vacuna 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 administren vacunas).

- Usted deberá pagarle a la farmacia el monto de su coseguro o copago por la vacuna y el costo de su administración.
- 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, pagará por el costo total de la vacuna y su administración.
- Entonces, podrá pedirle a nuestro plan que le reembolse mediante los procedimientos descritos en el Capítulo 7 de este documento *(Cómo solicitarnos que paguemos una factura que usted recibió en concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos).*
- Se le reembolsará el monto que pagó, menos el coseguro o copago normal por la vacuna (incluida la administración), menos la diferencia que exista 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 en la farmacia y luego la lleva al consultorio de su médico, donde se le administrará.

- Usted deberá pagarle a la farmacia el monto de su coseguro o copago por la vacuna en sí.
- Cuando su médico le administre la vacuna, usted deberá pagar el costo total por este servicio. Entonces, podrá solicitarle a nuestro plan que le reembolse mediante los procedimientos descritos en el Capítulo 7 de este documento.
- Se le reembolsará el importe cobrado por el médico por administrarle la vacuna.

Sección 8.2	Le recomendamos llamar al Departamento de Servicios para Miembros antes de administrarse una vacuna

Las normas para la cobertura de las vacunas son complicadas. Estamos aquí para ayudar. Le recomendamos que nos llame primero al Departamento de Servicios para Miembros cuando esté planeando vacunarse. (En la contraportada de este documento, encontrará impresos los números de teléfono del Departamento de Servicios para Miembros).

- Le podemos decir cómo nuestro plan cubre su vacunación.
- Le podemos decir cómo mantener su propio costo bajo si acude a proveedores y farmacias de nuestra red.
- Si no puede utilizar un proveedor o una farmacia de la red, podemos decirle lo que debe hacer para solicitarnos un reembolso.

Capítulo 7

Cómo solicitarnos que paguemos una factura que usted recibió en concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos

Capítulo 7. Cómo solicitarnos que paguemos una factura que usted recibió en concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos sus servicios o medicamentos cubiertos 199

Sección 1.1 Si usted paga los servicios o medicamentos cubiertos, o recibe una factura, puede solicitarnos el reembolso 199

SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que recibió 201

Sección 2.1 Cómo y adónde debe enviarnos su solicitud de pago 201

SECCIÓN 3 Analizaremos su solicitud de pago y decidiremos si le pagaremos o no ... 202

Sección 3.1 Comprobamos si debemos cubrir el servicio o el medicamento 202

Sección 3.2 Si le comunicamos que no pagaremos el medicamento o la atención médica, puede presentar una apelación 203

SECCIÓN 4 Otras situaciones en las que debe guardar sus recibos y enviarnos copias 203

Sección 4.1 En algunos casos, debe enviarnos copias de sus recibos para ayudarnos a llevar un registro de los costos de los medicamentos que paga de su bolsillo ... 203

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos sus servicios o medicamentos cubiertos

Sección 1.1 Si usted paga los servicios o medicamentos cubiertos, o recibe una factura, puede solicitarnos el reembolso

Los proveedores de nuestra red le facturan directamente al plan los servicios y medicamentos cubiertos. Si recibe una factura por la atención médica o los medicamentos que recibió, debe enviarnos la factura para que podamos pagarla. Cuando nos envíe la factura, la examinaremos y decidiremos si los servicios deben ser cubiertos. Si decidimos que deben ser cubiertos, le pagaremos al proveedor directamente.

Si ya ha pagado por un servicio o producto de Medicare cubierto por el 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 por los servicios médicos o medicamentos que están cubiertos por nuestro plan. Cuando nos envíe la factura que ya pagó, la examinaremos y decidiremos si los servicios deben ser cubiertos. Si decidimos que deben ser cubiertos, le reembolsaremos los costos de los servicios o los medicamentos.

Estos son ejemplos de situaciones en las que puede que necesite solicitarle al plan que le reembolse o que pague una factura que ha recibido.

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

Usted puede recibir servicios de emergencia de cualquier proveedor, independientemente de que este sea parte de nuestra red o no. Cuando recibe atención de emergencia o de urgencia de un proveedor que no pertenece a nuestra red de servicios, debe pedirle al proveedor que le facture al plan.

- Si usted paga el monto total en el momento de recibir el servicio, debe pedirnos que le reembolsemos. Envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya efectuado.
- Es posible que algunas veces reciba una factura del proveedor en la que le pide pagar 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 al 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 ha pagado una factura a un proveedor de la red, envíenosla junto con la documentación de cualquier pago que haya hecho. Debe pedirnos que le reembolsemos.

3. Si está inscrito retroactivamente en nuestro plan
Algunas veces, la inscripción de una persona en un plan es retroactiva. (Retroactiva significa que el primer día de la inscripción ya había pasado. La fecha de inscripción pudo incluso haber sido el año pasado).

Si se inscribió retroactivamente en nuestro plan y pagó de su bolsillo por sus medicamentos o servicios cubiertos después de la fecha de inscripción, puede solicitarnos que le reembolsemos. Deberá enviarnos la documentación correspondiente para el reembolso. Para obtener información sobre cómo solicitar la devolución y las fechas de vencimiento para realizar la solicitud, póngase en contacto con el Departamento de Servicios para Miembros. (En la contraportada de este documento, encontrará impresos los números de teléfono del Departamento de Servicios para Miembros).

4. Cuando utiliza una farmacia fuera de la red para obtener medicamentos con receta
Si acude a una farmacia fuera de la red y trata de usar su tarjeta de miembro para obtener un medicamento con receta, es posible que la farmacia no pueda presentarnos la reclamación directamente. Si esto sucede, usted deberá pagar el costo total de sus medicamentos con receta. (Solo cubrimos los medicamentos con receta presentados en farmacias fuera de la red en muy pocas situaciones. Para obtener más información, consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5). Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso.

5. Cuando usted paga el costo total de un medicamento con receta porque no lleva con usted su tarjeta de miembro del plan
Si usted no lleva con usted su tarjeta de miembro del plan, puede pedirle a la farmacia que llame al plan o busque la información de inscripción del plan. Sin embargo, si la farmacia no puede obtener la información sobre la inscripción que necesita de inmediato, es posible que deba pagar usted mismo el costo total de la receta. Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso.

6. Cuando usted paga el costo total de un medicamento con receta en otras situaciones
Usted puede pagar el costo total de la 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 (Formulario)* del 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 que necesitemos obtener más información de su médico para reembolsarle.

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 debe estar cubierto, pagaremos por el servicio o medicamento. Si rechazamos su solicitud de pago, usted puede apelar nuestra decisión. En el Capítulo 9 de este documento *(Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos]),* se incluye información sobre cómo presentar una apelación.

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

Sección 2.1 Cómo y adónde debe enviarnos su solicitud de pago

Envíenos su solicitud de pago junto con 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.

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

- No tiene que utilizar el formulario, pero nos será útil para procesar la información de manera más rápida.
- Llame al Departamento de Servicios para Miembros y solicite el formulario. (En la contraportada de este documento, encontrará impresos los números de teléfono del Departamento de Servicios para Miembros).

Para reclamaciones médicas: envíenos su solicitud de pago, junto con cualquier factura o recibo pagado, a la siguiente dirección:

Aetna Better Health of Virginia (HMO D-SNP)
7400 W Campus Rd
New Albany, OH 43054

Debe presentarnos sus reclamaciones médicas dentro de los 12 meses a partir de la fecha en que recibió el servicio, producto o medicamento de la Parte B.

Para reclamaciones de medicamentos con receta de la Parte D: envíenos su solicitud de pago, junto con cualquier factura o recibo pagado, a la siguiente dirección:

Aetna Better Health of Virginia (HMO D-SNP)
PO Box 52446
Phoenix, AZ 85072-2446

Debe presentarnos sus reclamaciones de medicamentos con receta de la Parte D dentro de los 36 meses a partir de la fecha en que recibió el servicio, producto o medicamento de la Parte D.

Si tiene alguna pregunta, póngase en contacto con el Departamento de Servicios para Miembros (en la contraportada de este documento, encontrará impresos los números de teléfono). Si recibe facturas y no sabe qué hacer con esas facturas, podemos ayudarlo. También puede llamar si desea darnos más información acerca de una solicitud de pago que nos haya enviado.

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

Sección 3.1 Comprobamos si debemos cubrir el servicio o el medicamento

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

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento están cubiertos y que usted ha seguido todas las normas para obtener la atención o el medicamento, pagaremos por el servicio. Si ya ha pagado por el servicio o medicamento, le enviaremos por correo su reembolso. Si aún no ha pagado por el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo el pago directamente al proveedor. (El Capítulo 3 explica las normas que debe seguir para obtener servicios médicos cubiertos. El Capítulo 5 explica las normas que debe seguir para obtener los medicamentos con receta de la Parte D cubiertos).

- Si tomamos la decisión de *no* cubrir la atención médica o el medicamento, o si usted *no* cumplió todas las normas, no pagaremos la atención o el medicamento. En su lugar, le enviaremos una carta en la que se le explican las razones por las que no le estamos enviando el pago que solicitó y su derecho a apelar esa decisión.

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

Si usted piensa que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago o no está de acuerdo 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.

Para obtener detalles sobre cómo presentar esta apelación, consulte el Capítulo 9 de este documento *(Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos])*. El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Si presentar una apelación es algo nuevo para usted, le será útil empezar por leer la Sección 5 del Capítulo 9. La Sección 5 es una sección introductoria que explica el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones, y proporciona definiciones de términos tales como “apelación”. Después de que haya leído la Sección 5, puede pasar a la Sección del Capítulo 9, que explica qué es lo que puede hacer en su caso:

- Si desea presentar una apelación acerca de cómo obtener el reembolso de un servicio médico, vaya a la Sección 6.3 del Capítulo 9.
- Si desea presentar una apelación acerca de cómo obtener el reembolso de un medicamento, vaya a la Sección 7.5 del Capítulo 9.

SECCIÓN 4 Otras situaciones en las que debe guardar sus recibos y enviarnos copias

Sección 4.1	En algunos casos, debe enviarnos copias de sus recibos para ayudarnos a llevar un registro de los costos de los medicamentos que paga de su bolsillo

Existen algunas situaciones en las que debe informarnos sobre los pagos que ha realizado por sus medicamentos. En estos casos, no nos está solicitando un pago. Más bien, nos está informando sus pagos para que podamos calcular correctamente los costos que paga de su bolsillo. Esto puede

ayudarlo a reunir las condiciones para la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas más rápidamente.

A continuación se presenta un ejemplo de una situación en la que debe enviarnos las copias de los recibos para informarnos sobre los pagos que ha realizado por sus medicamentos:

Cuando usted recibe un medicamento a través de un programa de asistencia al paciente de un fabricante de medicamentos

Algunos miembros están inscritos en un programa de asistencia al paciente de un fabricante de medicamentos fuera de los beneficios del plan. Si usted recibe un medicamento a través de un programa ofrecido por un fabricante de medicamentos, es posible que deba pagar un copago al programa de asistencia al paciente.

- Guarde su recibo y envíenos una copia para que podamos considerar los gastos de su bolsillo en su calificación para la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.
- **Tenga en cuenta lo siguiente:** Como usted está recibiendo el medicamento a través del programa de asistencia al paciente y no a través de los beneficios del plan, no pagaremos ninguna parte de los costos de estos medicamentos. El envío del recibo nos permite calcular correctamente los costos que paga de su bolsillo y puede ayudarlo a reunir más rápidamente las condiciones para la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

Puesto que no está solicitando un pago en el caso descrito anteriormente, esta situación no se considera como una decisión de cobertura. Por lo tanto, usted no puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión.

Capítulo 8

Sus derechos y responsabilidades

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos como miembro del plan 207
Sección 1.1 Debemos proporcionarle información de una manera que sea conveniente para usted (en otros idiomas además de español, en braille, en tamaño de letra grande o en otros formatos alternativos, etc.) 207
Sección 1.2 Debemos asegurarnos de que tenga acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos 207
Sección 1.3 Debemos proteger la privacidad de su información personal de salud 208
Sección 1.4 Debemos proporcionarle información acerca del plan, sus proveedores de la red y los servicios cubiertos 209
Sección 1.5 Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su atención 211
Sección 1.6 Usted tiene derecho a presentar reclamos y a pedirnos reconsiderar decisiones que hayamos tomado 213
Sección 1.7 ¿Qué puede hacer si siente que está siendo tratado injustamente o que sus derechos no son respetados? 213
Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos 214

SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan 214
Sección 2.1 ¿Cuáles son sus responsabilidades? 214

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos como miembro del plan

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

Para obtener información sobre nosotros de una manera que sea conveniente para usted, llame al Departamento de Servicios para Miembros (en la contraportada de este documento, encontrará impresos los números de teléfono).

Nuestro plan cuenta con personas y servicios de interpretación disponibles para responder a las preguntas de los miembros con discapacidades y que no hablan español. También podemos proporcionarle información en braille, en tamaño de letra grande o en otros formatos alternativos, sin costo alguno, si lo necesita. Debemos proporcionarle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Para obtener información sobre nosotros de una manera que sea conveniente para usted, llame al Departamento de Servicios para Miembros (en la contraportada de este documento, encontrará impresos los números de teléfono).

Si tiene alguna dificultad para obtener información sobre nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, llámenos para presentar una queja ante el Departamento de Servicios para Miembros (en la contraportada de este documento, encontrará impresos los números de teléfono). También puede presentar un reclamo ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles. Encontrará la información de contacto en esta *Evidencia de cobertura* o en este correo. También, puede comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros para obtener información adicional.

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

Como miembro de nuestro plan, usted tiene derecho a elegir un proveedor de atención primaria (PCP) de la red del plan que posibilite y coordine los servicios cubiertos (en el Capítulo 3 se presenta una explicación más amplia). Llame al Departamento de Servicios para Miembros para saber qué médicos aceptan pacientes nuevos (en la contraportada de este documento, encontrará impresos los números de teléfono). No requerimos que obtenga una remisión para consultar con los proveedores de la red.

Como miembro del plan, tiene derecho a programar citas con los proveedores de la red del plan y recibir los servicios cubiertos que estos le brinden *dentro de un plazo razonable*. Esto incluye el

derecho a recibir servicios oportunos de los especialistas cuando necesite dicha atención. También tiene derecho a surtir o resurtir sus recetas 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, la Sección 11 del Capítulo 9 de este documento le indica qué puede hacer. (Si hemos denegado la cobertura de su atención médica o medicamentos, y usted no está de acuerdo con nuestra decisión, la Sección 5 del 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.
- Las leyes que protegen su privacidad le otorgan derechos relacionados con la obtención de información y el control de cómo 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.
- En la mayoría de los casos, si le suministramos 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 antes de hacerlo.* El permiso por escrito puede ser dado por usted o por alguien a quien usted le haya dado el poder legal de tomar decisiones en su nombre.
- Hay ciertas excepciones que no nos obligan a obtener antes su permiso por escrito. Estas excepciones las permite o exige la ley.
    - Por ejemplo, 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 da a conocer su información para investigación u otros usos, esto se hará de acuerdo con los estatutos y reglamentaciones federales.

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

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

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su información personal de salud, llame al Departamento de Servicios para Miembros (en la contraportada de este documento, encontrará impresos los números de teléfono).

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

Como miembro de Aetna Better Health of Virginia (HMO D-SNP), tiene derecho a obtener de nosotros varios tipos de información. (Como se explicó anteriormente en la Sección 1.1, usted tiene derecho a que le proporcionemos información de una manera que sea conveniente para usted. Esto incluye la obtención de información en idiomas diferentes del español y en tamaño de letra grande o en otros formatos alternativos).

Si desea obtener cualquiera de los siguientes tipos de información, llame al Departamento de Servicios para Miembros (en la contraportada de este documento, encontrará impresos los números de teléfono):

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera del plan. También incluye información sobre el número de apelaciones hechas por los miembros y la calificación por estrellas del plan, incluida la forma en que ha sido calificado por los miembros del plan y cómo se compara con otros planes de salud de Medicare.
- **Información acerca de nuestros proveedores de la red, incluidas las farmacias de nuestra red.**
    - Por ejemplo, usted tiene derecho a obtener de nosotros información sobre las calificaciones de los proveedores y las farmacias de nuestra red y cómo les pagamos a los proveedores de nuestra red.
    - Para obtener una lista de los proveedores de la red del plan, consulte el *Directorio de proveedores y farmacias*.

- Para obtener una lista de las farmacias de la red del plan, consulte el *Directorio de proveedores y farmacias*.
- Para obtener información más detallada sobre los proveedores y las farmacias, puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros (en la contraportada de este documento, encontrará impresos los números de teléfono) o visitar nuestro sitio web en AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp.

- **Información acerca de su cobertura y las normas que debe seguir para usarla.**
  - En los Capítulos 3 y 4 de este documento, se explica qué servicios médicos tienen cobertura para usted, cualquier restricción a su cobertura, y qué normas debe seguir para obtener la cobertura de sus servicios médicos.
  - Para obtener más detalles sobre la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D, consulte los Capítulos 5 y 6 de este documento, y la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan. En estos capítulos, además de la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*, se describe qué medicamentos están cubiertos y las normas que debe cumplir, así como las restricciones que se aplican a la cobertura para determinados medicamentos.
  - Si tiene preguntas sobre las normas o restricciones, llame al Departamento de Servicios para Miembros (en la contraportada de este documento, encontrará impresos los números de teléfono).
- **Información sobre los motivos por lo que algo no está cubierto y lo que puede hacer al respecto.**
  - Si un servicio médico o medicamento de la Parte D no tiene cobertura para usted, o si su cobertura tiene algún tipo de restricción, puede pedirnos una explicación por escrito. Usted tiene derecho a esta explicación, incluso si recibió el servicio médico o el medicamento de un proveedor o farmacia fuera de la red.
  - Si usted no está satisfecho o si está en desacuerdo con una decisión que tomamos sobre qué atención médica o medicamento de la Parte D está cubierto para usted, tiene derecho a pedirnos que cambiemos la decisión. Nos puede pedir que cambiemos la decisión a través de una apelación. Para obtener más información sobre qué hacer si algo no está cubierto para usted de la manera que considera que debería estarlo, consulte el Capítulo 9 de este documento. Le proporciona los detalles sobre cómo presentar una apelación si desea que cambiemos nuestra decisión. (El Capítulo 9 también explica cómo presentar un reclamo sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera y otros asuntos).
  - Si quiere pedirle a nuestro plan que pague la parte correspondiente de una factura que recibió en concepto de atención médica o de medicamentos con receta de la Parte D, consulte el Capítulo 7 de este documento.

Sección 1.5 Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su atención

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

Tiene derecho a obtener toda la información completa de sus médicos y de otros proveedores de atención médica cuando solicite 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.** Esto significa que 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. Desde luego que, si rechaza el tratamiento o deja de tomar los medicamentos, usted acepta la responsabilidad plena de lo que le ocurra a su cuerpo como consecuencia de ello.
- **Recibir una explicación si se le deniega la cobertura para su atención.** Tiene derecho a que nosotros le brindemos una explicación si un proveedor ha denegado la atención que usted considera que debería recibir. Para recibir esta explicación, deberá pedirnos una decisión de cobertura. El Capítulo 9 de este documento indica cómo pedirle al plan una decisión de cobertura.

Usted tiene derecho a dar instrucciones sobre lo que debe hacerse si está inhabilitado para 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. 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 sus instrucciones con anticipación para estos casos se denominan **"instrucciones anticipadas".** Existen diferentes tipos de instrucciones anticipadas y nombres diferentes para ellas. Los documentos denominados **"testamento vital"** y **"poder de representación para las decisiones de atención médica"** son ejemplos de instrucciones anticipadas.

Si desea utilizar una "instrucción anticipada" para dar a conocer sus instrucciones, debe realizar lo siguiente:

- **Obtener el formulario.** Si desea preparar instrucciones anticipadas, puede pedirles un formulario a su abogado o al asistente social, o puede conseguir uno en algunas tiendas de artículos para oficina. A veces se pueden obtener formularios de instrucciones anticipadas de organizaciones que ofrecen información sobre Medicare.
- **Completarlo y firmarlo.** Independientemente del lugar donde obtenga este formulario, tenga en cuenta que se trata de un documento legal. Debe considerar solicitarle a un abogado que lo ayude a prepararlo.
- **Entregarles copias a las personas pertinentes.** Debe entregarles una copia del formulario a su médico y a la persona que nombre en el formulario como aquella que tome las decisiones por usted si usted no puede. Quizás desee darles copias a algunos amigos cercanos o miembros de la familia también. Asegúrese de guardar una copia en casa.

Si sabe con anticipación que deberá hospitalizarse y ha firmado instrucciones anticipadas, **lleve una copia cuando vaya al hospital.**

- Si usted ingresa al hospital, se le preguntará si ha firmado un formulario de instrucciones anticipadas y si lo lleva con usted.

- Si no ha firmado un formulario de instrucciones anticipadas, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntarán si desea firmar uno.

Recuerde que es su elección si desea llenar un formulario de instrucciones anticipadas (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 ha firmado instrucciones anticipadas y cree que un médico o el hospital no han respetado 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 **Anexo 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 o inquietud sobre la atención o los servicios cubiertos, el Capítulo 9 de este documento le indica lo que puede hacer. Proporciona los detalles sobre cómo tratar todo tipo de problemas y reclamos. Lo que debe hacer para el seguimiento de un problema o inquietud depende de la situación. Es posible que deba pedirle a nuestro plan tomar una decisión de cobertura para usted, presentar ante nosotros una apelación para cambiar una decisión de cobertura o presentar un reclamo. 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.**

Tiene derecho a obtener un resumen de información sobre las apelaciones y reclamos que otros miembros han presentado en el pasado en contra de nuestro plan. Para obtener esta información, llame al Departamento de Servicios para Miembros (en la contraportada de este documento, encontrará impresos los números de teléfono).

Sección 1.7	¿Qué puede hacer si siente que está siendo tratado injustamente o que sus derechos no son respetados?

Si se trata de discriminación, llame a la Oficina de Derechos Civiles
Si siente que no se 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, debe llamar a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Sociales al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697, o a su Oficina de Derechos Civiles local.

¿Se trata de algo diferente?
Si siente que ha sido tratado injustamente o que sus derechos no han sido respetados, *y no* se trata de discriminación, puede obtener ayuda para tratar el problema que está enfrentando, como la siguiente:

- Puede **llamar al Departamento de Servicios para Miembros** (en la contraportada de este documento, encontrará impresos los números de teléfono).
- Puede **llamar al Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP)**. Para obtener detalles sobre esta organización y cómo comunicarse con ella, vaya a la Sección 3 del Capítulo 2 o al **Anexo A** que está en la parte de atrás de este documento.
- O bien, **puede llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos

Hay varios lugares donde puede obtener más información sobre sus derechos, como los siguientes:

- Puede **llamar al Departamento de Servicios para Miembros** (en la contraportada de este documento, encontrará impresos los números de teléfono).
- Puede **llamar al SHIP.** Para obtener detalles sobre esta organización y cómo comunicarse con ella, vaya a la Sección 3 del Capítulo 2 o al **Anexo A** que está en la parte de atrás de este documento.
- Puede comunicarse con **Medicare.**
    - Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación “Medicare Rights & Protections” (Derechos y protecciones de Medicare). (La publicación está disponible en: www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf).
    - O bien, puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan

Sección 2.1 ¿Cuáles son sus responsabilidades?

Lo que tiene que hacer como miembro del plan se detalla a continuación. Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros (en la contraportada de este documento, encontrará impresos los números de teléfono). Estamos aquí para ayudar.

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las normas que debe seguir para obtenerlos.** En este documento sobre la *Evidencia de cobertura*, aprenderá lo que está cubierto y las normas que debe cumplir para obtener estos servicios cubiertos.
    - Los Capítulos 3 y 4 dan más detalles sobre sus servicios médicos, incluyendo lo que está cubierto, lo que no está cubierto, las normas a seguir y lo que paga.
    - Los Capítulos 5 y 6 dan más detalles sobre su cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.
- **Si, además de nuestro plan, tiene cobertura de otro seguro de salud u otra cobertura para medicamentos con receta, debe comunicárnoslo.** Llame al Departamento de Servicios para Miembros para informarnos (en la contraportada de este documento, encontrará impresos los números de teléfono).
    - Debemos seguir ciertas normas establecidas por Medicare y Medicaid para asegurarnos de que usted utilice la totalidad de su cobertura en combinación cuando obtenga los servicios cubiertos de nuestro plan. A esto se lo denomina **"coordinación de beneficios"** porque implica la coordinación de los beneficios de salud y medicamentos que obtiene de nuestro plan con cualquier otro beneficio de salud y medicamentos a su disposición. Le ayudaremos a coordinar sus beneficios. (Para obtener más información sobre la coordinación de beneficios, consulte la Sección 7 del Capítulo 1).
- **Dígales al médico y a otros proveedores de atención médica que está inscrito en nuestro plan.** Muestre la tarjeta de miembro del plan cada vez que obtenga atención médica o medicamentos con receta de la Parte D.
- **Permita que sus médicos y otros proveedores lo ayuden dándole información, haciendo preguntas y realizando un seguimiento de su atención médica.**
    - Para ayudar a que sus médicos y otros proveedores de atención médica le den la mejor atención, aprenda todo lo que pueda acerca de sus problemas de salud y proporcióneles la información que necesitan sobre usted y su 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 usted tiene preguntas, no dude en hacerlas. Se espera que sus médicos y otros proveedores de atención médica expliquen las cosas de una manera que usted pueda entender. Si hace una pregunta, pero no entiende la respuesta que recibió, pregunte nuevamente.
- **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 de Aetna Better Health of Virginia (HMO D-SNP), usted es responsable de estos pagos:
    - Para poder ser elegible para nuestro plan, usted debe tener la Parte A y la Parte B de Medicare. Para la mayoría de los miembros de nuestro plan, Medicaid paga sus primas de la Parte A (si no reúne los requisitos automáticamente) y sus primas de la Parte B. Si Medicaid no paga por usted las primas de Medicare, usted debe continuar pagando las primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan.
    - Para la mayoría de sus medicamentos cubiertos por el plan, usted debe pagar su parte del costo al recibir el medicamento. Este será un copago (un monto fijo) o un coseguro (un porcentaje del costo total). El Capítulo 6 le informa lo que usted debe pagar por sus medicamentos con receta de la Parte D.
    - Si recibe algún servicio médico o medicamento que no estén cubiertos por nuestro plan, o por otro seguro que pueda tener, debe pagar el costo total.
        - Si no está de acuerdo con nuestra decisión de negarle la cobertura de un servicio o medicamento, puede presentar una apelación. Consulte el Capítulo 9 de este documento para obtener información sobre cómo presentar una apelación.
    - Si debe pagar el monto adicional por la Parte D porque sus ingresos son más elevados (como se informa en su última declaración de impuestos), debe pagar este monto directamente al gobierno para seguir siendo miembro del plan.
- **Infórmenos si cambia de domicilio**. Si se va a mudar, es importante que nos lo comunique de inmediato. Llame al Departamento de Servicios para Miembros (en la contraportada de este documento, encontrará impresos los números de teléfono).
    - **Si se muda *fuera* del área de servicio del plan, no puede seguir siendo miembro de nuestro plan.** (El Capítulo 1 informa sobre nuestra área de servicio). Podemos ayudarlo a averiguar si se va a mudar fuera de nuestra área de servicio. Si se va de nuestra área de servicio, tendrá un Período de inscripción especial en el que puede inscribirse en cualquier plan de Medicare disponible en su área nueva. Podemos averiguar si contamos con algún plan en el área nueva.
    - **Incluso si se muda *dentro* del área de servicio, debemos saberlo** para mantener actualizado su registro de membresía y saber cómo podemos ponernos en contacto con usted.
    - Si se muda, también es importante que se lo comunique al Seguro Social (o a la Junta de jubilación para ferroviarios). Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto de estas organizaciones en el Capítulo 2.
- **Llame al Departamento de Servicios para Miembros para obtener ayuda si tiene preguntas o inquietudes**. También aceptamos con agrado cualquier sugerencia que pueda tener para mejorar nuestro plan.

- En la contraportada de este documento, encontrará impresos los números de teléfono y el horario de atención del Departamento de Servicios para Miembros.
- Para obtener más información sobre cómo comunicarse con nosotros, incluida nuestra dirección de correo postal, consulte el Capítulo 2.

Capítulo 9

Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

SECCIÓN 1 Introducción 222
Sección 1.1 Lo que debe hacer si tiene un problema o una inquietud 222
Sección 1.2 Acerca de los términos legales 222

SECCIÓN 2 Usted puede obtener ayuda de organizaciones gubernamentales no relacionadas con nosotros 223
Sección 2.1 Dónde obtener más información y asistencia personalizada 223

SECCIÓN 3 Explicación de los reclamos y las apelaciones de Medicare y Medicaid de nuestro plan 224

PROBLEMAS RELACIONADOS CON SUS BENEFICIOS 224

SECCIÓN 4 Decisiones de cobertura y apelaciones 224
Sección 4.1 ¿Debe usar el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones? ¿O desea presentar un reclamo? 224

SECCIÓN 5 Una guía para los fundamentos de las decisiones de cobertura y apelaciones 225
Sección 5.1 Cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: el panorama general 225
Sección 5.2 Cómo obtener ayuda cuando está pidiendo una decisión de cobertura o presentando una apelación 227
Sección 5.3 ¿Cuál sección de este capítulo proporciona los detalles de su situación? 228

SECCIÓN 6 Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación 229
Sección 6.1 Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura de atención médica o si desea que le reembolsemos su atención médica 229
Sección 6.2 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura (cómo pedirle a nuestro plan que autorice o brinde cobertura para la atención médica que desea) 231

Sección 6.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 (cómo solicitar la revisión de una decisión de cobertura de atención médica tomada por nuestro plan) 235
Sección 6.4 Paso a paso: Cómo se realiza una apelación de Nivel 2 239
Sección 6.5 ¿Qué sucede si nos está pidiendo que le reembolsemos una factura que ha recibido en concepto de atención médica? 243

SECCIÓN 7 Medicamentos con receta de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación 245
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 245
Sección 7.2 ¿Qué es una excepción? 247
Sección 7.3 Aspectos importantes que debe saber acerca del pedido de excepciones 249
Sección 7.4 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción 250
Sección 7.5 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 (cómo solicitar la revisión de una decisión de cobertura tomada por nuestro plan) 254
Sección 7.6 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 257

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto 260
Sección 8.1 Durante la hospitalización, recibirá un aviso por escrito de Medicare en el que se le explicarán sus derechos 260
Sección 8.2 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha del alta del hospital 262
Sección 8.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha del alta del hospital 265
Sección 8.4 ¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar una apelación de Nivel 1? 267

SECCIÓN 9 Cómo pedirnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si siente que su cobertura está finalizando demasiado pronto 270

Sección 9.1 Esta sección solo trata acerca de tres servicios: Servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada y servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) 270

Sección 9.2 Le diremos por adelantado cuándo se termina su cobertura 271

Sección 9.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo 271

Sección 9.4 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo 274

Sección 9.5 ¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar una apelación de Nivel 1? 275

SECCIÓN 10 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y más allá 278

Sección 10.1 Niveles de apelaciones 3, 4 y 5 para solicitudes de servicios médicos 278

Sección 10.2 Apelaciones adicionales de Medicaid 280

Sección 10.3 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D ... 280

SECCIÓN 11 Cómo presentar un reclamo sobre la calidad de la atención, los plazos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes 282

Sección 11.1 ¿Qué tipos de problemas se tratan en el proceso de reclamos? 282

Sección 11.2 El nombre formal para “presentar un reclamo” es “interponer una queja” 284

Sección 11.3 Paso a paso: Presentación de un reclamo 284

Sección 11.4 También puede presentar reclamos sobre la calidad de la atención ante la Organización para la mejora de la calidad 286

Sección 11.5 También puede informarle a Medicare y Medicaid acerca de su reclamo 287

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 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 al que se enfrente:

- Para algunos tipos de problemas, debe utilizar el **proceso de decisiones de cobertura y apelaciones**.
- Para otros tipos de problemas, debe utilizar el **proceso de presentación de reclamos**.

Para garantizar la imparcialidad y la pronta tramitación de sus problemas, cada proceso tiene un conjunto de normas, procedimientos y plazos que usted y nosotros debemos seguir.

¿Cuál utiliza? **La Sección 3** le ayudará a identificar el proceso correcto para seguir.

Sección 1.2 Acerca de los términos legales

Existe terminología legal para algunas de las normas, procedimientos y tipos de plazos que se explican en este capítulo. Muchos de estos términos son desconocidos para la mayoría de las personas y pueden ser difíciles de entender.

Para simplificar las cosas, este capítulo explica las normas y los procedimientos legales con palabras más simples en vez de utilizar ciertos términos legales. Por ejemplo, en este capítulo aparece “presentar un reclamo” en lugar de “interponer una queja”, “decisión de cobertura” en lugar de “determinación integrada de la organización”, “determinación de cobertura” o “determinación de riesgo”, y “Organización de revisión independiente” en lugar de “Entidad de revisión independiente”. También se evita al máximo el uso de abreviaturas.

Sin embargo, puede ser útil, y a veces muy importante, que usted sepa los términos legales correspondientes para la situación en la que se encuentra. Saber qué términos usar lo ayudará a comunicarse con mayor claridad y precisión cuando trate un problema y a obtener la ayuda o la información correctas para su situación. Para ayudarlo a saber qué términos utilizar, incluimos términos legales cuando damos los detalles para el manejo de determinados tipos de situaciones.

SECCIÓN 2 Usted puede obtener ayuda de organizaciones gubernamentales no relacionadas con nosotros

Sección 2.1 Dónde obtener más información y asistencia personalizada

Algunas veces, puede ser confuso iniciar o seguir el proceso para tratar un problema. Esto puede ser especialmente cierto si no se siente bien o no tiene suficiente energía. Otras veces, es posible que no tenga el conocimiento que necesita para dar el siguiente paso.

Obtenga ayuda de una organización gubernamental independiente
Siempre estamos a su disposición para ayudarlo. Pero en algunas situaciones es posible que también quiera la ayuda o la orientación de alguien que no tenga relación con nosotros. Siempre podrá ponerse en contacto con su **Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP)**. Este programa gubernamental ha formado asesores en cada estado. 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 sus preguntas, darle más información y orientarlo sobre lo que debe hacer.

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

También puede obtener ayuda e información de Medicare
Para obtener más información y ayuda para tratar un problema, también puede comunicarse con Medicare. A continuación, se incluyen dos maneras de obtener información directamente de Medicare:

- Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Puede visitar el sitio web de Medicare (www.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 **Anexo A** en la parte de atrás de este documento.

SECCIÓN 3 Explicación de los reclamos y las apelaciones de Medicare y Medicaid de nuestro plan

Usted tiene Medicare y recibe asistencia de Medicaid. La información de este capítulo se aplica a **todos** sus beneficios de Medicare y Medicaid. Esto a veces 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, usted utiliza un proceso de Medicare para un beneficio cubierto por Medicare y un proceso de Medicaid para un proceso cubierto por Medicaid. Se explican estas situaciones en la **Sección 6.4** de este capítulo, *"Paso a paso: Cómo se realiza una apelación de Nivel 2"*.

PROBLEMAS RELACIONADOS CON SUS BENEFICIOS

SECCIÓN 4 Decisiones de cobertura y apelaciones

Sección 4.1	¿Debe usar el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones? ¿O desea presentar un reclamo?

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

Para saber qué parte de este capítulo lo ayudará con su problema o inquietud sobre los beneficios de **Medicare o Medicaid**, utilice la siguiente tabla:

¿Su problema o inquietud tiene que ver con sus beneficios o cobertura?
(Esto incluye los problemas sobre si la atención médica o los medicamentos con receta en particular están cubiertos o no, la forma en que están cubiertos y los problemas relacionados con el pago de la atención médica o los medicamentos con receta).

Sí. Mi problema es sobre los beneficios o la cobertura.
Vaya a la sección siguiente de este capítulo, **Sección 5, "Una guía para los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones".**

No. Mi problema no está relacionado con los beneficios o la cobertura.

Vaya a la **Sección 11** al final de este capítulo: **"Cómo presentar un reclamo sobre la calidad de la atención, los plazos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes".**

SECCIÓN 5 Una guía para los fundamentos de las decisiones de cobertura y apelaciones

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

El proceso para la solicitud de una decisión de cobertura y la presentación de apelaciones trata los problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura, incluidos problemas relacionados con el pago. Este es el proceso que usted usa para asuntos tales como determinar si algo tiene cobertura o no y la forma en que está cubierto.

Cómo solicitar decisiones de cobertura
Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y la cobertura de sus servicios médicos y medicamentos. Tomamos una decisión de cobertura cada vez que decidimos lo que está cubierto para usted. Por ejemplo, su médico de la red del plan toma una decisión de cobertura (favorable) para usted, siempre que reciba atención médica de él/ella o si su médico de la red lo remite a un especialista.

Usted o su médico también puede contactarnos y pedirnos una decisión de cobertura si su médico no está seguro de si cubriremos un servicio médico particular o nos rehusamos a brindarle la atención médica que usted cree que necesita. En otras palabras, **si quiere saber si cubriremos un servicio médico antes de recibirlo, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura para usted.** En circunstancias limitadas, se rechazará una solicitud de una decisión de cobertura, que implica que no revisaremos la solicitud. Los ejemplos de cuándo se rechazará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si 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 pedir su revisión.

En algunos casos, podríamos decidir que el servicio o el medicamento no están cubiertos o que ya no tienen cobertura de Medicare ni Medicaid 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 y no se siente satisfecho con ella, usted puede "apelar" la decisión. Una apelación es una manera formal de pedirnos revisar y modificar una decisión de cobertura que hayamos tomado.

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 todas las normas correctamente. Su apelación es analizada por revisores distintos a los que tomaron la decisión desfavorable original.

Cuando hayamos completado la revisión, le comunicaremos nuestra decisión. En ciertas circunstancias, que analizaremos más adelante, puede solicitar una "decisión rápida de cobertura" o acelerada, o una apelación rápida de una decisión de cobertura. En circunstancias limitadas, se rechazará una solicitud de una decisión de cobertura, que implica que no revisaremos la solicitud. Los ejemplos de cuándo se rechazará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si 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 pedir su revisión.

Si rechazamos la totalidad o parte de su apelación de Nivel 1, puede pasar a una apelación de Nivel 2. A la apelación de Nivel 2 la evalúa una organización independiente que no está conectada con nuestro plan.

- En algunas situaciones, su caso se enviará automáticamente a la Organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2. Si esto sucede, se lo comunicaremos.
- En otras situaciones, usted deberá pedirnos una apelación de Nivel 2.
- Consulte la **Sección 6.4** de este capítulo para obtener más información sobre las apelaciones de Nivel 2.

Si no está satisfecho con la decisión de la apelación de Nivel 2, es posible que pueda avanzar a niveles adicionales de apelación.

Sección 5.2	Cómo obtener ayuda cuando está pidiendo una decisión de cobertura o presentando una apelación

¿Desea algún tipo de ayuda? Entre los recursos que puede utilizar si decide solicitar algún tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión, se encuentran los siguientes:

- Puede **llamarnos al Departamento de Servicios para Miembros** (en la contraportada de este documento, encontrará impresos los números de teléfono).
- Puede **obtener ayuda gratuita** de su Programa estatal de asistencia en seguros de salud (consulte la **Sección 2** de este capítulo).
- **Su médico u otro proveedor de atención médica pueden realizar la solicitud por usted.**
    - Para la atención médica, su médico 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 solicitar cualquier apelación posterior al Nivel 2, **debe** nombrar al médico 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 o 2 en su nombre. Para solicitar cualquier apelación posterior al Nivel 2, su médico u otra persona autorizada a dar recetas deben ser designados como sus representantes.
- **Puede solicitar que alguien actúe en su nombre.** Si así lo desea, puede designar a otra persona para que actúe en su nombre como su “representante”, con el fin de solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
    - Puede haber alguien que ya esté legalmente autorizado para actuar como su representante en virtud de la ley estatal.
    - Si quiere que un amigo, pariente, su médico u otro proveedor de atención médica, u otra persona sea su representante, llame al Departamento de Servicios para Miembros (en la contraportada de este documento, encontrará impresos los números de teléfono) y pida el formulario “Nombramiento de un representante”. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp). El formulario le otorga a esa persona la autorización de actuar en su nombre. El formulario debe estar firmado

por usted y por la persona que usted desea que actúe en su nombre. Usted debe darle al plan una copia del formulario firmado.

- **También tiene derecho a contratar a un abogado para que actúe por usted**. Puede comunicarse con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado de su colegio de abogados local, así como otro servicio de remisión. También existen grupos que le proporcionarán servicios legales gratuitos si usted reúne los requisitos. Sin embargo, **no es obligatorio que contrate a un abogado** para que pida algún tipo de decisión de cobertura o apelación de una decisión.

Sección 5.3 ¿Cuál sección de este capítulo proporciona los detalles de su situación?

Existen cuatro tipos diferentes de situaciones que suponen decisiones de cobertura y apelaciones. Dado que cada situación tiene diferentes normas y plazos, damos los detalles de cada una en una sección aparte:

- **Sección 6** de este capítulo: “Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación”
- **Sección 7** de este capítulo: “Sus medicamentos con receta de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación”
- **Sección 8** de este capítulo: “Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto”
- **Sección 9** de este capítulo: “Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está finalizando demasiado pronto”. (Esta sección se aplica solo a estos servicios: servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada y servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos [CORF])

Si no está seguro de qué sección debe estar usando, llame al Departamento de Servicios para Miembros (en la contraportada de este documento, encontrará impresos los números de teléfono). También puede obtener ayuda o información de las organizaciones gubernamentales, como su Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP) (en la Sección 3 del Capítulo 2 de este documento, se encuentran los números de teléfono para este programa).

SECCIÓN 6 Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

¿Leyó la Sección 5 de este capítulo, "Una guía para los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones"? Si no lo ha hecho, tal vez le convenga leerla antes de comenzar con esta sección.

Sección 6.1	Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura de atención médica o si desea que le reembolsemos su atención médica

En esta sección, se describen los beneficios que tiene en cuanto a servicios y atención médica. Estos beneficios se detallan en el Capítulo 4 de este documento: *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)*. Para simplificar las cosas, en general, hablaremos de "cobertura para atención médica" o "atención médica" en el resto de esta sección, en lugar de repetir cada vez las expresiones "atención, tratamiento o servicios médicos". El término "atención médica" incluye productos y servicios médicos, y los medicamentos con receta de la Parte B de Medicare. En algunos casos, se aplican diferentes normas para la solicitud de un medicamento con receta de la Parte B. En estos casos, le explicaremos cómo las normas de los medicamentos con receta de la Parte B son diferentes de las normas para los productos y servicios médicos.

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

1. No está recibiendo la atención médica que quiere y cree que nuestro plan cubre dicha atención.
2. Nuestro plan no aprobará la atención médica que desean brindarle su médico u otro proveedor médico, y usted cree que el plan cubre dicha atención.
3. Recibió atención médica que cree que el plan debería cubrir, pero le hemos comunicado que no pagaremos dicha atención.
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.
5. Se le comunica que la cobertura que tenía para determinados servicios de atención médica que estaba recibiendo (y que estaban cubiertos anteriormente) se reducirá o interrumpirá, y usted cree que esto podría perjudicar su salud.
    - **NOTA: Si la cobertura que se va a interrumpir es para atención hospitalaria, 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), debe leer otra sección dentro de este capítulo, ya que se aplican normas especiales para estos tipos de atención. En tales situaciones, debe leer lo siguiente:

- **Sección 8** de este capítulo: "Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto".
- **Sección 9** de este capítulo: "Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está finalizando demasiado pronto". Esta sección trata solo acerca de tres servicios: servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada y servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF).

- Para **todas las demás situaciones** donde se le haya dicho que la atención médica recibida hasta el momento será suspendida, use esta Sección **(Sección 6)** para saber qué tiene que hacer.

¿En cuál de estas situaciones se encuentra usted?

Si está en esta situación:	Puede realizar lo siguiente:
Averiguar si vamos a cubrir la atención médica que quiere.	Nos puede solicitar que tomemos una decisión de cobertura para usted. Vaya a la siguiente sección de este capítulo, **Sección 6.2**.
Si ya le comunicamos que no cubriremos ni pagaremos un servicio médico de la forma que usted querría que lo hiciéramos.	Puede presentar una **apelación.** (Esto significa que nos está pidiendo que reconsideremos nuestra decisión). Vaya a la **Sección 6.3** de este capítulo.
Si le dijimos que interrumpiríamos la cobertura o reduciríamos un servicio médico que recibe actualmente.	Es posible que pueda quedarse con dichos productos o servicios durante la apelación. Vaya a la **Sección 6.3** de este capítulo.
Si desea pedirle a nuestro plan que le reembolse la atención médica que ya ha recibido y pagado.	Puede enviarnos la factura. Vaya a la **Sección 6.5** de este capítulo.

Sección 6.2	Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura (cómo pedirle a nuestro plan que autorice o brinde cobertura para la atención médica que desea)

Términos legales
Cuando una decisión de cobertura incluye su atención médica, se la denomina una **“determinación integrada de la organización”.**

<u>Paso 1:</u> Le pide a nuestro plan tomar una decisión de cobertura sobre la atención médica que está solicitando. Si su salud exige una respuesta rápida, debe pedirnos que tomemos una “decisión rápida de cobertura”.

Términos legales
Una “decisión rápida de cobertura” se denomina una **“determinación integrada acelerada”.**

Cómo solicitar la cobertura de la atención médica que desea

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.

- Para obtener los detalles sobre cómo ponerse en contacto con nosotros, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección denominada *“Cómo ponerse en contacto con nosotros para solicitar una decisión de cobertura sobre su atención médica”.*

Por lo general, usamos los plazos estándares para informarle nuestra decisión

Cuando le comuniquemos nuestra decisión, usaremos el plazo “estándar”, a no ser que hayamos aceptado usar el plazo “rápido”. **La decisión estándar de cobertura significa que le daremos una respuesta en el plazo de 14 días calendario** después de recibida su solicitud **de un producto o servicio médico**. Si su solicitud es para un **medicamento con receta de la Parte B de Medicare, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud.

- Para una solicitud de un **producto o servicio médico, podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si usted solicita más tiempo o si necesitamos recopilar más información (como registros médicos de proveedores fuera de la red) que podría beneficiarlo. Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión, se lo notificaremos por escrito.

No podemos tomarnos tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

- Si considera que **no** deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar un "reclamo rápido" sobre nuestra decisión de tomarnos días adicionales. Cuando presenta un reclamo rápido, le daremos respuesta a su reclamo en un plazo de 24 horas. (El proceso para presentar un reclamo es diferente del proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener más información sobre el proceso de presentación de reclamos, incluidos los reclamos rápidos, consulte la **Sección 11** de este capítulo).

Si su salud lo requiere, pídanos que tomemos una "decisión rápida de cobertura"

- **Una decisión rápida de cobertura significa que responderemos en un plazo de 72 horas si su solicitud es de un producto o servicio médico. Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, responderemos en un plazo de 24 horas.**
    - Para una solicitud de un **producto o servicio médico, podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si observamos que falta alguna información que podría beneficiarlo (como registros médicos de proveedores fuera de la red) o si usted necesita tiempo para entregarnos información para la revisión. Si decidimos tomar días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
    - Si considera que **no** deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar un "reclamo rápido" sobre nuestra decisión de tomarnos días adicionales. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de reclamos, incluidos los reclamos rápidos, consulte la **Sección 11** de este capítulo). Lo llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.
- **Para obtener una decisión rápida de cobertura, debe cumplir dos requisitos:**
    - Puede obtener una decisión rápida de cobertura **solo** si su pedido hace referencia a la cobertura para atención médica que **aún no ha recibido.** (No puede pedir una decisión rápida de cobertura si su solicitud es sobre el pago de la atención médica que ya ha recibido).
    - 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 le 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 decidimos que su afección no cumple los requisitos para una decisión rápida de cobertura, le enviaremos una carta en la que se lo informaremos (y usaremos los plazos estándares en su lugar).
- En esta carta le informaremos que, si su médico solicita la decisión rápida de cobertura, automáticamente se la proporcionaremos.
- En la carta, también se le explicará 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. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de reclamos, incluidos los reclamos rápidos, consulte la **Sección 11** de este capítulo).

Paso 2: Consideramos su solicitud de cobertura para atención médica y le damos nuestra respuesta.

Plazos límite para una decisión "rápida" de cobertura

- Normalmente, para una decisión rápida de cobertura sobre una solicitud de un producto o servicio médico, le daremos nuestra respuesta **en el plazo de 72 horas**. Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, responderemos **en un plazo de 24 horas**.
  - Como se explicó anteriormente, podemos tomarnos hasta 14 días adicionales en determinadas circunstancias. Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión de cobertura, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
  - Si considera que **no** deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar un "reclamo rápido" sobre nuestra decisión de tomarnos días adicionales. Cuando presenta un reclamo rápido, le daremos 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 de este capítulo).
  - Si no le damos la respuesta en 72 horas (o si hay una extensión del plazo, al final de ese período) o en 24 horas si su solicitud es de un medicamento con receta de la Parte B, usted tiene derecho a apelar. La Sección 6.3 más adelante explica cómo presentar una apelación.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración detallada por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud.

Plazos límite para una "decisión estándar de cobertura"

- Normalmente, para una decisión estándar de cobertura sobre una solicitud de un producto o servicio médico, le daremos nuestra respuesta **en el plazo de 14 días calendario de haber recibido su solicitud**. Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, le daremos una respuesta **en el plazo de 72 horas** de haber recibido su solicitud.
    - En caso de una solicitud de un servicio o producto médicos, podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales ("una extensión del plazo") en determinadas circunstancias. Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión de cobertura, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
    - Si considera que **no** deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar un "reclamo rápido" sobre nuestra decisión de tomarnos días adicionales. Cuando presenta un reclamo rápido, le daremos 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 de este capítulo).
    - Si no le damos la respuesta en 14 días calendario (o si hay una extensión del plazo, al final de ese período), o en 72 horas si su solicitud es de un medicamento con receta de la Parte B, usted tiene derecho a apelar. La Sección 6.3 más adelante explica cómo presentar una apelación.
- **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 3: Si rechazamos su solicitud de cobertura de atención médica, usted decide si desea presentar una apelación.

- Si rechazamos su solicitud, tiene derecho a pedirnos reconsiderar la decisión y tal vez cambiar esta decisión mediante la presentación de una apelación. Presentar una apelación significa hacer otro intento para obtener la cobertura de atención médica que quiere.
- Si decide apelar, significa que está avanzando al Nivel 1 del proceso de apelaciones (consulte la Sección **6.3** a continuación).

Sección 6.3	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 (cómo solicitar la revisión de una decisión de cobertura de atención médica tomada por nuestro plan)

Términos legales
Una apelación al plan acerca de una decisión de cobertura sobre atención médica se llama una **“reconsideración integrada”** del plan.

Paso 1: Nos contacta y presenta la apelación. Si su salud exige una respuesta rápida, debe solicitar una “apelación rápida”.

Qué hacer

- **Para iniciar una apelación, usted, su médico o su representante deben comunicarse con nosotros**. Para obtener más información sobre cómo comunicarse con nosotros por cualquier propósito relacionado con su apelación, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección denominada *“Cómo ponerse en contacto con nosotros para presentar una apelación sobre su atención médica”*.
- **Si solicita una apelación estándar, realice su apelación estándar por escrito y envíe una solicitud.** También puede solicitar una apelación por teléfono, llamando al número que aparece en la Sección 1 del Capítulo 2, *“Cómo ponerse en contacto con nuestro plan para presentar una apelación sobre su atención médica”*.
    - Si un tercero, que no sea su médico, está apelando nuestra decisión, debe adjuntar el formulario de nombramiento de un representante en el que autoriza a esta persona a representarlo. Si su médico u otra persona autorizada a dar recetas solicitan que un servicio o producto que ya está recibiendo se continúe durante su apelación, es posible que deba asignar a su médico u otra persona autorizada a dar recetas como sus representantes para que puedan tomar decisiones por usted. Para obtener el formulario, póngase en contacto con el Departamento de Servicios para Miembros (en la contraportada de este documento, encontrará impresos los números de teléfono) y solicite el formulario de “Nombramiento de un representante”. También está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1969.pdf o en nuestro sitio web en AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp. Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos comenzar ni terminar nuestra revisión si no lo recibimos. Si no recibimos el formulario dentro de los 44 días

calendario después de recibir la solicitud de apelación (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.

- **Si está solicitando una apelación rápida, preséntela por escrito o llámenos** al número que aparece en la Sección 1 del Capítulo 2, *"Cómo ponerse en contacto con nosotros para presentar una apelación sobre su atención médica"*.
- **Debe presentar su solicitud de apelación en el plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso por escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta a su solicitud 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. Ejemplos de una causa justificada por haber perdido el plazo límite: una enfermedad muy grave le impidió contactarnos o le brindamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo límite para solicitar una apelación.
- **Puede pedir una copia de la información sobre su decisión médica y añadir más información para respaldar su apelación.**
  - Usted tiene derecho a pedirnos una copia gratuita de la información sobre su apelación.
  - Si lo desea, usted y su médico pueden darnos información adicional para sustentar su apelación.

Si su salud lo requiere, solicite una "apelación rápida" (puede hacer una solicitud verbal)

Términos legales
Una "apelación rápida" también se denomina **"reconsideración integrada acelerada"**.

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre la cobertura de atención médica que todavía no ha recibido, usted o su médico deberán decidir si necesita una "apelación rápida".
- Los requisitos y procedimientos para obtener una "apelación rápida" son los mismos que para obtener una "decisión rápida de cobertura". Para solicitar una apelación rápida, siga las mismas instrucciones que para solicitar una decisión rápida de cobertura. (Estas instrucciones se dieron anteriormente en esta sección).
- Si su médico nos dice que su salud requiere una "apelación rápida", le daremos una apelación rápida.

Si le informamos que interrumpiríamos la cobertura o reduciríamos los productos que ya estaba recibiendo, es posible que pueda quedarse con dichos productos o 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 2: Evaluamos su apelación y le damos una respuesta.

- Mientras nuestro plan revisa su apelación, hacemos otra revisión cuidadosa de toda la información sobre su solicitud de cobertura para atención médica. Verificamos si seguimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud.
- Recopilaremos más información si la necesitamos. Es posible que nos comuniquemos con usted o con su médico para obtener más información.

Plazos para una "apelación rápida"

- Si utilizamos los plazos rápidos, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación**. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
    - Si usted solicita más tiempo o si necesitamos recopilar más información que pueda beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es de un producto o servicio médico. Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
    - 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. Más adelante en esta sección, le hablamos sobre esta organización y explicamos lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.

- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos autorizar o brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos automáticamente su apelación a la Organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.

Plazos límite para una apelación "estándar"

- Si utilizamos los plazos estándares, tenemos que darle nuestra respuesta sobre su solicitud de un producto o servicio médico **en el plazo de 30 días calendario** después de recibir su apelación si esta es sobre la cobertura de servicios que aún no ha recibido. Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare que aún no recibió, le daremos nuestra respuesta **en el plazo de 7 días calendario** después de recibida su apelación. Le comunicaremos nuestra decisión antes si su estado de salud así lo exige.
    - No obstante, si usted solicita más tiempo o si necesitamos recopilar más información que podría beneficiarle, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es de un producto o servicio médico. Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
    - Si considera que **no** deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar un "reclamo rápido" sobre nuestra decisión de tomarnos días adicionales. Cuando presenta un reclamo rápido, le daremos 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** de este capítulo).
    - Si no le damos una respuesta para el plazo aplicable indicado (o al final de la extensión del plazo, en caso de que tomemos días adicionales para la solicitud de un producto o servicio médico), estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. Luego, una Organización de revisión independiente la revisará. Más adelante en esta sección, se describe esta organización de revisión y se explica lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos autorizar o brindar la cobertura que acordamos proporcionar en el plazo de 30 días calendario, o **en un plazo de 7 días calendario** si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, después de recibir su apelación.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos automáticamente su apelación a la Organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.

Paso 3: Si rechazamos parte o la totalidad de su apelación, tiene derechos de apelación adicionales.

Si rechazamos parte o la totalidad de su solicitud, le enviaremos 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 Paso a paso: Cómo se realiza una apelación de Nivel 2

Si rechazamos parte o la totalidad de la apelación de Nivel 1, le enviaremos una carta. En esta carta se le avisará si el servicio o el producto están generalmente cubiertos por Medicare o Medicaid, o si podrían estar cubiertos por ambos.

- 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 reúne los requisitos 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 Sección 6.2 (página 174) 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.

- **La Organización de revisión independiente es una organización independiente externa que contrata Medicare.** Esta organización no está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una empresa que elige Medicare para ser la Organización de revisión independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Le enviaremos a esta organización la información sobre su apelación. A esta información se la denomina su "archivo 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 sustentar su apelación.
- Los revisores de la Organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente la información relacionada con su apelación.

Si se le concedió una apelación "rápida" en el Nivel 1, también se le concederá una apelación "rápida" en el Nivel 2.

- Si se le concedió una apelación rápida a nuestro plan en el Nivel 1, recibirá automáticamente una apelación rápida en el Nivel 2. La organización de revisión 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.** La Organización de revisión independiente no puede tomar tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es de un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

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

- Si se le concedió una apelación estándar a nuestro plan en el Nivel 1, recibirá automáticamente una apelación estándar en el Nivel 2.
- Si su solicitud es de un producto o servicio médico, la organización de revisión 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 con receta de la Parte B de Medicare, la organización de revisión debe brindarle una respuesta a su apelación de Nivel 2 en un plazo de **7 días calendario** de haber recibido su apelación.
- Sin embargo, 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.** La Organización de revisión independiente no puede tomar tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es de un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

Paso 2: La Organización de revisión independiente le da su respuesta.
La Organización de revisión independiente le comunicará su decisión por escrito y los motivos que la fundamentan.

- **Si la organización de revisión acepta parte o la totalidad de la solicitud de un producto o servicio médico**, debemos tomar alguna de las siguientes medidas:
  - Autorizar la cobertura de la atención médica **en un plazo de 72 horas.**
  - Brindar el servicio **en un plazo de 14 días calendario** después de recibir la decisión de la Organización de revisión independiente para **solicitudes estándares.**
  - Brindar el servicio **en un plazo de 72 horas** desde la fecha en que recibimos la decisión de la Organización de revisión independiente para **solicitudes aceleradas.**
- **Si la Organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de la solicitud para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare,** debemos tomar alguna de las siguientes medidas:
  - Autorizar o brindar el medicamento con receta de la Parte B de Medicare en disputa **en un plazo de 72 horas** después de recibir la decisión de la Organización de revisión para las **solicitudes estándares** o
  - **en un plazo de 24 horas** desde la fecha en que recibimos la decisión de la Organización de revisión independiente para las **solicitudes aceleradas.**
- **Si esta organización rechaza parte o la totalidad de su apelación,** significa que 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 llama “confirmar la decisión” o "rechazar su apelación").
  - Si su caso reúne los requisitos, puede elegir si desea continuar con su apelación.
  - Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (hasta un total de cinco niveles de apelación).
- Si su apelación de Nivel 2 es rechazada y 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 recibió después de su apelación de Nivel 2.

- La apelación de Nivel 3 la maneja un juez administrativo o un abogado mediador. **La Sección 10** de este capítulo incluye más información acerca del proceso de apelaciones para los Niveles 3, 4 y 5. Consulte la **Sección 10** de este capítulo para obtener más información.

Términos legales
El nombre formal para la "Organización de revisión independiente" que revisa los casos de Medicare es **"Entidad de revisión independiente"**. A veces, se la denomina **"IRE"**.

Si su problema está relacionado 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 consiste en 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.

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 en las que se basó.

- **Si la Oficina de Audiencias Imparciales acepta 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 llama "confirmar la decisión" o "rechazar su apelación").

Si la decisión es rechazar todo o parte de lo que solicité, ¿puedo 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.**

Si su apelación de Nivel 2 pasó a la **Organización de revisión independiente**, podrá apelar nuevamente solo si el valor en dólares del servicio o producto que desea cumple con un determinado monto mínimo. La apelación de Nivel 3 la maneja un juez administrativo o un abogado mediador. **En la carta que le envía la Organización de revisión independiente se explicarán los derechos de apelación adicionales que pueda tener.**

La carta que recibe de la oficina de la audiencia imparcial le indicará su siguiente opción de apelación.

Consulte la **Sección 10** de este capítulo para obtener más información sobre sus derechos de apelación después del Nivel 2.

Sección 6.5 ¿Qué sucede si nos está pidiendo que le reembolsemos una factura que ha recibido en concepto de atención médica?

No podemos reembolsarle directamente un servicio o producto de Medicaid. Si recibe una factura por servicios y productos cubiertos por Medicaid, envíenos la factura. **No debe pagar la factura.** Nos pondremos en contacto directamente con el proveedor y nos ocuparemos del problema. Sin embargo, si pagó la factura, puede obtener un reembolso de ese proveedor de atención médica siempre que haya seguido las normas para obtener el servicio o producto.

Si nos envía la documentación correspondiente para solicitar un reembolso, nos está pidiendo que tomemos una decisión de cobertura (para obtener más información acerca de las decisiones de cobertura, consulte la **Sección 5.1** de este capítulo). Para tomar esta decisión de cobertura, comprobaremos si la atención médica que pagó es un servicio cubierto (consulte el Capítulo 4, *Tabla de beneficios médicos [lo que está cubierto]*). También comprobaremos si ha seguido todas las normas para el uso de su cobertura de atención médica (estas normas se explican en el Capítulo 3 de este documento: *cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos).*

Cómo solicitar el reembolso de algo que ya ha pagado:
Si nos envía la documentación correspondiente para solicitar un reembolso, nos está pidiendo que tomemos una decisión de cobertura (para obtener más información acerca de las decisiones de cobertura, consulte la **Sección 5.1** de este capítulo).

No podemos reembolsarle directamente un servicio o producto de **Medicaid**. Si recibe una factura por servicios y productos cubiertos por Medicaid, envíenos la factura. **No debe pagar la factura.** Nos pondremos en contacto directamente con el proveedor de atención médica y nos ocuparemos del problema. Sin embargo, si pagó la factura, puede obtener un reembolso de ese proveedor de atención médica siempre que haya seguido las normas para obtener los servicios o el producto.

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 (consulte el Capítulo 4, *Tabla de beneficios médicos [lo que está cubierto]*). También comprobaremos si ha seguido todas las normas para el uso de su cobertura de atención médica (estas normas se explican en el Capítulo 3 de este documento, *Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos*.)

Aceptaremos o rechazaremos su solicitud

- Si la atención médica de Medicare que pagó tiene cobertura, le enviaremos el pago de su atención médica en el plazo de 60 días calendario después de que recibamos su solicitud.
    - Si la atención médica de Medicaid que pagó a un proveedor de atención médica tiene cobertura y usted considera que deberíamos pagarle a ese proveedor en su lugar, le enviaremos al proveedor el pago de su atención médica en el plazo de 60 días calendario después de que recibamos su solicitud.
    - Entonces deberá comunicarse con su proveedor de atención médica para que le devuelvan el dinero. O bien, si aún no ha pagado los servicios, le enviaremos el pago directamente al proveedor de atención médica. El envío del pago equivale a aceptar su solicitud de una decisión de cobertura.
- Si la atención médica **no** está cubierta o usted **no** siguió todas las normas, no enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta en la que le informamos que no pagaremos por los servicios y las razones. (Si rechazamos su solicitud de pago, equivale a denegar su solicitud de una decisión de cobertura).

¿Qué pasa si solicita el pago y le decimos que no pagaremos?
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 presentar esta apelación, siga el proceso de apelaciones que se describe en la Sección 6.3 de este capítulo. Consulte esta sección para obtener las instrucciones paso a paso. Cuando siga estas instrucciones, tenga en cuenta lo siguiente:

- Si presenta una apelación para el reembolso, tenemos que darle nuestra respuesta en el plazo de 30 días calendario después de recibida su apelación. (Si nos solicita reembolsarle la atención médica que ya ha recibido y pagado usted mismo, no se le permite solicitar una apelación rápida).
- Si la Organización de revisión independiente revoca nuestra decisión de rechazar el pago, debemos enviarles el pago que solicitó a usted o al proveedor en el plazo de 30 días calendario. Si aceptamos su apelación en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviarles el pago que solicitó a usted o al proveedor de atención médica en un plazo de 60 días calendario.

SECCIÓN 7 Medicamentos con receta de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

¿Leyó la Sección 5 de este capítulo, "Una guía para los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones"? Si no lo ha hecho, tal vez le convenga leerla antes de comenzar con esta sección.

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

Los beneficios como miembro de nuestro plan incluyen la cobertura para muchos medicamentos con receta. Consulte la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* de nuestro plan. (Nosotros la denominamos "Lista de medicamentos", para abreviar).

Para estar cubierto, su medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. (Una "indicación médicamente aceptada" es un uso del medicamento que está aprobado por la FDA o avalado por ciertos libros de referencia. Para obtener información sobre una indicación médicamente aceptada, consulte la Sección 3 del Capítulo 5).

- **Esta sección se trata solamente de 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 expresiones “medicamento con receta cubierto para pacientes externos” o “medicamento de la Parte D”.

- Para obtener más detalles sobre lo que queremos decir con medicamentos de la Parte D, la Lista de medicamentos, las normas y las restricciones respecto de la cobertura, y la información sobre los costos, consulte el Capítulo 5 *(Cómo utilizar la cobertura de nuestro plan para los medicamentos con receta de la Parte D) y el Capítulo 6 (Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D)*.

Decisiones de cobertura y apelaciones de la Parte D

Como se comentó en la **Sección 5** de este capítulo, una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a los beneficios y la cobertura, o al monto que pagaremos por sus medicamentos.

Términos legales
Una decisión de cobertura inicial sobre los medicamentos de la Parte D se denomina una **“determinación de cobertura”**.

Estos son ejemplos de decisiones de cobertura que nos pide que tomemos sobre sus medicamentos de la Parte D:

- Nos pide que hagamos una excepción, que incluye lo siguiente:
  - Nos solicita que cubramos un medicamento de la Parte D que no figura en la Lista de medicamentos del plan.
  - Pedirnos que no apliquemos una restricción a la cobertura del plan para un medicamento (como límites en la cantidad de medicamento que puede obtener).
- Nos pregunta si un medicamento está cubierto en su caso y si cumple los requisitos para la cobertura. (Por ejemplo, cuando su medicamento está en la Lista de medicamentos del plan, pero es obligatorio que obtenga nuestra aprobación antes de que podamos cubrirlo en su caso).
  - **NOTA**: Si la farmacia le dice que su receta no puede presentarse 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.
- Nos pide que paguemos por un medicamento con receta que ya ha comprado. Esta es una solicitud de una decisión de cobertura sobre el pago.

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que hayamos tomado, puede apelar nuestra decisión.

Esta sección le indica cómo pedir decisiones de cobertura y cómo solicitar una apelación. Utilice la siguiente tabla para determinar qué parte tiene información para su situación:

¿En cuál de estas situaciones se encuentra usted?

Si está en esta situación:	Puede realizar lo siguiente:
Si necesita un medicamento que no está incluido en nuestra Lista de medicamentos o necesita que no apliquemos una norma o restricción sobre un medicamento que cubrimos.	Puede pedirnos que hagamos una excepción. (Este es un tipo de decisión de cobertura). Comience con la **Sección 7.2** de este capítulo.
Si quiere que cubramos un medicamento de nuestra Lista de medicamentos y usted considera que cumple todas las restricciones o normas del plan (como obtener la aprobación del plan por adelantado) para el medicamento que necesita.	Puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura. Vaya a la **Sección 7.4** de este capítulo.
Si quiere pedirnos que le reembolsemos el precio de un medicamento que ya ha recibido y pagado.	Puede pedirnos un reembolso. (Este es un tipo de decisión de cobertura). Vaya a la **Sección 7.4** de este capítulo.
Si ya le hemos comunicado que no cubriremos ni pagaremos un medicamento de la forma que usted querría que lo hiciéramos.	Puede presentar una apelación. (Esto significa que nos está pidiendo que reconsideremos nuestra decisión). Vaya a la **Sección 7.5** de este capítulo.

Sección 7.2 ¿Qué es una excepción?

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. Al igual que con las otras decisiones de cobertura, si denegamos su solicitud de una excepción, puede apelar nuestra decisión.

Cuando pide una 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. Entonces consideraremos

su solicitud. Estos son dos ejemplos de excepciones que usted, su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden pedirnos que hagamos:

1. Cubrir un medicamento de la Parte D para usted que no figura en nuestra Lista de medicamentos.

Términos legales
Pedir cobertura para un medicamento que no está en la Lista de medicamentos se denomina, en ocasiones, **“excepción al formulario”**.

- Si aceptamos hacer una excepción y cubrimos un medicamento que no figura en la Lista de medicamentos, deberá pagar el costo compartido que se aplique a los medicamentos en el Nivel 4. No puede solicitar que hagamos una excepción respecto del copago o del coseguro que usted debe pagar por el medicamento.

2. Eliminar una restricción de nuestra cobertura para un medicamento cubierto. Se aplican otras normas o restricciones a determinados medicamentos que figuran en nuestra Lista de medicamentos (para obtener más información, consulte la Sección 4 del Capítulo 5).

Términos legales
Pedir la eliminación de una restricción de cobertura para un medicamento, en ocasiones, se denomina **“excepción al formulario”**.

- Las normas y restricciones adicionales sobre la cobertura de ciertos medicamentos incluyen las siguientes:
  - Que se exija utilizar la versión genérica de un medicamento en lugar del medicamento de marca.
  - Que se obtenga la aprobación del plan por adelantado antes de que aceptemos cubrir el medicamento para usted. (Esto suele denominarse “autorización previa”).
  - Que se exija probar primero con otro medicamento antes de que aceptemos cubrir el medicamento que nos pide. (Esto suele denominarse “tratamiento escalonado”).
  - Que existan límites de cantidad. Algunos medicamentos tienen restricciones sobre la cantidad del medicamento que puede obtener.
- 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 más bajo.** 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 será el costo que le corresponde pagar por el medicamento.

Términos legales
Pedir pagar un precio inferior por un medicamento no preferido cubierto se denomina, en ocasiones, pedir una **"excepción de nivel"**.

- 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. Esto reduciría la parte que le corresponde del costo del medicamento.
  - 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 con 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 con alternativas de marca o genéricas para tratar su afección.
- No puede pedirnos que cambiemos el nivel de costo compartido para ningún medicamento del Nivel 5 de medicamentos especializados.
- 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 para solicitar una excepción. Para que tomemos la decisión más rápido, incluya esta información médica de su médico o de la persona autorizada a dar recetas cuando pida la excepción. Si nos pide una excepción de nivel, en general, **no** aprobaremos su solicitud para una excepción, a menos que todos los medicamentos alternativos en los niveles de costo compartido más bajo no funcionen igual de bien para usted o puedan causar una reacción adversa u otros daños.

Habitualmente, la Lista de medicamentos incluye más de un medicamento para tratar una afección en particular. Estas posibilidades diferentes se denominan medicamentos "alternativos". Si un medicamento alternativo da el mismo resultado que el medicamento que está solicitando y no produce más efectos secundarios ni otros problemas de salud, en general, **no** aprobaremos su solicitud para una excepción. Si nos pide una excepción de nivel, en general, *no* aprobaremos su solicitud para una excepción, a menos que todos los medicamentos alternativos en los niveles de costo compartido más bajo no funcionen igual de bien para usted 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 del 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 de una excepción, puede pedir una revisión de nuestra decisión mediante la presentación de una apelación. La **Sección 7.5** de este capítulo le indica cómo presentar una apelación si rechazamos su solicitud.

Esta sección le indica cómo pedir una decisión de cobertura, incluida una excepción.

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

Paso 1: Puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura sobre los medicamentos que necesita o sobre el pago. Si su salud exige una respuesta rápida, debe pedirnos que tomemos una **"decisión rápida de cobertura". No puede solicitar una decisión rápida de cobertura si nos pide que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró.**

Qué hacer

- **Solicite el tipo de decisión de cobertura que desea**. Comience por llamar, escribir o enviarnos un fax para realizar su solicitud. Usted, su representante o su médico (o la persona autorizada a dar recetas) puede hacer esto. También puede acceder al proceso de decisiones de cobertura a través de nuestro sitio web. Para obtener detalles, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección denominada "Cómo ponerse en contacto con nosotros para solicitar una decisión de cobertura sobre los medicamentos con receta de la Parte D". O bien, si nos solicita que le reembolsemos el costo de un medicamento, consulte la sección titulada "Dónde puede enviar una solicitud en la que se nos pide que paguemos la parte que nos corresponde del costo de la atención médica o de un medicamento que recibió".

- **Usted, su médico u otra persona que actúe en su nombre** pueden pedir una decisión de cobertura. La **Sección 5.2** de este capítulo le indica cómo puede darle permiso por escrito a otra persona para que actúe como su representante. También puede contratar a un abogado para que actúe en su nombre.
- **Si quiere que le reembolsemos el costo de un medicamento**, comience por leer el Capítulo 7 de este documento, "Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió en concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos". En el Capítulo 7 se explican las situaciones en las cuales es posible que deba solicitar un reembolso. También le indica cómo enviarnos la documentación necesaria para pedirnos que le reembolsemos la parte que nos corresponde del costo de un medicamento que pagó.
- **Si solicita que se haga una excepción, proporcione la "declaración de respaldo".** Su médico u otra persona autorizada a dar recetas deben explicarnos los motivos médicos que justifican que hagamos la excepción del medicamento que solicita. (A esto lo llamamos "declaración de respaldo"). 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. Consulte las **secciones 7.2 y 7.3** de este capítulo para obtener más información sobre solicitudes de excepción.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito,** incluida una solicitud enviada a través del formulario de solicitud de determinación de cobertura modelo de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) o en nuestro formulario del plan, que está disponible en nuestro sitio web.

Si su salud lo requiere, pídanos que tomemos una "decisión rápida de cobertura"

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

- Cuando le comuniquemos nuestra decisión, usaremos el plazo "estándar", a no ser que hayamos aceptado usar el plazo "rápido". Una decisión estándar de cobertura significa que le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibir la declaración de su médico. Una decisión rápida de cobertura significa que responderemos en un plazo de 24 horas después de recibir la declaración de su médico.
- **Para obtener una decisión rápida de cobertura, debe cumplir dos requisitos:**
    - Puede obtener una decisión rápida de cobertura **solo** si su pedido hace referencia a un **medicamento que aún no ha recibido**. (No puede solicitar una decisión rápida

de cobertura si nos pide que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró).
    - 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 u otra persona autorizada a dar recetas nos indican que su salud requiere una "decisión rápida de cobertura", aceptaremos automáticamente tomar una decisión rápida de cobertura.**
- Si nos pide usted mismo la decisión rápida de cobertura (sin el apoyo de su médico ni de otra persona autorizada a dar recetas), decidiremos si su salud requiere que tomemos una decisión rápida de cobertura.
    - Si decidimos que su afección no cumple los requisitos para una decisión rápida de cobertura, le enviaremos una carta en la que se lo informaremos (y usaremos los plazos estándares en su lugar).
    - En esta carta, se le dirá que si su médico o la persona autorizada a dar recetas piden una decisión rápida de cobertura, aceptaremos automáticamente tomar una decisión rápida de cobertura.
    - En la carta también se le explicará cómo puede presentar un reclamo sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión estándar de cobertura en lugar de la decisión rápida de cobertura que solicitó. Le indica cómo presentar un reclamo "rápido", lo que significa que recibirá nuestra respuesta a su reclamo en un plazo de 24 horas después de recibido. (El proceso para presentar un reclamo es diferente del proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener más información sobre el proceso de presentación de reclamos, consulte la **Sección 11** de este capítulo).

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

Plazos límite para una decisión "rápida" de cobertura

- Si aplicamos los plazos rápidos, debemos darle una respuesta **en un plazo de 24 horas.**
    - Generalmente, esto significa en un plazo de 24 horas después de recibir su solicitud. Si está solicitando una excepción, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas después de recibir la declaración de su médico que respalda su solicitud. 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. En la **Sección 7.6** de este capítulo, le informaremos sobre esta organización de revisión y explicaremos qué sucede en el Nivel 2 de apelación.

- **Si aceptamos 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 respalda su solicitud.
- **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 y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos límite para una decisión "estándar" de cobertura sobre un medicamento que aún no ha recibido

- Si aplicamos los plazos estándares, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas.**
  - Generalmente, esto significa en un plazo de 72 horas después de recibir su solicitud. Si está solicitando una excepción, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibir la declaración de su médico que respalda su solicitud. 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. En la **Sección 7.6** de este capítulo, le informaremos sobre esta organización de revisión y explicaremos qué sucede en el Nivel 2 de apelación.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó:**
  - Si aprobamos su solicitud de cobertura, debemos **brindar la cobertura** que aceptamos proporcionar **en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
- **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 y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos límite 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 haber recibido 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. En la **Sección 7.6** de este capítulo, le informaremos sobre esta organización de revisión y explicaremos qué sucede en el Nivel 2 de apelación.
- **Si aceptamos 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 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.

Paso 3: Si rechazamos su solicitud de cobertura, usted decide si quiere presentar una apelación.

- Si la rechazamos, tiene derecho a solicitar una apelación. Solicitar una apelación implica pedirnos que reconsideremos nuestra decisión y posiblemente que la cambiemos.

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

Términos legales
Una apelación al plan sobre la decisión de cobertura de un medicamento de la Parte D se llama una **"redeterminación"** del plan.

Paso 1: Se comunica con nosotros y presenta una apelación de Nivel 1. Si su salud exige una respuesta rápida, debe solicitar una "apelación rápida".

Qué hacer

- **Para iniciar su apelación, usted (o su representante, su médico u otra persona autorizada a dar recetas) debe comunicarse con nosotros.**
  - Para obtener detalles sobre cómo puede ponerse en contacto con nosotros por teléfono, fax o correo, o a través de nuestro sitio web, por cualquier cuestión relacionada con su apelación, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección denominada *"Cómo ponerse en contacto con nosotros para presentar una apelación sobre los medicamentos con receta de la Parte D".*
- **Si solicita una apelación estándar, realice su apelación mediante el envío de una solicitud por escrito.** También puede solicitar una apelación por teléfono, llamando al número que aparece en la Sección 1 del Capítulo 2, "Cómo ponerse en contacto con nuestro plan para presentar una apelación sobre los medicamentos con receta de la Parte D".
- **Si está solicitando una apelación rápida, puede hacerlo por escrito o por teléfono, llamando al número que aparece en la Sección 1 del Capítulo 2,** "Cómo ponerse en contacto con nosotros para presentar una apelación sobre los medicamentos con receta de la Parte D".

- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito,** incluida una solicitud enviada a través del formulario de solicitud para la determinación de cobertura modelo de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), el cual está disponible en nuestro sitio web.
- **Debe presentar su solicitud de apelación en el plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso por escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta a su solicitud sobre la decisión de cobertura. Si se vence este plazo y tiene una razón válida para haberlo dejado vencer, es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de una causa justificada por haber perdido el plazo límite: una enfermedad muy grave le impidió contactarnos o 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.**
    - Tiene derecho a pedirnos una copia de la información sobre su apelación.
    - Si así lo desea, usted y su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden brindarnos información adicional para respaldar su apelación.

Si su salud lo requiere, pídanos una "apelación rápida"

Términos legales
Una "apelación rápida" también se llama una **"redeterminación acelerada".**

- 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", los cuales figuran en la **Sección 7.4** de este capítulo.

Paso 2: Evaluamos su apelación y le damos una 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 límite para una apelación "rápida"

- Cuando utilizamos los plazos rápidos, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas después de recibir su apelación.** Le daremos una respuesta más rápido si su salud así lo requiere.
    - Si no le damos una respuesta en el 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. En la **Sección 7.6** de este capítulo, le informaremos sobre esta organización de revisión y explicaremos qué sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación.
- **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 y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos límite para una apelación "estándar"

- Si usamos los plazos estándares, tenemos que darle nuestra respuesta **en el plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación para un medicamento que usted todavía no ha recibido. Le comunicaremos nuestra decisión antes si aún no ha recibido el medicamento y su estado de salud así lo exige. Si cree que su salud lo requiere, debería solicitar una apelación "rápida".
    - 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. En la **Sección 7.6** de este capítulo, le informaremos sobre esta organización de revisión y explicaremos qué sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó:**
    - Si aprobamos una solicitud de cobertura, debemos **brindar la cobertura** que aceptamos proporcionar tan pronto como lo requiera su salud, pero **no en una fecha posterior a los 7 días calendario** después de recibida su apelación.
    - Si aprobamos una solicitud de reembolso del costo de un medicamento que ya compró, también debemos **enviarle el pago en un plazo de 30 días calendario** después de recibida su solicitud de apelación.
- **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 y cómo puede apelar nuestra decisión.

- Si está solicitando que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró, debemos darle una respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.
    - Si no le comunicamos nuestra decisión en el plazo de 14 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. En la **Sección 7.6** de este capítulo, le informaremos sobre esta organización de revisión y explicaremos qué sucede en el Nivel 2 de apelación.
- **Si aceptamos 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 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.

Paso 3: Si rechazamos su apelación, usted decide si quiere continuar con el proceso de apelaciones y presentar otra apelación.

- Si rechazamos su apelación, usted decide si quiere aceptar esta decisión o continuar presentando otra apelación.
- Si decide presentar otra apelación, significa que su apelación se enviará al Nivel 2 del proceso de apelaciones (consulte a continuación).

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

Si rechazamos su apelación, usted decide si quiere aceptar esta decisión o continuar presentando otra apelación. Si decide pasar a una apelación de Nivel 2, la **Organización de revisión independiente** revisa la decisión tomada al rechazar su primera apelación. Esta organización determina si la decisión que tomamos debe ser cambiada.

Términos legales
El nombre formal para la “Organización de revisión independiente” es **“Entidad de revisión independiente”**. A veces, se la denomina **“IRE”**.

Paso 1: Para presentar una apelación de Nivel 2, usted (o su representante, médico u otra persona autorizada a dar recetas) debe comunicarse con la Organización de revisión independiente y pedir una revisión de su caso.

- Si rechazamos su apelación de Nivel 1, el aviso por escrito que le enviaremos incluirá las **instrucciones para presentar una apelación de Nivel 2** ante la Organización de revisión independiente. Estas instrucciones le indicarán quién puede presentar esta apelación de Nivel 2, qué plazos deberá respetar y cómo comunicarse con la organización de revisión.
- Cuando presente una apelación ante la Organización de revisión independiente, le enviaremos a esta organización la información que tenemos sobre su apelación. A esta información se la denomina su "archivo 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 sustentar su apelación.

Paso 2: La Organización de revisión independiente realiza una revisión de su apelación y le comunica una respuesta.

- **La Organización de revisión independiente es una organización independiente externa que contrata Medicare.** Esta organización no está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una compañía que Medicare elige para revisar nuestras decisiones con respecto a sus beneficios de la Parte D.
- Los revisores de la Organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente la información relacionada con su apelación. La organización le comunicará su decisión por escrito y le explicará las razones en las que se basó.

Plazos para una apelación "rápida" en el Nivel 2

- Si su salud lo requiere, pida una "apelación rápida" a la Organización de revisión independiente.
- Si la organización de revisión 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.
- **Si la Organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos brindar la cobertura para medicamentos que aprobó la organización de revisión **en un plazo de 24 horas** después de recibida la decisión de parte de dicha organización.

Plazos para una apelación "estándar" en el Nivel 2

- Si presenta una apelación estándar en el Nivel 2, la organización de revisión 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 debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 14 días calendario** después de recibir su solicitud.
- **Si la Organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de lo que solicitó:**
  - Si la Organización de revisión independiente aprueba una solicitud de cobertura, debemos **brindar la cobertura para medicamentos** que aprobó la organización de revisión **en un plazo de 72 horas** después de recibida la decisión de parte de dicha organización.
  - Si la Organización de revisión independiente aprueba la 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 rechaza su apelación?
Si la organización rechaza su apelación, eso implica que la organización está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. (Esto se llama "confirmar la decisión" o "rechazar su apelación").

Si la Organización de revisión independiente "confirma la decisión", usted tiene derecho a una apelación de Nivel 3. Sin embargo, para presentar otra apelación en el Nivel 3, el valor en dólares de la cobertura para el medicamento que está solicitando debe cumplir un monto mínimo. Si el valor en dólares de la cobertura para medicamentos que está solicitando es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación y la decisión del Nivel 2 es final. El aviso que reciba de la Organización de revisión independiente le indicará el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelaciones.

Paso 3: Si el valor en dólares de la cobertura que está solicitando cumple los requisitos, usted decide si quiere continuar con su apelación.

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (hasta un total de cinco niveles de apelación).
- Si su apelación de Nivel 2 es rechazada y reúne los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, debe decidir si quiere avanzar al Nivel 3 y presentar una tercera apelación. Si decide presentar una tercera apelación, tendrá los detalles de cómo hacerlo en el aviso escrito que recibió después de su segunda apelación.

- La apelación de Nivel 3 la maneja un juez administrativo o un abogado mediador. La **Sección 10** de este capítulo incluye más información acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto

Cuando es ingresado en un hospital, tiene derecho a obtener todos los servicios hospitalarios cubiertos que sean necesarios para el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre la cobertura de su atención hospitalaria, incluida cualquier limitación de esta cobertura, consulte el Capítulo 4 de este documento: *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)*.

Durante su hospitalización cubierta, su médico y el personal del hospital colaborarán con usted para prepararlo para el día en que le den el alta. También ayudarán a coordinar la atención que pueda necesitar cuando se vaya.

- El día en que se va del hospital es la **"fecha del alta"**.
- Cuando se haya decidido la fecha del alta, su médico o el personal del hospital se lo comunicarán.
- Si cree que le están pidiendo que deje el hospital demasiado pronto, puede pedir una hospitalización más prolongada y se considerará su solicitud. Esta sección le indica cómo solicitarla.

Sección 8.1 Durante la hospitalización, recibirá un aviso por escrito de Medicare en el que se le explicarán sus derechos

Durante la hospitalización cubierta, 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 siempre que son ingresadas en un hospital. Alguien en el hospital (un asistente social, una enfermera) debe dárselo dentro de un plazo de dos días después de haber ingresado. Si no tiene el aviso, pídaselo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame al Departamento de Servicios para Miembros (en la contraportada de este documento, encontrará impresos los números de teléfono). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

1. Lea atentamente este aviso y consulte cualquier duda que tenga. En el aviso se explican sus derechos como paciente hospitalizado, incluidos los siguientes:

- 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 y su derecho a saber quién pagará por ella.
- Dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
- Su derecho a apelar la decisión del alta hospitalaria si considera que está siendo dado de alta del hospital demasiado pronto.

Términos legales
El aviso por escrito de Medicare le explica cómo puede **"solicitar una revisión inmediata"**. Solicitar una revisión inmediata es una manera legal y formal de pedir un retraso en la fecha de su alta para que su atención hospitalaria esté cubierta más tiempo. (La Sección 8.2 a continuación le explica cómo solicitar una revisión inmediata).

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. (La **Sección 5.2** de este capítulo le indica cómo puede darle permiso por escrito a alguien para que actúe como su representante).
- Firmar este aviso **solo** demuestra que ha recibido la información sobre sus derechos. El aviso no le informa sobre su fecha del alta (su médico o el personal del hospital le indicarán su fecha del alta). Firmar el aviso **no significa** que está 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 dos días antes del día en que deje el hospital, recibirá otra copia antes de que esté programado que le den el alta.
- Para solicitar una copia de este aviso por adelantado, puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros (en la contraportada de este documento, encontrará impresos

los números de teléfono) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede ver el aviso en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html.

Sección 8.2	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha del alta del hospital

Si desea pedir que cubramos los servicios hospitalarios para pacientes internados durante un tiempo más prolongado, tendrá que usar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que debe hacer y los plazos.

- **Siga el proceso**. A continuación, se explica cada paso en los dos primeros niveles del proceso de apelaciones.
- **Cumpla con los plazos**. Los plazos son importantes. Asegúrese de que comprende y sigue los plazos correspondientes a lo que debe hacer.
- **Pida ayuda si la necesita**. Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame al Departamento de Servicios para Miembros (en la contraportada de este documento, encontrará impresos los números de teléfono). O bien, llame al Programa estatal de asistencia en seguros de salud, una organización del gobierno que ofrece asistencia personalizada (consulte la **Sección 2** de este capítulo).

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.

Paso 1: Comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad de su estado y pida una "revisión rápida" de su alta del hospital. Debe actuar rápidamente.

Una "revisión rápida" también se denomina "revisión inmediata".

¿Qué es la Organización para la mejora de la calidad?

- Esta organización está integrada por un grupo de médicos y otros profesionales de salud a los que les paga el gobierno federal. Estos expertos no forman parte de nuestro plan. Medicare le paga a esta organización para que verifique y ayude a mejorar la calidad de la atención que se les brinda a las personas que tienen Medicare. Esto incluye revisar las fechas del alta del hospital para las personas que tienen Medicare.

¿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 la Sección 4 del Capítulo 2 de este documento).

Actúe rápido:

- Para presentar la apelación, debe ponerse en contacto 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**. (La "fecha prevista del alta" es la fecha que se ha fijado para que abandone el hospital).
  - Si usted cumple este plazo, se le autorizará a permanecer en el hospital **después** de la fecha del alta **sin que deba pagar por ello**, mientras espera la decisión sobre su apelación por parte de la Organización para la mejora de la calidad.
  - Si **no** cumple este plazo y decide quedarse en el hospital después de la fecha prevista del alta, **es posible que deba pagar todos los costos** correspondientes a la atención hospitalaria que reciba tras la fecha prevista del alta.
- Si se vence el plazo para ponerse en contacto con la Organización para la mejora de la calidad y aún desea presentar una apelación, debe presentarla directamente ante nuestro plan. Para obtener detalles sobre esta otra forma de presentar su apelación, consulte la **Sección 8.4** de este capítulo.

Solicite una "revisión rápida":

- Debe pedirle a la Organización para la mejora de la calidad que efectúe una **"revisión rápida"** del alta. Pedir una "revisión rápida" significa que le pide a la organización que use plazos "rápidos" para una apelación en lugar del plazo estándar.

Términos legales
Una **"revisión rápida"** también se denomina **"revisión inmediata"** o **"revisión acelerada"**.

Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad realiza una revisión independiente de su caso.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de salud de la Organización para la mejora de la calidad (los llamaremos "los revisores" para abreviar) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué creen 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 hemos dado.
- Antes del mediodía del día después de que los revisores le informen a nuestro plan sobre su apelación, también recibirá un aviso por escrito en el que se le indicará su fecha prevista del alta y se le explicará en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros pensamos que es adecuado (médicamente apropiado) que reciba el alta en esa fecha.

Términos legales
La explicación por escrito se denomina **"Aviso detallado del alta".** Para obtener una muestra de este aviso, puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros (en la contraportada de este documento, encontrará impresos los números de teléfono) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). O bien, puede ver un aviso de muestra en Internet en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html.

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 proporcionará la respuesta a su apelación.

¿Qué sucede si la aceptan?

- Si la organización de revisión acepta la apelación, **debemos seguir brindándole los 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 los deducibles o los copagos, si corresponden). Además, es posible que haya limitaciones en sus servicios hospitalarios cubiertos. (Consulte el Capítulo 4 de este documento).

¿Qué sucede si la rechazan?

- Si la organización de revisión rechaza su apelación, significa que la fecha prevista del alta es médicamente apropiada. Si esto sucede, **nuestra cobertura de 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 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 al día en que la Organización para la mejora de la calidad le dé la 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 rechazó su apelación **y** usted permanece en el hospital después de la fecha prevista del alta, puede presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que pasa al “Nivel 2” del proceso de apelaciones.

Sección 8.3	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha del alta del hospital

Si la Organización para la mejora de la calidad rechazó su apelación **y** usted permanece en el hospital después de la fecha prevista del alta, puede presentar una apelación de Nivel 2. Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para la mejora de la calidad que revise de nuevo la decisión que tomaron en 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 con posterioridad a la fecha prevista del alta.

El Nivel 2 del proceso de apelaciones tiene los pasos que se indican a continuación:

Paso 1: Usted se comunica 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 de la Organización para la mejora de la calidad decidirán, en un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud para una segunda revisión, sobre su apelación y le informarán su decisión.

Si la organización de revisión la acepta, ocurrirá lo siguiente:

- **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.**
- Pueden aplicarse limitaciones de cobertura.

Si la organización de revisión la rechaza, ocurrirá lo siguiente:

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron para su apelación de Nivel 1 y no la cambiarán.
- En el aviso que recibirá se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles para continuar con el siguiente nivel de apelación, que 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 y presentar una apelación de Nivel 3.

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (hasta un total de cinco niveles de apelación). Si la organización de revisión rechaza su apelación de Nivel 2, puede elegir aceptar esa decisión o ir al Nivel 3 y presentar otra apelación. En el Nivel 3, un juez administrativo o un abogado mediador revisa su apelación.
- **La Sección 10** de este capítulo incluye más información acerca del proceso de apelaciones para los Niveles 3, 4 y 5.

Sección 8.4 ¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar una apelación de Nivel 1?

Puede presentar una apelación ante nosotros

Como se explica anteriormente en la **Sección 8.2**, debe actuar rápido para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad y comenzar su primera apelación del alta del hospital. ("Rápido" significa antes de dejar el hospital y no después de su fecha prevista del alta, lo que ocurra primero). Si se vence el plazo para comunicarse con esta organización, hay otra forma de presentar su apelación.

Si usa esta otra forma de presentar su apelación, los **primeros dos niveles de apelación son diferentes.**

Paso a paso: Cómo presentar una apelación alternativa de Nivel 1

Si se vence el plazo para ponerse en contacto con la Organización para la mejora de la calidad, puede presentarnos directamente la apelación pidiendo una "revisión rápida". Una revisión rápida es una apelación que usa plazos rápidos en lugar del plazo estándar.

Términos legales
A la "revisión rápida" (o "apelación rápida") también se la denomina **"apelación acelerada"**.

Paso 1: Comuníquese con nosotros y pídanos una "revisión rápida".

- Para obtener detalles sobre cómo ponerse en contacto con nosotros, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección denominada *"Cómo ponerse en contacto con nosotros para presentar una apelación sobre su atención médica".*
- **No se olvide de pedir una "revisión rápida".** Esto significa que nos pide que le demos una respuesta usando los plazos "rápidos" en lugar de los "estándares".

Paso 2: Hacemos una "revisión rápida" de su fecha prevista del alta y verificamos si es médicamente apropiada.

- Durante esta revisión, analizamos toda la información sobre su hospitalización. Comprobamos si su fecha prevista del alta fue médicamente apropiada. Comprobaremos si la decisión sobre cuándo debería dejar el hospital fue justa y seguía todas las normas.
- En esta situación, usaremos los plazos "rápidos" en lugar de los "estándares" para darle una respuesta a esta revisión.

Paso 3: Le comunicamos nuestra decisión dentro de un plazo de 72 horas después de pedir una "revisión rápida" ("apelación rápida").

- **Si aceptamos su apelación rápida**, significa que hemos aceptado que sigue necesitando estar en el hospital después de la fecha del alta y seguiremos proporcionándole servicios hospitalarios para pacientes internados cubiertos mientras sigan siendo médicamente necesarios. También significa que hemos aceptado reembolsarle por los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura. (Es posible que se apliquen limitaciones de cobertura).
- **Si rechazamos su apelación rápida,** estamos diciendo que su fecha prevista del alta era médicamente apropiada. Nuestra cobertura de los servicios hospitalarios para pacientes internados finaliza el día en que dijimos que finalizaría la cobertura.
    - Si permaneció en el hospital **después** de su fecha prevista del alta, entonces **es posible que deba pagar el costo total** de la atención hospitalaria que recibió después de la fecha prevista del alta.

Paso 4: Si rechazamos su apelación rápida, su caso se enviará automáticamente al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

- Para asegurarnos de que seguimos todas las normas cuando rechazamos su apelación rápida, **se nos pide enviar su apelación a una "Organización de revisión independiente".** Al hacer esto, significa que usted pasa **automáticamente** al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Paso a paso: Proceso de apelaciones alternativas de Nivel 2

Durante la apelación de Nivel 2, una **Organización de revisión independiente** revisa la decisión que tomamos al rechazar su "apelación rápida". Esta organización determina si la decisión que tomamos debe ser cambiada.

Términos legales
El nombre formal para la "Organización de revisión independiente" es **"Entidad de revisión independiente"**. A veces, se la denomina **"IRE"**.

Paso 1: Enviaremos su caso automáticamente a la Organización de revisión independiente.

- Estamos obligados a enviar la información para su apelación de Nivel 2 a la Organización de revisión independiente en un plazo de 24 horas a partir del momento en que le informamos que vamos a rechazar su primera apelación. (Si cree que no estamos cumpliendo con este

plazo o con otros, puede presentar un reclamo. El proceso de reclamos es diferente del proceso de apelaciones. La Sección 11 de este capítulo le indica cómo presentar un reclamo).

Paso 2: La Organización de revisión independiente hace una "revisión rápida" de su apelación. Los revisores le darán una respuesta dentro de un plazo de 72 horas.

- **La Organización de revisión independiente es una organización independiente externa que contrata Medicare**. Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una empresa que elige Medicare para ser la Organización de revisión independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Los revisores de la Organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación del alta del hospital.
- **Si esta organización acepta su apelación**, debemos reembolsarle (devolverle) la parte que nos corresponde de la atención hospitalaria que recibió desde la fecha prevista del alta. Nosotros debemos seguir brindando cobertura para sus servicios hospitalarios para pacientes internados durante el tiempo que sean médicamente necesarios. Usted deberá seguir pagando la parte que le corresponde del costo. Si corresponden límites de cobertura, estos podrían limitar cuánto le reembolsaremos o durante cuánto tiempo seguiremos cubriendo sus servicios.
- **Si esta organización rechaza su apelación**, significa que está de acuerdo con nosotros en que la fecha prevista del alta del hospital era médicamente apropiada.
    - En el aviso que reciba de la Organización de revisión independiente se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles para continuar con una apelación de Nivel 3, que está a cargo de un juez administrativo o un abogado mediador.

Paso 3: Si la Organización de revisión independiente rechaza su apelación, puede elegir si desea continuar con su apelación.

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (hasta un total de cinco niveles de apelación). Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 2, usted decide si desea aceptar su decisión o ir al Nivel 3 y presentar una tercera apelación.
- **La Sección 10** de este capítulo incluye más información acerca del proceso de apelaciones para los Niveles 3, 4 y 5.

SECCIÓN 9 Cómo pedirnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si siente que su cobertura está finalizando demasiado pronto

Sección 9.1	Esta sección solo trata acerca de tres servicios: Servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada y servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF)

Esta sección hace referencia *solo* a los siguientes tipos de atención:

- **Servicios de atención médica a domicilio** que está recibiendo.
- **Atención de enfermería especializada** que está recibiendo como paciente de un centro de atención de enfermería especializada. (Para obtener información sobre los requisitos para poder considerar un centro como "centro de atención de enfermería especializada", consulte el Capítulo 11, *Definiciones de palabras importantes*).
- **Atención de rehabilitación** que está recibiendo como paciente externo en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) aprobado por Medicare. Normalmente, esto significa que está recibiendo tratamiento por una enfermedad o un accidente o que se está recuperando de una operación importante. (Para obtener más información sobre este tipo de centro, consulte el Capítulo 11, *Definiciones de palabras importantes*).

Cuando está recibiendo cualquiera de estos tipos de atención, tiene derecho a seguir recibiendo sus servicios cubiertos para ese tipo de atención, siempre que la atención sea necesaria para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre sus servicios cubiertos, incluida la parte que le corresponde de los costos y cualquier limitación de cobertura que pueda corresponder, consulte el Capítulo 4 de este documento: *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)*.

Cuando decidimos que es hora de dejar de cubrir alguno de los tres 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 9.2	Le diremos por adelantado cuándo se termina su cobertura

1. Recibirá un aviso por escrito. Al menos dos días antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención, usted recibirá un aviso.

- También se le indica qué puede hacer si quiere pedirle a nuestro plan que cambie su decisión con respecto a cuándo finaliza la cobertura de su atención, y que siga cubriéndola durante un período más prolongado.

Términos legales
Como le indica qué puede hacer, el aviso por escrito le explica cómo puede solicitar una **"apelación de vía rápida"**. 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. (La **Sección 9.3**, a continuación, le dice cómo puede solicitar una apelación de vía rápida).
El aviso por escrito se denomina **"Aviso de la no cobertura de Medicare"**.

2. Debe firmar el aviso por escrito para demostrar que lo recibió.

- Usted o alguien que actúe en su nombre deberán firmar el aviso. (La **Sección 5.2** de este capítulo le indica cómo puede darle permiso por escrito a alguien para que actúe como su representante).
- La firma del aviso **solo** indica que ha recibido la información sobre cuándo finalizará la cobertura. **Firmarlo no significa que está de acuerdo** con el plan sobre que es momento de dejar de recibir la atención.

Sección 9.3	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo

Si desea pedirnos que cubramos su atención 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.** A continuación, se explica cada paso en los dos primeros niveles del proceso de apelaciones.
- **Cumpla con los plazos.** Los plazos son importantes. Asegúrese de que comprende y sigue los plazos correspondientes a lo que debe hacer. Nuestro plan también debe seguir plazos. (Si cree que no estamos cumpliendo con nuestros plazos, puede presentar un reclamo. La **Sección 11** de este capítulo le indica cómo presentar un reclamo).
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame al Departamento de Servicios para Miembros (en la contraportada de este documento, encontrará impresos los números de teléfono). O bien, llame al Programa estatal de asistencia en seguros de salud, una organización del gobierno que ofrece asistencia personalizada (consulte la **Sección 2** de este capítulo en este documento).

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la mejora de la calidad revisa su apelación y decide si debe cambiar la decisión tomada por nuestro plan.

Paso 1: Solicite su apelación de Nivel 1: comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad de su estado y pida una revisión. Debe actuar rápidamente.

¿Qué es la Organización para la mejora de la calidad?

- Esta organización está integrada por un grupo de médicos y otros expertos de la atención médica a los que les paga el gobierno federal. Estos expertos no forman parte de nuestro plan. Comprueban la calidad de la atención que reciben las personas con Medicare, y revisan las decisiones del plan sobre cuándo es momento de dejar de cubrir ciertos tipos de atención médica.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- En el aviso por escrito que recibió se 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 la Sección 4 del Capítulo 2 de este documento).

¿Qué debe pedir?

- Pídale a esta organización una “apelación acelerada” (que realice una revisión independiente) respecto a si es médicamente apropiado para nosotros finalizar la cobertura para sus servicios médicos.

Su plazo para comunicarse con esta organización.

- Para iniciar la apelación, debe ponerse en contacto 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 la no cobertura de Medicare.
- Si se vence el plazo para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad sobre su apelación, puede presentarla directamente ante nosotros. Para obtener detalles sobre esta otra forma de presentar su apelación, consulte la **Sección 9.5** de este capítulo.

Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad realiza una revisión independiente de su caso.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de salud de la Organización para la mejora de la calidad (los llamaremos "los revisores" para abreviar) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué creen 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 también revisará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que le ha dado nuestro plan.
- Al final del día, los revisores nos informan sobre su apelación, usted también recibirá un aviso por escrito de parte nuestra donde se explican detalladamente las razones por las cuales queremos finalizar la cobertura de sus servicios.

Términos legales
Esta explicación por escrito se denomina **"Explicación detallada de no cobertura"**.

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, **debemos seguir brindándole los 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). Además, es posible que haya limitaciones en sus servicios cubiertos (consulte el Capítulo 4 de este documento).

¿Qué sucede si los revisores rechazan su apelación?

- Si los revisores rechazan su apelación, **su cobertura se cancelará en la fecha que le habíamos indicado**. Dejaremos de pagar la parte de los costos de esta atención en la fecha que aparece en el aviso.
- 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.

- Esta primera apelación que hace es el "Nivel 1" del proceso de apelaciones. 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 otra apelación.
- Presentar otra apelación significa que pasa al "Nivel 2" del proceso de apelaciones.

Sección 9.4	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo

Si la Organización para la mejora de la calidad rechaza su apelación **y** usted decide continuar recibiendo la atención una vez que su cobertura ha finalizado, puede presentar una apelación de Nivel 2. Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para la mejora de la calidad que revise de nuevo la decisión que tomaron en 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 servicios 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.

El Nivel 2 del proceso de apelaciones tiene los pasos que se indican a continuación:

Paso 1: Usted se comunica 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** 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.

<u>Paso 2:</u> 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.

<u>Paso 3:</u> Los revisores decidirán, en un plazo de 14 días después de recibir su solicitud de apelación, sobre su apelación y le informarán su decisión.

¿Qué sucede si la organización de revisión 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 la rechaza?

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomamos respecto de su apelación de Nivel 1 y no la cambiarán.
- En el aviso que recibirá se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles para continuar con el siguiente nivel de apelación, que está a cargo de un juez administrativo o un abogado mediador.

<u>Paso 4:</u> 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 los revisores rechazan su apelación de Nivel 2, puede elegir aceptar esa decisión o pasar al Nivel 3 y presentar otra apelación. En el Nivel 3, un juez administrativo o un abogado mediador revisa su apelación.
- **La Sección 10** de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 9.5 ¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar una apelación de Nivel 1?

Puede presentar una apelación ante nosotros

Como se explica anteriormente en la **Sección 9.3,** debe actuar rápido para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad y comenzar su primera apelación (en un día o dos, como

máximo). Si se vence el plazo para comunicarse con esta organización, hay otra forma de presentar su apelación. Si usa esta otra forma de presentar su apelación, los **primeros dos niveles de apelación son diferentes**.

Paso a paso: Cómo presentar una apelación alternativa de Nivel 1
Si se vence el plazo para ponerse en contacto con la Organización para la mejora de la calidad, puede presentarnos directamente la apelación pidiendo una "revisión rápida". Una revisión rápida es una apelación que usa plazos rápidos en lugar del plazo estándar.

Estos son los pasos de la apelación alternativa de Nivel 1:

Términos legales
A la "revisión rápida" (o "apelación rápida") también se la denomina **"apelación acelerada"**.

Paso 1: Comuníquese con nosotros y pídanos una "revisión rápida".

- Para obtener detalles sobre cómo ponerse en contacto con nosotros, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección denominada *"Cómo ponerse en contacto con nosotros para presentar una apelación sobre su atención médica"*.
- **No se olvide de pedir una "revisión rápida".** Esto significa que nos pide que le demos una respuesta usando los plazos "rápidos" en lugar de los "estándares".

Paso 2: Hacemos una "revisión rápida" de la decisión que tomamos sobre dejar de cubrir sus servicios.

- Durante esta revisión, volvemos a revisar toda la información sobre su caso. Comprobamos si seguimos todas las normas cuando establecimos la fecha para finalizar la cobertura del plan de los servicios que estaba recibiendo.
- Usaremos los plazos "rápidos" en lugar de los "estándares" para darle una respuesta a esta revisión.

Paso 3: Le comunicamos nuestra decisión dentro de un plazo de 72 horas después de pedir una "revisión rápida" ("apelación rápida").

- **Si aceptamos su apelación rápida,** significa que coincidimos en que necesita esos servicios durante más tiempo y seguiremos brindándole los servicios cubiertos mientras sigan siendo médicamente necesarios. También significa que hemos aceptado reembolsarle la parte que nos corresponde de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos

que terminaría su cobertura. Debe pagar la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.
- **Si rechazamos su apelación rápida**, su cobertura finalizará en la fecha que le indicamos y no pagaremos ninguna parte de los costos después de esa fecha.
- Si continuó 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 termina su cobertura, **deberá pagar el costo total** de esta atención usted mismo.

Paso 4: Si rechazamos su apelación rápida, su caso se enviará automáticamente al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

- Para asegurarnos de que seguimos todas las normas cuando rechazamos su apelación rápida, **se nos pide enviar su apelación a una "Organización de revisión independiente".** Al hacer esto, significa que usted pasa **automáticamente** al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Paso a paso: Proceso de apelaciones alternativas de Nivel 2
Durante la apelación de Nivel 2, la **Organización de revisión independiente** revisa la decisión que tomamos al rechazar su "apelación rápida". Esta organización determina si la decisión que tomamos debe ser cambiada.

Términos legales
El nombre formal para la "Organización de revisión independiente" es **"Entidad de revisión independiente"**. A veces, se la denomina **"IRE"**.

Paso 1: Enviaremos su caso automáticamente a la Organización de revisión independiente.

- Estamos obligados a enviar la información para su apelación de Nivel 2 a la Organización de revisión independiente en un plazo de 24 horas a partir del momento en que le informamos que vamos a rechazar su primera apelación. (Si cree que no estamos cumpliendo con este plazo o con otros, puede presentar un reclamo. El proceso de reclamos es diferente del proceso de apelaciones. La **Sección 11** de este capítulo le indica cómo presentar un reclamo).

Paso 2: La Organización de revisión independiente hace una "revisión rápida" de su apelación. Los revisores le darán una respuesta dentro de un plazo de 72 horas.

- **La Organización de revisión independiente es una organización independiente externa que contrata Medicare**. Esta organización no está relacionada con nosotros y no es una

agencia gubernamental. Esta organización es una empresa que elige Medicare para ser la Organización de revisión independiente. Medicare supervisa su trabajo.

- Los revisores de la Organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente la información relacionada con su apelación.
- **Si esta organización *acepta* su apelación**, entonces debemos reembolsarle (devolverle) la parte que nos corresponde de los costos de la atención que recibió a partir de la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura. También debemos seguir cubriendo la atención mientras sea médicamente necesaria. Usted deberá seguir pagando la parte que le corresponde de los costos. Si corresponden límites de cobertura, estos podrían limitar cuánto le reembolsaremos o durante cuánto tiempo seguiremos cubriendo sus servicios.
- **Si esta organización rechaza su apelación**, significa que está de acuerdo con la decisión que tomó nuestro plan respecto de la primera apelación y no la modificará.
    - En el aviso que reciba de la Organización de revisión independiente se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles para continuar con una apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si la Organización de revisión independiente rechaza su apelación, puede elegir si desea continuar con su apelación.

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, lo que representa un total de cinco niveles de apelación. Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 2, puede elegir aceptar esa decisión o ir al Nivel 3 y presentar otra apelación. En el Nivel 3, un juez administrativo o un abogado mediador revisa su apelación.
- 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 al Nivel 3 y más allá

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. Si el valor en dólares es

suficientemente alto, la respuesta por escrito que reciba para su apelación de Nivel 2 explicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer para pedir una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los tres últimos niveles de apelación funcionan más o menos de la misma manera. La revisión de su apelación la gestionan estas personas en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3: Un juez (llamado 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 no.** Decidiremos si será necesario apelar esta decisión en el Nivel 4. A diferencia de la decisión tomada en el Nivel 2 (Organización de revisión independiente), tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 favorable para usted.
    - Si decidimos no apelar la decisión, debemos autorizar o brindarle el servicio 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 el servicio en cuestión.
- **Si el juez administrativo o el abogado mediador rechazan su apelación, el proceso de apelaciones puede concluir o no.**
    - 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. Si el juez administrativo o el abogado mediador rechazan su apelación, en el aviso que reciba se le indicará qué hacer a continuación si decide seguir con su apelación.

Apelación de Nivel 4: El **Consejo de apelaciones** (Consejo) de Medicare 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 solicitud de revisar una decisión favorable a una apelación de Nivel 3, el proceso de apelaciones puede concluir o no**. Decidiremos si será necesario apelar esta decisión en el Nivel 5. A diferencia de la decisión tomada en el Nivel 2 (Organización de revisión independiente), tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 4 favorable para usted si el valor del producto o servicio médico cumple con el valor en dólares requerido.
    - Si decidimos **no** apelar la decisión, debemos autorizar o brindarle el servicio 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 no.**
  - 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. Si las normas le permiten continuar, en el aviso escrito que reciba también se le indicará con quién comunicarse y qué hacer a continuación si decide seguir con su apelación.

Apelación de Nivel 5: Un juez del **Tribunal federal de distrito** revisará su apelación.

- Este es el último paso del proceso de apelaciones.

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 la audiencia imparcial le indicará qué hacer si desea continuar el proceso de apelación.

Sección 10.3 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de 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. La respuesta por escrito que usted reciba para su apelación de Nivel 2 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 tres últimos niveles de apelación funcionan más o menos de la misma manera. La revisión de su apelación la gestionan estas personas en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3: Un juez (llamado 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.** Lo que ha solicitado en la apelación ha sido aprobado. Debemos **autorizar o brindar la cobertura para medicamentos** que fue aprobada por el juez administrativo o el abogado mediador **dentro de las 72 horas (24 horas para las apelaciones aceleradas) o realizar el pago, a más tardar, dentro de los 30 días calendario** después de recibir la resolución.
- **Si la apelación se rechaza, el proceso de apelaciones puede concluir o no.**
  - 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. Si el juez administrativo o el abogado mediador rechazan su apelación, en el aviso que reciba se le indicará qué hacer a continuación si decide seguir con su apelación.

Apelación de Nivel 4: El **Consejo de apelaciones** (Consejo) de Medicare 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.** Lo que ha solicitado en la apelación ha sido aprobado. Debemos **autorizar o brindar la cobertura para 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 decisión.
- **Si la apelación se rechaza, el proceso de apelaciones puede concluir o no.**
  - 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 o deniega su solicitud para revisar la apelación, el aviso que reciba le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5. Si las normas le permiten continuar, en el aviso escrito que reciba también se le indicará con quién comunicarse y qué hacer a continuación si decide seguir con su apelación.

Apelación de Nivel 5: Un juez del **Tribunal federal de distrito** revisará su apelación.

- Este es el último paso del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 11 Cómo presentar un reclamo sobre la calidad de la atención, los plazos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes

Si tiene problemas con las decisiones relacionadas con los beneficios, la cobertura o el pago, esta sección no es la indicada. En su lugar, debe usar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones. Vaya a la Sección 5 de este capítulo.

Sección 11.1 ¿Qué tipos de problemas se tratan en el proceso de reclamos?

En esta sección se explica cómo se puede utilizar el proceso para presentar reclamos. El proceso de reclamos se aplica a ciertos tipos de problemas únicamente. Entre ellos se incluyen los problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el Departamento de Servicios para Miembros que recibe. A continuación, encontrará algunos ejemplos de los tipos de problemas que pueden gestionarse a través del proceso de reclamos.

Si tiene cualquiera de estos tipos de problemas puede "presentar un reclamo"

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	• ¿Cree que alguien no respetó el derecho a su privacidad o compartió información que usted considera que debería ser confidencial?
Falta de respeto, mal servicio para miembros u otro comportamiento negativo	• ¿Ha sido alguien descortés o le ha faltado el respeto? • ¿Está insatisfecho con la manera en que lo han tratado en nuestro Departamento de Servicios para Miembros? • ¿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?

Reclamo	Ejemplo
	• ¿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? ○ Entre los ejemplos se incluye esperar demasiado al teléfono, en la sala de espera, en la sala de exámenes o cuando le van a dar una receta.
Limpieza	• ¿Está insatisfecho con la limpieza o el estado de una clínica, hospital o consultorio de un médico?
Información que obtiene de nosotros	• ¿Cree que no le hemos dado un aviso que estamos obligados a darle? • ¿Cree que la información por escrito que le hemos dado es difícil de comprender?
Oportunidad (Estos tipos de reclamos se relacionan con lo oportuno de las medidas que tomemos respecto de las decisiones de cobertura y las apelaciones)	El proceso de pedir una decisión de cobertura y presentar apelaciones se explica en las **secciones 5 a 11** de este capítulo. Si está pidiendo una decisión de cobertura o presentando una apelación, debe usar ese proceso, no el proceso de reclamos. Sin embargo, si ya nos ha pedido una decisión de cobertura o presentado una apelación, y le parece que no estamos respondiendo lo suficientemente rápido, también puede presentar un reclamo por nuestra lentitud. Estos son algunos ejemplos: • Si ha pedido que le demos una “decisión rápida de cobertura” o una “apelación rápida”, y le hemos dicho que no lo haremos, puede presentar un reclamo. • Si cree que no estamos cumpliendo los plazos para darle una decisión de cobertura o la respuesta a una apelación que ha presentado, puede presentar un reclamo. • Cuando se revisa una decisión de cobertura tomada y se nos indica que debemos cubrir o reembolsar ciertos servicios médicos, se aplican ciertos plazos. Si cree que no estamos cumpliendo con nuestros plazos, puede presentar un reclamo. • Cuando no le damos una decisión a tiempo, tenemos la obligación de enviar su caso a la Organización de revisión independiente. Si no lo hacemos dentro del plazo obligatorio, puede presentar un reclamo.

Sección 11.2 El nombre formal para “presentar un reclamo” es “interponer una queja”

Términos legales

- En esta sección, un **“reclamo”** también se denomina **“queja”**.
- Otro término para **“presentar un reclamo”** es **“interponer una queja”**.
- Otra forma de decir **“usar el proceso para reclamos”** es **“usar el proceso para interponer una queja”**.

Sección 11.3 Paso a paso: Presentación de un reclamo

Paso 1: Comuníquese con nosotros de inmediato, ya sea por escrito o por teléfono.

- **Habitualmente, el primer paso consiste en llamar al Departamento de Servicios para Miembros**. Si hay algo más que necesite hacer, el Departamento de Servicios para Miembros se lo indicará. Puede comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros al 1-855-463-0933 (TTY 711). Atendemos de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana.
- **Si no desea 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 y recursos importantes (Cómo ponerse en contacto con nosotros para presentar un reclamo sobre los medicamentos con receta de la Parte D* o *Cómo ponerse en contacto con nosotros para presentar un reclamo sobre su atención médica).*
    - Asegúrese de proporcionar toda la información pertinente, incluido cualquier documento de respaldo que considere apropiado. Debemos recibir su reclamo dentro de los 60 días calendario desde el evento o incidente que le llevaron a presentar un reclamo.
    - 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" 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:
  - La intención de nuestro plan de tomar una extensión de 14 días calendario para una determinación de cobertura/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 y recursos importantes (Cómo ponerse en contacto con nosotros para presentar un reclamo sobre los medicamentos con receta de la Parte D* o *Cómo ponerse en contacto con nosotros para 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 recibimos 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 comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros de inmediato.** Puede presentar un reclamo en cualquier momento después de haber tenido el problema sobre el que quiere reclamar.

- **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.**

Términos legales
El nombre formal para la "Organización de revisión independiente" que revisa los casos de Medicare es **"Entidad de revisión independiente".** A veces, se la denomina **"IRE"**.

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. Si su afección requiere que respondamos rápidamente, así lo haremos.
- **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 su reclamo. Si decidimos tomar días adicionales, se lo notificaremos por escrito.
- **Si no estamos de acuerdo** con la totalidad o parte del reclamo, o si no nos hacemos responsables por el problema del que se está quejando, se lo comunicaremos. Nuestra respuesta incluirá nuestras razones para esta contestación. Debemos responder si aceptamos el reclamo o no.

Sección 11.4 También puede presentar reclamos sobre la calidad de la atención ante la Organización para la mejora de la calidad

Usted puede presentar un reclamo sobre la calidad de la atención que recibió a través del proceso paso a paso, descrito anteriormente.

Cuando su reclamo es sobre la **calidad de la atención**, también tiene dos opciones adicionales:

- **Puede presentar su reclamo a la Organización para la mejora de la calidad.** Si lo prefiere, puede presentar su reclamo sobre la calidad de la atención que recibió directamente ante esta organización (**sin** presentarnos el reclamo).

- La Organización para la mejora de la calidad es un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica, a los cuales el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare.
- Para encontrar el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la mejora de la calidad de su estado, consulte la Sección 4 del Capítulo 2 de este documento. Si presenta un reclamo a esta organización, colaboraremos con ellos para resolverlo.
- O bien, puede presentar su reclamo ante ambos sitios al mismo tiempo. Si así lo desea, puede presentar su reclamo sobre la calidad de la atención ante nosotros y también ante la Organización para la mejora de la calidad.

Sección 11.5 También puede informarle a Medicare y Medicaid acerca de su reclamo

Puede presentar un reclamo sobre Aetna Better Health of Virginia (HMO D-SNP) directamente ante Medicare. Para presentar un reclamo ante Medicare, ingrese en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma sus reclamos seriamente y utilizará esta información para mejorar la calidad del programa de Medicare.

Si tiene cualquier otro comentario o inquietud, o si considera que el plan no está tratando su caso, llame 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 VA 23219
Fax: 804-452-5454
Teléfono: 804-371-8488

Capítulo 10

Cancelación de su membresía en el plan

Capítulo 10. Cancelación de su membresía en el plan

SECCIÓN 1 Introducción 290
Sección 1.1 Este capítulo se centra en la cancelación de su membresía en nuestro plan 290

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede finalizar su membresía en nuestro plan? 290
Sección 2.1 Puede cancelar su membresía si tiene Medicare y Medicaid 290
Sección 2.2 Puede finalizar su membresía durante el Período de inscripción anual 292
Sección 2.3 Puede finalizar su membresía durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage 293
Sección 2.4 En ciertas situaciones, puede cancelar su membresía durante un Período de inscripción especial 293
Sección 2.5 ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede cancelar su membresía? 295

SECCIÓN 3 ¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan? 295
Sección 3.1 En general, usted cancela su membresía cuando se inscribe en otro plan 295

SECCIÓN 4 Hasta que finalice su membresía, debe seguir recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan 297
Sección 4.1 Hasta que finalice su membresía, sigue siendo miembro de nuestro plan 297

SECCIÓN 5 Aetna Better Health of Virginia (HMO D-SNP) debe cancelar su membresía en el plan en ciertas situaciones 298
Sección 5.1 ¿Cuándo debemos cancelar su membresía en el plan? 298
Sección 5.2 No podemos pedirle que cancele su inscripción en nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud 299
Sección 5.3 Tiene derecho a presentar un reclamo si cancelamos su membresía en nuestro plan 299

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Este capítulo se centra en la cancelación de su membresía en nuestro plan

La cancelación de la membresía en Aetna Better Health of Virginia (HMO D-SNP) puede ser **voluntaria** (es su elección) o **involuntaria** (no es su elección):

- Es posible que deje nuestro plan porque ha decidido que *quiere* dejarlo.
  - Solo hay ciertos momentos del año, o ciertas situaciones, en las que puede cancelar voluntariamente su membresía en el plan. La Sección 2 describe cuándo puede cancelar su membresía en el plan. La Sección 2 describe los tipos de planes en los que puede inscribirse y cuándo comenzará la inscripción en su nueva cobertura.
  - El proceso para cancelar voluntariamente su membresía varía dependiendo de qué tipo de cobertura nueva está eligiendo. La Sección 3 describe *cómo* puede cancelar su membresía en cada situación.
- También hay situaciones limitadas en las que no decide dejarlo, pero nos vemos obligados a cancelar su membresía. La Sección 5 describe situaciones en las que podemos finalizar su membresía.

Si está dejando nuestro plan, debe continuar recibiendo su atención médica a través de nuestro plan hasta que finalice su membresía.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede finalizar su membresía en nuestro plan?

Puede finalizar su membresía en nuestro plan solo durante determinados momentos del año, conocidos como períodos de inscripción. Todos los miembros tienen la oportunidad de dejar el plan durante el Período de inscripción anual y durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage. En ciertas situaciones, también puede ser elegible para dejar el plan en otros momentos del año.

Sección 2.1 Puede cancelar su membresía si tiene Medicare y Medicaid

La mayoría de las personas con Medicare pueden finalizar su membresía solo durante ciertos momentos del año. Debido a que tiene Medicaid, es posible que pueda cancelar su membresía en

nuestro plan o cambiar a un plan diferente, una vez durante cada uno de los siguientes Períodos de inscripción especial:

- De enero a marzo
- De abril a junio
- De julio a septiembre

Si se unió a nuestro plan durante uno de estos períodos, deberá esperar el próximo período para cancelar su membresía o cambiar a un plan diferente. No puede utilizar este Período de inscripción especial para cancelar su membresía en nuestro plan entre octubre y diciembre. Sin embargo, todas las personas con Medicare pueden realizar cambios durante el Período de inscripción anual desde el 15 de octubre al 7 de diciembre. La Sección 2.2 incluye más información sobre el Período de inscripción anual.

- **¿A qué tipo de plan puede cambiarse?** Si decide cambiar a un nuevo plan, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes de Medicare:
    - Otro plan de salud de Medicare. (Puede elegir un plan que cubra medicamentos con receta o uno que no cubra medicamentos con receta).
    - Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
        - Si se pasa a Original Medicare y no se inscribe en un plan 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 con receta de Medicare y no tiene cobertura “acreditable” para medicamentos con receta 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. (Cobertura “acreditable” significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare).

Comuníquese con la Oficina de Medicaid de su estado para obtener información sobre las opciones del plan de Medicaid (los números de teléfono se encuentran en el **Anexo A** en la parte de atrás de este documento).

- **¿Cuándo finalizará su membresía?** 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 anual

Usted puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción anual (también conocido como “Período de inscripción abierta anual”). Es el momento en el que debe revisar su cobertura de salud y para medicamentos y tomar una decisión sobre su cobertura para el año siguiente.

- **¿Cuándo es el Período de inscripción anual?** El período va del 15 de octubre al 7 de diciembre.
- **¿A qué tipo de plan se puede cambiar durante el Período de inscripción anual?** Puede elegir 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 planes:
    - Otro plan de salud de Medicare. (Puede elegir un plan que cubra medicamentos con receta o uno que no cubra medicamentos con receta).
    - Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
    - *O bien,* Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
        - **Si recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar los medicamentos con receta, es posible que ocurra lo siguiente:** si se pasa a Original Medicare y no se inscribe en un plan 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 con receta de Medicare y no tiene cobertura acreditable para medicamentos con receta 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. (Cobertura “acreditable” significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare). Para obtener más información sobre la multa por inscripción tardía, consulte la Sección 4 del Capítulo 1.

- **¿Cuándo finalizará su membresía?** Su membresía finalizará 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

Tiene la oportunidad de hacer *un* cambio en su cobertura de salud durante el **Período de inscripción abierta de Medicare Advantage**.

- **¿Cuándo es el Período de inscripción abierta anual de Medicare Advantage?** Es todos los años, desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo.
- **¿A qué tipo de plan puede cambiar durante el Período de inscripción abierta anual de Medicare Advantage?** Durante este período, usted puede realizar lo siguiente:
  - Cambiarse a otro plan de Medicare Advantage. (Puede elegir un plan que cubra medicamentos con receta o uno que no cubra medicamentos con receta).
  - Cancelar su inscripción en nuestro plan y obtener la cobertura mediante 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.
- **¿Cuándo finalizará su membresía?** 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 con receta de Medicare, su membresía en el plan de medicamentos comenzará el primer día del mes después de que el plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

Sección 2.4	En ciertas situaciones, puede 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.**

- **¿Quién es elegible para un Período de inscripción especial?** Si alguna de las siguientes situaciones se aplica en su caso, es posible que sea elegible para finalizar su membresía durante el Período de inscripción especial. Estos son solo ejemplos; para obtener la lista completa, puede ponerse en contacto con el plan, llamar a Medicare o visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov):
  - En general, cuando se muda.
  - Si tiene Medicaid.
  - Si es elegible para recibir “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos con receta de Medicare.

- Si rompemos nuestro contrato con usted.
- Si está recibiendo atención en una institución, como un 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 no pueda cambiar de plan. Encontrará más información sobre los programas de administración de medicamentos en la Sección 10 del Capítulo 5.

Nota: La Sección 2.1 incluye más información sobre el Período de inscripción especial para personas que tengan Medicaid.

- **¿Cuáles son los Períodos de inscripción especial?** Los períodos de inscripción varían según cada caso.
- **¿Qué puede hacer?** Para saber si es elegible para un Período de inscripción especial, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si es elegible para cancelar su membresía debido a una situación especial, puede elegir cambiar tanto su cobertura de salud como su cobertura para medicamentos con receta de Medicare. Esto significa que puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
  - Otro plan de salud de Medicare. (Puede elegir un plan que cubra medicamentos con receta o uno que no cubra medicamentos con receta).
  - Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
  - *O bien,* Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
    - **Si recibe "Ayuda adicional" de Medicare para pagar los medicamentos con receta, es posible que ocurra lo siguiente:** si se pasa a Original Medicare y no se inscribe en un plan 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 con receta de Medicare y no tiene cobertura para medicamentos con receta 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. (Cobertura "acreditable" significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare). Para obtener más información sobre la multa por inscripción tardía, consulte la Sección 4 del Capítulo 1.

- **¿Cuándo finalizará su membresía?** Generalmente, su membresía finalizará el primer día del mes después de que se recibe su solicitud para cambiar su plan.

  Nota: Las Secciones 2.1 y 2.2 le brindan más información sobre el período de inscripción especial para personas con Medicaid y Ayuda adicional.

Sección 2.5	¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede cancelar su membresía?

Si tiene alguna pregunta o desea recibir más información sobre cuándo puede cancelar su membresía, las siguientes opciones están a su disposición:

- Puede **llamar al Departamento de Servicios para Miembros** (en la contraportada de este documento, encontrará impresos los números de teléfono).
- Puede encontrar la información en el manual ***Medicare & You 2022*** (Medicare y usted para 2022).
  - Cada otoño, todas las personas que tienen Medicare reciben una copia del manual *Medicare & You 2022* (Medicare y usted para 2022). Los nuevos miembros de Medicare la reciben en el plazo de un mes después de que se inscriben por primera vez.
  - También puede descargar una copia desde el sitio web de Medicare (www.medicare.gov). O bien, puede llamar a Medicare al número que figura más abajo para pedir una copia impresa.
- Puede comunicarse con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 3 ¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan?

Sección 3.1	En general, usted cancela su membresía cuando se inscribe en otro plan

Generalmente, para cancelar su membresía en nuestro plan, simplemente debe inscribirse en otro plan de Medicare. No obstante, si quiere pasar de nuestro plan a Original Medicare, pero no ha seleccionado un plan separado de medicamentos con receta de Medicare, debe solicitar que le cancelen la inscripción en nuestro plan. Hay dos maneras de pedir que cancelen su inscripción:

- Nos puede hacer un pedido a nosotros por escrito. Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros (en la contraportada de este documento, encontrará impresos los números de teléfono).

- *O bien,* puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

La siguiente tabla explica cómo debe cancelar su membresía en nuestro plan.

Si desea 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. Su nueva cobertura entrará en vigencia el primer día del siguiente mes. Su inscripción en Aetna Better Health of Virginia (HMO D-SNP) se cancelará automáticamente cuando comience su cobertura en el plan nuevo.
• Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.	• Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos con receta de Medicare. Su nueva cobertura entrará en vigencia el primer día del siguiente mes. Su inscripción en Aetna Better Health of Virginia (HMO D-SNP) se cancelará automáticamente cuando comience su cobertura en el plan nuevo.
• Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare ○ Si se pasa a Original Medicare y no se inscribe en un plan 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.	• **Envíenos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción**. Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros (en la contraportada de este documento, encontrará impresos los números de teléfono).

Si desea cambiar de nuestro plan a los siguientes:	Esto es lo que debe hacer:
○ Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos con receta de Medicare y no tiene otra cobertura acreditable para medicamentos con receta durante 63 días seguidos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía para inscribirse más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.	• También puede llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana, y pedir que cancelen su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. • Su inscripción en Aetna Better Health of Virginia (HMO D-SNP) se cancelará cuando comience la cobertura de Original Medicare.

Si tiene preguntas sobre los beneficios de Medicaid en el estado de VA, comuníquese con la oficina de Medicaid. Consulte el **Anexo A** en la parte de atrás de este documento para obtener la información de contacto. Pregunte cómo la inscripción en otro plan o el regreso a Original Medicare afectan el modo en que obtiene su cobertura de Medicaid del estado de Virginia (VA).

SECCIÓN 4 Hasta que finalice su membresía, debe seguir recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan

Sección 4.1 Hasta que finalice su membresía, sigue siendo miembro de nuestro plan

Si deja Aetna Better Health of Virginia (HMO D-SNP), es posible que transcurra algún tiempo antes de que su membresía se cancele y su cobertura nueva de Medicare entre en vigencia. (Consulte la Sección 2 para obtener información sobre cuándo comienza su nueva cobertura). Durante este tiempo, debe seguir obteniendo su atención médica y sus medicamentos con receta a través de nuestro plan.

- **Debe continuar usando las farmacias de nuestra red para surtir sus recetas hasta que se cancele su membresía en nuestro plan**. Normalmente, sus medicamentos con receta solo están cubiertos si se obtienen en una farmacia de la red, incluidos nuestros servicios de farmacia de pedidos por correo.

- **Si está hospitalizado el día que finaliza su membresía, su hospitalización estará generalmente 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 Better Health of Virginia (HMO D-SNP) debe cancelar su membresía en el plan en ciertas situaciones

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos cancelar su membresía en el plan?

Aetna Better Health of Virginia (HMO D-SNP) debe cancelar su membresía en el plan si ocurre cualquiera de los siguientes casos:

- 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.
- Si se muda fuera del área de servicio.
- Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio durante más de seis meses.
    - Si se muda o realiza un viaje largo, deberá llamar al Departamento de Servicios para Miembros para averiguar si el lugar adonde se muda o al que viaja está en el área de nuestro plan. (En la contraportada de este documento, encontrará impresos los números de teléfono del Departamento de Servicios para Miembros).
- Si es encarcelado (va a prisión).
- Si no es ciudadano de los Estados Unidos o no está legalmente presente en los Estados Unidos.
- Si miente o encubre información sobre otro seguro que tenga que le ofrece cobertura para medicamentos con receta.
- Si 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 usted debe pagar un monto adicional para la Parte D debido a sus ingresos y no lo hace, Medicare cancelará su inscripción en nuestro plan.

¿Dónde puede obtener más información?
Si tiene alguna pregunta o desea recibir más información sobre cuándo podemos finalizar su membresía, realice lo siguiente:

- Puede llamar al **Departamento de Servicios para Miembros** para obtener más información (en la contraportada de este documento, encontrará impresos los números de teléfono).

Sección 5.2	No podemos pedirle que cancele su inscripción en nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud

Aetna Better Health of Virginia (HMO D-SNP) no está autorizado a pedirle que cancele su inscripción en nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud.

¿Qué debe hacer si sucede esto?
Si considera que le están pidiendo que deje nuestro plan por un motivo relacionado con la salud, debe llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar durante las 24 horas, los 7 días de la semana.

Sección 5.3	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. También puede consultar la Sección 11 del Capítulo 9 para obtener información sobre cómo presentar un reclamo.

Capítulo 11

Avisos legales

Capítulo 11. Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes vigentes 302

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación 302

SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare 303

SECCIÓN 4 Aviso sobre recuperación de pagos en exceso 305

SECCIÓN 5 Determinaciones nacionales de cobertura 306

SECCIÓN 6 Contratistas independientes 306

SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes vigentes

Se aplican muchas leyes a esta *Evidencia de cobertura*, y es posible que se apliquen algunas disposiciones adicionales porque lo exige la ley. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades incluso si las leyes no están incluidas ni explicadas en este documento. La ley principal que se aplica a este documento es el título XVIII de la Ley del Seguro Social y las normas creadas bajo esta ley por parte de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Además, es posible que se apliquen otras leyes federales y, en determinadas circunstancias, las leyes del estado en el que vive.

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación

Nuestro plan debe cumplir con las leyes que lo protegen contra la discriminación o la falta de imparcialidad. **No discriminamos** por cuestiones de raza, origen étnico, nacionalidad, color, religión, sexo, género, 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 ofrecen planes Medicare Advantage, como nuestro plan, deben cumplir las leyes federales contra la discriminación, incluso el título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley del Cuidado de Salud de Bajo Costo, todas las demás leyes que se aplican a las organizaciones que reciben fondos federales, y cualquier otra ley o norma que se aplique por cualquier otra razón.

Si desea obtener más información o tiene alguna inquietud en cuanto a la 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.

Si usted tiene una discapacidad y necesita ayuda con el acceso a la atención, llámenos al Departamento de Servicios para Miembros (en la contraportada de este documento, encontrará impresos los números de teléfono). 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 Regulaciones Federales (CFR), Aetna Better Health of Virginia (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, durante las 24 horas, los 7 días de la semana, o visitando el sitio web www.medicare.gov.

Los derechos del plan a recuperar el dinero 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 no basado en culpa, incluido seguro automotriz y no automotriz sin culpa y seguro de pagos médicos.
- Una póliza o un plan de seguro de responsabilidad (incluido un plan de autoasegurado) emitidos conforme a una póliza o cobertura automotriz o de otro tipo.
- Una póliza o un plan de seguro automotriz (incluido un plan de 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 automotriz para asegurar 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 resulta en 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 § 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 2022, 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 AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para obtener las actualizaciones de cobertura publicadas para el año de beneficios.

SECCIÓN 6 Contratistas independientes

Los médicos, los hospitales y otros proveedores de atención médica participantes son contratistas independientes y no son agentes ni empleados de Aetna. No se puede garantizar la disponibilidad de ningún proveedor en particular. La composición de la red de proveedores está sujeta a cambios.

Capítulo 12

Definiciones de palabras importantes

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

Apelación: una apelación es un recurso que usted presenta si no está de acuerdo con la decisión de denegarle una solicitud de 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. Por ejemplo, puede pedir una apelación si no pagamos por un medicamento, producto o servicio que usted cree que debería poder recibir. El Capítulo 9 explica las apelaciones, incluido el proceso relacionado con presentar una apelación.

Área de servicio: es un área geográfica donde un plan de salud acepta miembros, en caso de que el plan limite la membresía según el lugar donde viven las personas. Para los planes que limitan qué médicos y hospitales puede utilizar, también es generalmente el área donde puede obtener servicios de rutina (no emergencias). El plan puede cancelar su inscripción si se muda fuera del área de servicio del plan de manera permanente.

Asociación de Médicos Independientes (IPA): negocia con las aseguradoras para proporcionar servicios para los asegurados a una tarifa fija o anticipada. Les permite a los médicos permanecer independientes mientras colaboran con otros médicos para lograr las mejores prácticas y negociar con las aseguradoras como grupo.

Atención de emergencia: servicios cubiertos que 1) brinda un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia y que 2) son necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia.

Atención 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 los servicios del centro de atención de enfermería especializada incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo pueden ser aplicadas por un enfermero certificado o un médico.

Autorización previa: es la aprobación por adelantado para obtener servicios o determinados medicamentos que pueden estar incluidos en el formulario o no. Algunos servicios médicos dentro de la red están cubiertos solo si su médico u otro proveedor de la red obtienen una “autorización previa” de nuestro plan. En la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4, se señalan los servicios cubiertos que necesitan autorización previa. Algunos medicamentos están cubiertos solo si su médico u otro proveedor de la red obtiene una “autorización previa” de nosotros. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el Formulario.

Auxiliar de atención médica a domicilio: un auxiliar de atención de médica a domicilio 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 los ejercicios prescritos). Los auxiliares de atención médica en el hogar no tienen una licencia de enfermería ni ofrecen terapia.

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.

Cancelar o **cancelación de la inscripción**: el proceso de cancelación de su membresía en nuestro plan. La cancelación de la inscripción puede ser voluntaria (su elección) o involuntaria (cuando no es su elección).

Centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF): es un centro que brinda principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, y que ofrece una variedad de servicios como servicios médicos, fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios de patología del habla y el 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. El Capítulo 2 explica cómo ponerse en contacto con los CMS.

Cobertura acreditable para medicamentos con receta: cobertura para medicamentos con receta (por ejemplo, de un empleador o un sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura, cuando pasan a ser elegibles para Medicare, pueden normalmente mantener esa cobertura sin pagar una multa si deciden inscribirse más tarde en un plan de cobertura para medicamentos con receta de Medicare.

Cobertura para medicamentos con receta de Medicare (Parte D de Medicare): seguro que lo ayuda a pagar 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 más que un porcentaje. Por ejemplo, puede pagar $10 o $20 por una consulta al médico o por un medicamento con receta.

Coseguro: un monto que se le pedirá que pague como su parte de los costos por un servicio o un medicamento con receta después de que pague los deducibles. El coseguro es, a menudo, un porcentaje (por ejemplo, 20%).

Costo compartido diario: es posible que se aplique un "costo compartido diario" cuando su médico le recete un suministro de determinados medicamentos para menos de un mes completo y usted deba 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 de $30 y un suministro para un mes en su plan tiene 30 días, su "costo compartido diario" es de $1 por día. Esto significa que paga $1 por cada día del suministro cuando obtiene su medicamento con receta.

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 tres 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 específicos; o (3) cualquier monto de "coseguro", un porcentaje del monto total pagado por un servicio o medicamento que un plan exige cuando se reciben un medicamento o servicio específicos. Es posible que se aplique un "costo compartido diario" cuando su médico le recete un suministro de determinados medicamentos para menos de un mes completo y usted deba pagar un copago.

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. El costo de suministro cubre costos 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" anterior. El requisito de costo compartido de un miembro para 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 es la atención personal que brindan personas que no tienen habilidades ni preparación profesional y que ayudan 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 realizan por sí mismas, como, por ejemplo, usar gotas para los ojos. Medicare no paga el cuidado asistencial.

Deducible: el monto que debe pagar por los medicamentos con receta o por la atención médica antes de que nuestro plan comience a pagar.

Departamento de Servicios para Miembros: un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder a sus preguntas sobre la membresía, los beneficios, las quejas y las apelaciones. Consulte el Capítulo 2 para obtener información sobre cómo comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros.

Determinación de cobertura: una decisión para determinar si un medicamento que le recetaron está cubierto por el 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 su plan, eso no es una determinación de cobertura. Deberá llamar o escribir a su plan para pedir una decisión de cobertura formal. Las determinaciones de cobertura también se llaman “decisiones de cobertura” en este documento. El Capítulo 9 explica cómo solicitar una decisión de cobertura.

Determinación de la organización: el plan Medicare Advantage ha tomado una determinación de la organización cuando este toma una decisión sobre si los 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. El Capítulo 9 explica cómo solicitar una decisión de cobertura.

Dispositivos ortésicos y protésicos: estos son dispositivos médicos solicitados por su médico u otro proveedor de atención médica. Entre los productos cubiertos, se incluyen dispositivos ortopédicos para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o una función interna del cuerpo, como suministros para ostomía y terapia nutricional enteral y parenteral.

Emergencia: una emergencia médica es cuando usted o cualquier 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, 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.

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 recetadas 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 en la que paga un copago o coseguro bajos por sus medicamentos después de que usted u otra persona que reúne los requisitos en su nombre hayan gastado $7,050 en concepto de medicamentos cubiertos durante el año de cobertura.

Etapa de cobertura inicial: es la etapa antes de que el monto total de los costos de sus medicamentos, incluidos los montos que usted ha pagado y lo que el plan ha pagado en su nombre para el año, alcance los $4,430.

Evidencia de cobertura **(EOC) e información sobre divulgación:** en este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier documento adjunto, cláusula adicional o 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 el formulario del patrocinador de su plan (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 el patrocinador de su plan le obliga a probar otro medicamento antes de recibir el medicamento que está solicitando o si el plan limita la cantidad o dosis del medicamento que está solicitando (una excepción al formulario).

Farmacia de la red: una farmacia en la que los miembros del plan pueden obtener sus beneficios de medicamentos con receta. Las llamamos “farmacias de la red” porque tienen un contrato con nuestro plan. 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: una farmacia que no ha celebrado un contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar los medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. Como se explica en esta *Evidencia de cobertura*, la mayoría de los medicamentos que obtenga en las farmacias fuera de la red no tiene cobertura de nuestro plan, a menos que se apliquen ciertas condiciones.

Hospicio: un miembro con una expectativa de vida de 6 meses o menos tiene derecho a elegir un hospicio. Nosotros, su plan, debemos 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. El hospicio le proporcionará un tratamiento especial para su estado.

Hospitalización: una hospitalización es cuando usted ha sido ingresado formalmente en el 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 Administración de Alimentos y Medicamentos y respaldado por ciertos libros de referencia. Para obtener información sobre una indicación médicamente aceptada, consulte la Sección 3 del Capítulo 5.

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 cobertura inicial: el límite máximo de cobertura en la Etapa de cobertura inicial.

Límites de cantidad: una herramienta de gestión diseñada para limitar el uso de medicamentos seleccionados por motivos de calidad, seguridad o utilización. Los límites también pueden ser en la cantidad de medicamento que cubrimos por receta o durante un período definido.

Lista de medicamentos cubiertos (Formulario o "Lista de medicamentos"): una lista medicamentos con receta cubiertos por el plan. El plan, con la colaboración de médicos y farmacéuticos, selecciona los medicamentos de esta lista. La lista incluye tanto medicamentos de marca como genéricos.

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 de Medicaid varían de un estado a otro, pero cubren la mayoría de los costos de atención médica si usted califica para Medicare y Medicaid. Consulte el **Anexo A** en la parte de atrás de este documento para obtener información sobre cómo comunicarse con Medicaid en su estado.

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 de marca: medicamento con receta fabricado y vendido por la compañía farmacéutica que originariamente investigó y desarrolló dicho medicamento. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de ingrediente activo que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otros fabricantes de medicamentos y, normalmente, no están disponibles hasta que haya vencido la patente del medicamento de marca.

Medicamento genérico: un medicamento con receta que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA), dado que se considera que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Un medicamento "genérico" tiene el mismo efecto que un medicamento de marca, pero suele ser más económico.

Medicamentos cubiertos: el término que se utiliza para referirse a todos los medicamentos con receta 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. (Consulte su Formulario para ver una lista específica de los medicamentos cubiertos). Ciertas categorías de medicamentos fueron excluidas específicamente por el Congreso y no están cubiertas como medicamentos de la Parte D.

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 trasplante de riñón). Las personas que tienen Medicare pueden obtener su cobertura médica de Medicare a través de Original Medicare, un plan PACE o un plan Medicare Advantage.

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 las 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. Las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare y 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 obtienen asistencia de Medicaid, muy pocos alcanzan el monto máximo que pagan de sus bolsillos. 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 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 para medicamentos con receta 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. Usted paga este monto más alto mientras tenga el plan de medicamentos de Medicare. Hay algunas excepciones. Por ejemplo, si usted recibe "Ayuda adicional" de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos con receta, no pagará una multa por inscripción tardía. 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 para medicamentos con receta durante 63 días consecutivos o más.

Nivel de costo compartido: cada medicamento de la lista de medicamentos cubiertos se encuentra 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.

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.

Organización para la mejora de la calidad (QIO): un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica, a los cuales el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare. Consulte el **Anexo A** en la parte de atrás de este documento para obtener información sobre cómo comunicarse con la QIO de su estado.

Original Medicare ("Medicare tradicional" o Medicare con "pago por servicio"): 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 EE. UU.

Parte C: consulte "Plan Medicare Advantage (MA)".

Parte D: es el programa voluntario de beneficios de medicamentos con receta de Medicare. (Para que sea más fácil referirnos al programa de beneficios de medicamentos con receta, lo denominaremos Parte D).

Período de beneficios: la manera en que nuestro plan y Original Medicare miden su uso de los servicios hospitalarios y del centro de atención de enfermería especializada (SNF). El período de beneficios comienza el día en que usted va a un hospital o centro de atención de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza cuando no haya recibido servicios de atención para pacientes internados en un hospital (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si ingresa en el hospital o en el centro 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: es un tiempo establecido cada año para que los miembros de un plan Medicare Advantage puedan 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 va del 1 de enero al 31 de marzo, y está disponible por un período de 3 meses después de que una persona se vuelve elegible para 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. Por ejemplo, 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 65 años y termina 3 meses después del mes en el que cumple 65 años.

Persona con doble elegibilidad: una persona que reúne los requisitos para recibir la cobertura de Medicare y Medicaid.

Plan de necesidades especiales: 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 residen 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 empresa privada que tiene un contrato con Medicare para brindar los beneficios de la Parte A y la Parte B a personas con Medicare que se inscriben en el plan. Incluye todos los planes Medicare Advantage, los planes Medicare Cost, programas piloto/demostraciones y Programas de atención integral para las personas de edad avanzada (PACE).

Plan Medicare Advantage (MA): a veces llamado Parte C de Medicare. Es un plan ofrecido por una empresa 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 una HMO, PPO, un Plan privado de pago por servicio (PFFS) o un plan de Cuenta de ahorro para gastos médicos de Medicare (MSA). Cuando se inscribe en un plan Medicare Advantage, los servicios de Medicare están cubiertos a través del plan y no se pagan conforme a Original Medicare. En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D (cobertura para medicamentos con receta) de Medicare. Estos planes se llaman **planes de cobertura para medicamentos con receta de Medicare Advantage**. Todos los que tengan la Parte A y la Parte B de Medicare son elegibles para inscribirse en cualquier plan de salud de Medicare Advantage que se ofrezca en su área.

Plan PACE: un plan PACE (Programa de atención integral para las personas de edad avanzada) combina los servicios médicos, sociales y de atención a largo plazo (LTC) para personas frágiles, de manera que puedan conservar su independencia y continuar viviendo en su comunidad (en lugar de mudarse a un hogar de convalecencia) tanto tiempo como sea posible, mientras obtienen los servicios de atención de calidad que necesitan. Las personas inscritas en los planes PACE reciben los beneficios de Medicare y Medicaid a través del plan.

Póliza "Medigap" (seguro complementario de Medicare): el seguro complementario de Medicare vendido por una compañía de seguros privada para cubrir los "períodos sin cobertura" de Original Medicare. Las pólizas Medigap solo funcionan con Original Medicare. (Un plan Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

Prima: el pago periódico a Medicare, a una empresa de seguros o a un plan de atención médica por una cobertura de salud o de medicamentos con receta.

Programa de descuentos para el período sin cobertura de Medicare: un programa que brinda descuentos para la mayoría de los medicamentos de marca cubiertos de la Parte D a los miembros de la Parte D que hayan alcanzado la Etapa del período sin cobertura y que aún no estén recibiendo

"Ayuda adicional". Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y ciertos fabricantes de medicamentos. Por esta razón, la mayoría, pero no todos, los medicamentos de marca tienen descuentos.

Proveedor de atención primaria (PCP): su proveedor de atención primaria es el médico u otro proveedor a quien usted consulta primero para la mayoría de los problemas de salud. Se asegura de que tenga el cuidado que necesita para mantenerse saludable. También puede hablar con otros médicos y con otros proveedores de atención médica sobre su atención y remitirlo a ellos. 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. Para obtener información sobre los proveedores de atención primaria, consulte la Sección 2.1 del Capítulo 3.

Proveedor de la red: "proveedor" es el término general que usamos 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 llamamos **"proveedores de la red"** cuando 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. Nuestro plan paga a los proveedores de la red conforme al acuerdo que tiene con los proveedores o si los proveedores aceptan brindarle servicios cubiertos por el 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 con el que no hemos acordado coordinar ni ofrecer servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no están empleados, ni son propiedad ni los opera nuestro plan, y además no han firmado un contrato para ofrecerle servicios cubiertos a usted. En el Capítulo 3 de este documento, se explica cómo usar proveedores o centros fuera de la red.

Queja: un tipo de reclamo que usted presenta sobre nosotros o sobre las farmacias, incluido un reclamo relacionado con la calidad de la atención brindada. Este tipo de reclamo 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 a ciertos tipos de problemas *únicamente*. Entre ellos se incluyen los problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. Consulte también "Queja" en esta lista de definiciones.

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 3.2 del Capítulo 1). Los proveedores de la red son contratistas independientes y no agentes de nuestro plan.

Servicios cubiertos: es el término general que usamos para todos los servicios y suministros de atención médica cubiertos por nuestro plan.

Servicios cubiertos por Medicare: los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare, incluido nuestro plan, deben cubrir todos los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare.

Servicios de rehabilitación: estos servicios incluyen fisioterapia, terapia del habla y del lenguaje, y terapia ocupacional.

Servicios de urgencia: los servicios de urgencia son atención brindada para tratar una enfermedad, lesión o afección imprevista, que no es de emergencia y que requiere atención médica inmediata. Los servicios de urgencia pueden ser brindados por proveedores de la red o fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles o no es posible comunicarse con ellos temporalmente.

Servicios no cubiertos de 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.

Subsidio por ingresos bajos (LIS): consulte “Ayuda adicional”.

Tratamiento escalonado: herramienta de utilización que exige que primero trate su afección con otro medicamento, antes de que cubramos el medicamento que le recetó el médico en primer lugar.

Anexo A: información de contacto importante de las agencias estatales

	Organizaciones para la mejora de la calidad (QIO)
Región 3: Delaware, Maryland, Pensilvania, Virginia, Washington, DC, Virginia Occidental	**Livanta** Livanta LLC - BFCC-QIO 10820 Guilford Road, Suite 202, Annapolis Junction, MD 20701 1-888-396-4646, TTY: 1-888-985-2660 De lunes a viernes, de 09:00 a. m. a 05:00 p. m. livantaqio.com/en

	Oficina de Medicaid del estado
VA	**Virginia Medicaid** 600 E. Broad Street, Suite 1300, Richmond, VA 23219 1-855-242-8282, TTY: 1-888-221-1590 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. dmas.virginia.gov/

	Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP)
VA	**Virginia Insurance Counseling and Assistance Program (VICAP)** 1610 Forest Ave., Suite 100, Henrico, VA 23229 1-800-552-3402, TTY: 711 De lunes a viernes, de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. vda.virginia.gov/vicap.htm

	Programas estatales de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP)
VA	**Virginia Medication Assistance Program (VA MAP)** 109 Governor Street, Richmond, VA 23219 1-855-362-0658, TTY: 711 De lunes a viernes, de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. vdh.virginia.gov/disease-prevention/vamap/

	Defensor del pueblo
VA	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. **Virginia Office of State Long-Term Care Ombudsman** Department for Aging and Rehabilitative Services, 8004 Franklin Farms Drive, Henrico, VA 23229-5019 1-800-552-3402, 804-726-6624, TTY: 711 De lunes a viernes, de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. elderrightsva.org/

Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Better Health of Virginia (HMO D-SNP)

Método	Información de contacto del Departamento de Servicios para Miembros
LLAME AL	1-855-463-0933 Las llamadas a este número son gratuitas. Atendemos de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. El Departamento de Servicios para Miembros también ofrece servicios gratuitos de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Atendemos de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana.
FAX	1-855-259-2087
ESCRIBA A	Aetna Better Health of Virginia 7400 W Campus Rd New Albany, OH 43054
SITIO WEB	AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp

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 **Anexo A**, en la parte de atrás de esta *Evidencia de cobertura*.

Declaración sobre divulgación de la PRA: *de acuerdo con la Ley de Reducción de Papel (PRA) 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.*