

1 de enero al 31 de diciembre de 2024

Evidencia de Cobertura

Su cobertura de beneficios y servicios de salud y medicamentos recetados de Medicare como miembro de:

Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx (HMO)

Este documento le brinda información detallada sobre su cobertura de atención médica y medicamentos recetados de Medicare desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2024. **Es un documento legal muy importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

Si tiene preguntas sobre este documento, póngase en contacto con Servicios para Miembros llamando al 1-800-701-9000 para obtener información adicional (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Los representantes están disponibles de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. 7 días a la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. Fuera del horario de atención y en días festivos, deje un mensaje y un representante le devolverá la llamada el siguiente día hábil.

Este plan, Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx, lo ofrece Tufts Associated Health Maintenance Organization (Tufts Health Plan). (Cuando esta *Evidencia de Cobertura* diga “nosotros”, “nos”, “nuestro”, “nuestra”, “nuestros” o “nuestras”, se refiere a Tufts Health Plan. Cuando diga “plan” o “nuestro plan”, significa Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx).

Este documento está disponible en español de forma gratuita.

Esta información está disponible en diversos formatos, incluido el de letra grande.

Los beneficios, las primas, los copagos o el coaseguro podrían cambiar el 1 de enero de 2025.

El formulario y la red de farmacias o proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Usted recibirá una notificación cuando sea necesario. Notificaremos los cambios a los afiliados afectados con al menos 30 días de antelación.

En este documento se explican sus beneficios y derechos. Este documento le permitirá comprender:

- La prima y los costos compartidos de su plan;
- Sus beneficios médicos y de medicamentos recetados;
- Cómo presentar un reclamo si no está satisfecho con un servicio o tratamiento;
- Cómo ponerse en contacto con nosotros si necesita más ayuda; y,
- Otras protecciones exigidas por la ley de Medicare.

Evidencia de Cobertura 2024

Contenido

CAPÍTULO 1: *Introducción para el miembro 4*

- SECCIÓN 1 Introducción
- SECCIÓN 2 ¿Qué lo hace elegible para ser miembro del plan?
- SECCIÓN 3 Materiales importantes de membresía que recibirá
- SECCIÓN 4 Sus costos mensuales para Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx
- SECCIÓN 5 Más información sobre la prima mensual
- SECCIÓN 6 Mantenga actualizado su registro de membresía en el plan
- SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

CAPÍTULO 2: *Números de teléfono y recursos importantes*

- SECCIÓN 1 Contactos de Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx (cómo comunicarse con nosotros, incluso cómo contactar a Servicios para Miembros)
- SECCIÓN 2 Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal Medicare)
- SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)
- SECCIÓN 4 Organización para el Mejoramiento de la Calidad
- SECCIÓN 5 Seguro Social
- SECCIÓN 6 Medicaid
- SECCIÓN 7 Información sobre programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos recetados
- SECCIÓN 8 Cómo comunicarse con la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios
- SECCIÓN 9 ¿Tiene un seguro grupal u otro seguro médico de un empleador?

CAPÍTULO 3: *Uso del plan para sus servicios médicos*

- SECCIÓN 1 Lo que debe saber sobre la obtención de atención médica como miembro de nuestro plan
- SECCIÓN 2 Use los proveedores de la red del plan para recibir atención médica
- SECCIÓN 3 Cómo recibir servicios cuando tiene una emergencia o una necesidad urgente de atención o durante un desastre
- SECCIÓN 4 ¿Qué pasa si le facturan directamente el costo total de sus servicios?
- SECCIÓN 5 ¿Cómo se cubren sus servicios médicos cuando usted está en un estudio de investigación clínica?
- SECCIÓN 6 Reglas para obtener atención en una institución religiosa de cuidados de la salud no médicos
- SECCIÓN 7 Reglas de propiedad de un equipo médico duradero

CAPÍTULO 4: Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)
57

- SECCIÓN 1 Cómo entender los desembolsos para servicios cubiertos
- SECCIÓN 2 Consulte el *Cuadro de beneficios médicos* para obtener información sobre lo que está cubierto y cuánto pagará
- SECCIÓN 3 ¿Qué servicios no están cubiertos por el plan?

CAPÍTULO 5: Uso de la cobertura del plan para medicamentos recetados de Part D
151

- SECCIÓN 1 Introducción
- SECCIÓN 2 Surta su receta en una farmacia de la red o con el servicio de pedidos por correo del plan
- SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar en la “Lista de medicamentos” del plan
- SECCIÓN 4 Hay restricciones en la cobertura de algunos medicamentos
- SECCIÓN 5 ¿Qué pasa si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera que a usted le gustaría que lo estuviera?
- SECCIÓN 6 ¿Qué pasa si su cobertura cambia para uno de sus medicamentos?
- SECCIÓN 7 ¿Qué tipos de medicamentos *no* están cubiertos por el plan?
- SECCIÓN 8 Cómo surtir una receta
- SECCIÓN 9 Cobertura de medicamentos de Part D en situaciones especiales
- SECCIÓN 10 Programas sobre seguridad de medicamentos y cómo administrar los medicamentos

CAPÍTULO 6: Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de Part D

- SECCIÓN 1 Introducción
- SECCIÓN 2 Lo que paga por un medicamento depende de en qué **período de pago de medicamentos** se encuentra usted cuando obtiene el medicamento
- SECCIÓN 3 Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos y en qué período de pago se encuentra
- SECCIÓN 4 Durante el Período de deducible, usted paga el costo total de sus medicamentos de los Niveles 3, 4 y 5
- SECCIÓN 5 Durante el Período de cobertura inicial, el plan paga su parte de los costos de su medicamento y usted paga su parte
- SECCIÓN 6 Costos en el Período sin cobertura
- SECCIÓN 7 Durante el Período de cobertura catastrófica, el plan paga el costo total de los medicamentos cubiertos por Part D
- SECCIÓN 8 Vacunas de Part D. Lo que paga depende de cómo y dónde las obtenga

CAPÍTULO 7: Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que usted recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos

- SECCIÓN 1 Situaciones en las que nos debe solicitar que paguemos nuestra parte del costo de sus servicios o medicamentos cubiertos

Contenido

SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos que le paguemos o que paguemos una factura que haya recibido

SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y la aceptaremos o rechazaremos

CAPÍTULO 8: *Sus derechos y responsabilidades*

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

SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan

CAPÍTULO 9: *Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)*

SECCIÓN 1 Introducción

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada

SECCIÓN 3 ¿Qué proceso debería usar para solucionar el problema?

SECCIÓN 4 Guía sobre lo básico de las decisiones de cobertura y las apelaciones

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

SECCIÓN 6 Sus medicamentos recetados de Part D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos que cubramos una estadía hospitalaria como paciente hospitalizado más prolongada si cree que lo darán de alta demasiado pronto

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si cree que su cobertura terminará demasiado pronto

SECCIÓN 9 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y siguientes

SECCIÓN 10 Cómo hacer un reclamo sobre calidad de atención, tiempos de espera, servicio al cliente u otras inquietudes

CAPÍTULO 10: *Fin de su membresía en el plan*

SECCIÓN 1 Introducción a la finalización de su membresía en nuestro plan

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede finalizar su membresía en nuestro plan?

SECCIÓN 3 ¿Cómo puede finalizar su membresía en nuestro plan?

SECCIÓN 4 Hasta que finalice su membresía, debe seguir obteniendo sus artículos médicos, servicios y medicamentos a través de nuestro plan

SECCIÓN 5 Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx debe finalizar su membresía en el plan en ciertas situaciones

CAPÍTULO 11: *Notificaciones legales*

SECCIÓN 1 Notificación sobre leyes vigentes

SECCIÓN 2 Notificación sobre no discriminación

SECCIÓN 3 Notificación sobre derechos de subrogación de pagadores secundarios de Medicare

SECCIÓN 4 Notificación sobre la relación entre Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx y los proveedores

SECCIÓN 5 Notificación sobre el artículo 1557 de la Ley de Asistencia Asequible

CAPÍTULO 12: *Definiciones de palabras importantes*

CAPÍTULO 1:

Introducción para el miembro

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Usted está inscrito en Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx, que es un plan Medicare HMO

Usted está cubierto por Medicare y ha elegido recibir su cobertura de cuidado de la salud y de medicamentos recetados de Medicare a través de nuestro plan, Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx. Tenemos la obligación de cubrir todos los servicios de Part A y Part B. Sin embargo, los costos compartidos y el acceso a los proveedores en este plan difieren de los de Original Medicare.

Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx es un plan Medicare Advantage HMO (HMO son las siglas en inglés de Organización para el Mantenimiento de la Salud), aprobado por Medicare y administrado por una empresa privada.

La cobertura de este plan es considerada cobertura médica calificada (QHC por sus siglas en inglés) y cumple el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y Asistencia Asequible (ACA por sus siglas en inglés). Consulte el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS por sus siglas en inglés) 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*?

Este documento de *Evidencia de Cobertura* le indica cómo obtener su atención médica y sus medicamentos recetados. Explica sus derechos y responsabilidades, lo que está cubierto, lo que paga como miembro del plan y cómo presentar un reclamo si no está satisfecho con una decisión o tratamiento.

Los términos *cobertura* y *servicios cubiertos* se refieren a la atención médica, servicios y medicamentos recetados disponibles para usted como miembro de Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx.

Es importante que conozca las reglas del plan y los servicios que están disponibles para usted. Lo instamos a dedicar un tiempo para revisar este documento de *Evidencia de Cobertura*.

Si está confundido, preocupado o simplemente tiene alguna pregunta, comuníquese con Servicios para Miembros.

Sección 1.3 Información legal sobre la *Evidencia de Cobertura*

Esta *Evidencia de Cobertura* es parte de nuestro contrato con usted sobre cómo Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx cubre su atención. Otras partes de este contrato incluyen su formulario de inscripción, la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* y cualquier notificación que reciba de nosotros sobre cambios en su cobertura o condiciones que afectan su cobertura. En ocasiones, estas notificaciones se llaman *cláusulas adicionales* o *enmiendas*.

El contrato tiene vigencia durante los meses en los que está inscrito en el plan Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx, entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2024.

Cada año calendario, Medicare nos permite hacer cambios al plan que ofrecemos. Esto quiere decir que podemos cambiar los costos y los beneficios de Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx después del 31 de diciembre de 2024. Además, podemos decidir dejar de ofrecer el plan en su área de servicio después del 31 de diciembre de 2024.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar el plan Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx todos los años. Puede seguir cada año con su cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan, siempre y cuando decidamos seguir ofreciéndolo y Medicare renueve la aprobación del plan.

SECCIÓN 2 ¿Qué lo hace elegible para ser miembro del plan?

Sección 2.1 Sus requisitos de elegibilidad

Es elegible para una membresía en nuestro plan, siempre y cuando:

- tenga Medicare Part A y Medicare Part B;
- viva en nuestra área geográfica de servicio (la Sección 2.2 a continuación describe nuestra área de servicio). No se considera que las personas encarceladas viven en el área geográfica de servicio, incluso si se encuentran físicamente en ella, y
- sea ciudadano estadounidense o tenga residencia legal en los Estados Unidos.

Sección 2.2 Área de servicio del plan Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx

Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx está disponible solo para personas que viven en nuestra área de servicio del plan. Para seguir siendo miembro de nuestro plan, debe mantener su residencia en el área de servicio del plan. A continuación, se describe el área de servicio.

Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados en Massachusetts:

- Condado de Barnstable
- Condado de Bristol
- Condado de Essex
- Condado de Hampden
- Condado de Hampshire
- Condado de Middlesex
- Condado de Norfolk
- Condado de Plymouth
- Condado de Suffolk
- Condado de Worcester

Si se muda fuera del área de servicio, no podrá seguir siendo miembro de este plan. Comuníquese con Servicios para Miembros para saber si tenemos un plan en su nueva área. Cuando se mude, tendrá un período de inscripción especial que le permitirá cambiarse a Original Medicare o inscribirse en un plan de salud o medicamentos de Medicare disponible en la nueva ubicación.

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

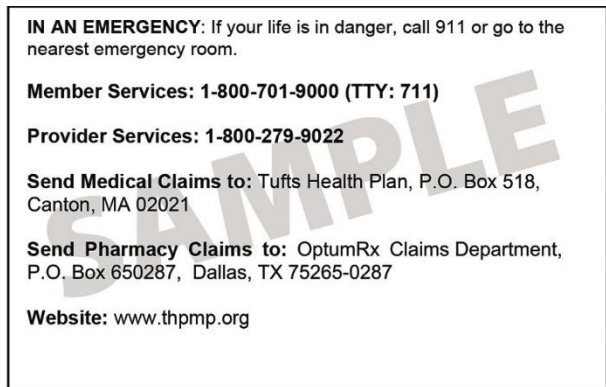
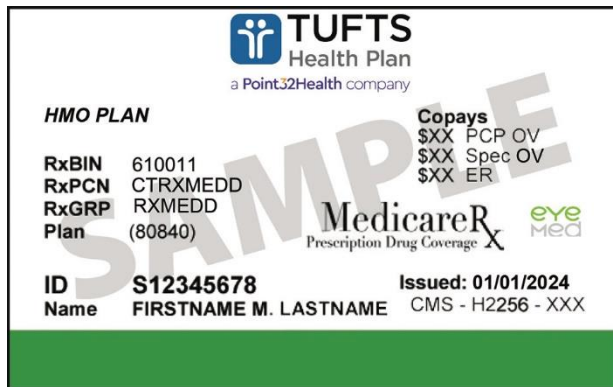
Sección 2.3 Ciudadano estadounidense o residente legal

Un miembro del plan de salud de Medicare debe ser ciudadano estadounidense o residente legal de los Estados Unidos. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) informará a Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx si usted no es elegible para ser miembro según esta condición. Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx debe cancelar su inscripción si no cumple este requisito.

SECCIÓN 3 Materiales importantes de membresía que recibirá

Sección 3.1 Su tarjeta de membresía del plan

Mientras es miembro de nuestro plan, debe usar su tarjeta de membresía siempre que reciba servicios cubiertos por este plan y para medicamentos recetados que compre en las farmacias de la red. Además, debe mostrarle su tarjeta de Medicaid al proveedor, si corresponde. El siguiente es un ejemplo de la tarjeta de membresía para que tenga una idea de cómo es:



NO use su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para los servicios médicos cubiertos mientras sea miembro de este plan. Si usa su tarjeta de Medicare en vez de su tarjeta de membresía de Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx, es posible que deba pagar el costo total de los servicios médicos por su cuenta. Guarde su tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Es posible que se le pida que la muestre si necesita servicios hospitalarios, servicios de cuidados de hospicio o si participa en estudios de investigación clínica aprobados por Medicare, también llamados ensayos clínicos.

Si su tarjeta de membresía del plan se daña, se pierde o se la roban, llame a Servicios para Miembros de inmediato y le enviaremos una nueva.

Sección 3.2 Directorio de proveedores

El *Directorio de proveedores* enumera los proveedores y los abastecedores de equipos médicos duraderos de nuestra red actual. Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales del cuidado de la salud, grupos médicos, abastecedores de equipos médicos duraderos, hospitales y otros centros de atención médica que tienen un contrato con nosotros para aceptar nuestro pago y cualquier costo compartido del plan como pago total.

Debe acudir a los proveedores de la red para recibir atención médica y servicios. Si va a otro sitio sin la debida autorización, tendrá que pagar la totalidad. Las únicas excepciones son emergencias, servicios de urgencia cuando la red no está disponible (es decir, en situaciones en las que no es razonable o no es posible obtener servicios dentro de la red), servicios de diálisis fuera del área y casos en los que Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx autoriza el uso de proveedores fuera de la red.

La lista más reciente de proveedores y abastecedores está disponible en nuestro sitio web www.thmp.org.

Si no tiene su copia del *Directorio de proveedores*, puede solicitar una (en formato digital o físico) a Servicios para Miembros. Una vez solicitado el Directorio de proveedores en formato físico, se le enviará por correo en un plazo de tres días hábiles.

Sección 3.3 Directorio de farmacias

El directorio de farmacias contiene las farmacias de nuestra red. Las **farmacias de la red** son todas las farmacias que han aceptado surtir las recetas cubiertas para los miembros de nuestro plan. Puede usar el *Directorio de farmacias* para buscar la farmacia de la red que desea usar. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5 para obtener información sobre cuándo puede usar farmacias que no están en la red del plan.

El *Directorio de farmacias* también le indicará qué farmacias de nuestra red tienen costos compartidos preferidos, que pueden ser menores que los estándar que ofrecen otras farmacias de la red por algunos medicamentos.

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

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

El plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*. La llamamos “Lista de medicamentos” para fines prácticos. Indica los medicamentos recetados de Part D que están cubiertos por el beneficio de Part D incluido en Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx. Los medicamentos de esta lista son seleccionados por el plan con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista debe cumplir los requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la “Lista de medicamentos” de Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx.

Además, la “Lista de medicamentos” indica si hay reglas que restringen la cobertura de los medicamentos.

Le entregaremos una copia de la “Lista de medicamentos”. Para obtener la información más completa y actualizada de los medicamentos que están cubiertos, puede visitar el sitio web del plan (www.thpmp.org) o llamar a Servicios para Miembros.

SECCIÓN 4 Sus costos mensuales para Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

- Prima del plan (Sección 4.1)
- Prima mensual de Medicare Part B (Sección 4.2)
- Prima del beneficio complementario opcional (Sección 4.3)
- Multa por inscripción tardía en Part D (Sección 4.4)
- Cantidad de ajuste mensual relacionado con el ingreso (Sección 4.5)

En algunos casos, la prima del plan puede ser menor

Hay programas que ayudan a las personas con recursos limitados a pagar sus medicamentos. Estos incluyen “Extra Help”, o Ayuda Adicional, y programas estatales de asistencia farmacéutica. El Capítulo 2, Sección 7 contiene más información sobre estos programas. Si reúne los requisitos, inscribirse en el programa puede disminuir la prima mensual del plan.

Si *ya está inscrito* y recibe ayuda de alguno de estos programas, **es posible que la información sobre primas en esta Evidencia de Cobertura no se aplique a su caso.** Le enviamos un encarte aparte, llamado *Cláusula adicional de la Evidencia de Cobertura para personas que reciben “Extra Help” para pagar medicamentos recetados* (también conocida como Cláusula adicional de subsidio para bajos ingresos o Cláusula adicional de LIS), que le ofrece información sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene este encarte, llame a Servicios para Miembros y solicite la Cláusula adicional de LIS.

Las primas de Medicare Part B y Part D son distintas para personas con ingresos distintos. Si tiene preguntas sobre estas primas, revise su copia del manual *Medicare y usted 2024* en la sección llamada *2024 Medicare Costs* (Costos de Medicare para 2024). Si necesita una copia, la puede descargar del sitio web de Medicare (www.medicare.gov). O bien puede pedir una copia impresa por teléfono al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 24 horas al día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 4.1 Prima del plan

Como miembro de nuestro plan, usted paga una prima mensual del plan. La tabla a continuación muestra la cantidad mensual por concepto de prima para cada plan que ofrecemos en el área de servicio.

Si vive en...	Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx
Condado de Barnstable	\$51.00
Condado de Bristol	\$51.00
Condado de Essex	\$61.00
Condado de Hampden	\$40.00
Condado de Hampshire	\$40.00
Condado de Middlesex	\$51.00
Condado de Norfolk	\$51.00
Condado de Plymouth	\$51.00
Condado de Suffolk	\$61.00
Condado de Worcester	\$43.00

Sección 4.2 Prima mensual de Medicare Part B

Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare

Además de pagar la prima mensual del plan, debe seguir pagando sus primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan. Esto incluye su prima de Part B. También puede incluir una prima de Part A que afecta a los miembros que no son elegibles para Part A sin prima.

Sección 4.3 Prima del beneficio complementario opcional

Si se inscribió para recibir beneficios adicionales, también llamados *beneficios complementarios opcionales*, entonces usted paga una prima adicional cada mes por estos beneficios adicionales. Para obtener más información, consulte el Capítulo 4, Sección 2.2.

La prima mensual adicional para agregar la opción Tufts Medicare Preferred Dental Option a su plan es de \$21.50.

Sección 4.4 Multa por inscripción tardía en Part D

Algunos miembros deben pagar una **multa por inscripción tardía** en Part D. La multa por inscripción tardía en Part D es una prima adicional que debe pagarse por la cobertura de Part D si en algún momento después del término del período de inscripción inicial hay un período de 63 días seguidos o más en el que no tiene Part D ni otra cobertura de medicamentos recetados acreditable. La cobertura de medicamentos recetados acreditable es la cobertura que cumple los estándares mínimos de Medicare, ya que se espera que pague, en promedio, como mínimo, un equivalente a la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare. El costo de esa multa depende del tiempo que estuvo sin Part D u otra cobertura de medicamentos recetados acreditable. Tendrá que pagar esta multa por el tiempo que tenga la cobertura de Part D.

La multa por inscripción tardía en Part D se suma a su prima mensual. Cuando se inscriba por primera vez en el plan Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx, le indicaremos la cantidad de la multa. Si no paga la multa por inscripción tardía en Part D, podría perder los beneficios de medicamentos recetados.

No tendrá que pagarla si:

- Recibe “Extra Help” de Medicare para pagar sus medicamentos recetados.
- Ha estado menos de 63 días seguidos sin cobertura acreditable.
- Ha tenido una cobertura de medicamentos acreditable a través de otra fuente, como un antiguo empleador, un sindicato, TRICARE o el Departamento de Asuntos de Veteranos. Su compañía de seguros o el Departamento de Recursos Humanos le indicarán

anualmente si la cobertura de medicamentos es una cobertura acreditable. Puede recibir esta información por correo o puede incluirse en un boletín informativo del plan. Guarde esta información porque es posible que la necesite si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

- **Tome en cuenta lo siguiente:** Toda notificación debe indicar que tuvo una cobertura de medicamentos recetados acreditable por la que se esperaba que pagara tanto como paga el plan de medicamentos recetados estándar de Medicare.
- **Tome en cuenta lo siguiente:** *No* entran en la categoría de cobertura de medicamentos recetados acreditable las tarjetas de descuento para medicamentos recetados, las clínicas gratuitas y los sitios web de descuentos para medicamentos.

Medicare determina la cantidad de la multa. Así funciona:

- Si estuvo 63 días o más sin Part D u otra cobertura de medicamentos recetados acreditable después de ser elegible por primera vez para inscribirse en Part D, el plan contabilizará el número de meses completos en los que no tuvo cobertura. La multa es del 1 % por cada mes que no tuvo una cobertura acreditable. Por ejemplo, si estuvo 14 meses sin cobertura, la multa será del 14 %.
- Luego, Medicare determina la cantidad promedio de la prima mensual para los planes de medicamentos de Medicare en el país según el año anterior. Para 2024, la cantidad promedio de la prima es de \$34.70.
- Para calcular la multa mensual, multiplique el porcentaje de multa por la prima mensual promedio y luego, redondee el total a los 10 centavos más cercanos. En este ejemplo, sería 14 % por \$34.70, que equivale a \$4.86. Esto se redondea a \$4.90. Esta cantidad se sumará a **la prima mensual para alguien con una multa por inscripción tardía en Part D.**

Hay tres cosas importantes que se deben tomar en cuenta sobre esta multa por inscripción tardía en Part D mensual:

- En primer lugar, **la multa puede cambiar cada año**, porque la prima mensual promedio puede cambiar todos los años.
- En segundo lugar, **seguirá con el pago de una multa** mensual durante el tiempo que esté inscrito en un plan que tiene beneficios de medicamentos de Medicare Part D, incluso si usted cambia de planes.
- En tercer lugar, si tiene menos de 65 años y actualmente recibe beneficios de Medicare, la multa por inscripción tardía en Part D se restablecerá cuando cumpla 65 años. Después de los 65 años de edad, la multa por inscripción tardía en Part D se basará solo en los meses que no ha tenido cobertura después del período de inscripción inicial en Medicare por envejecimiento.

Si no está de acuerdo con la multa por inscripción tardía en Part D, usted o su representante pueden pedir una revisión. Por lo general, debe solicitar esta revisión **en un plazo de 60 días** desde la fecha de la primera carta que reciba en la que se indique que debe

pagar una multa por inscripción tardía. Sin embargo, si pagaba una multa antes de unirse a nuestro plan, es posible que no tenga otra opción de solicitar una revisión de esa multa por inscripción tardía.

Importante: No deje de pagar la multa por inscripción tardía en Part D mientras espera una revisión de la decisión sobre la multa por inscripción tardía. Si no paga, podría cancelarse su inscripción en el plan por falta de pago de las primas.

Sección 4.5 Cantidad de ajuste mensual relacionado con el ingreso

Es posible que algunos miembros deban pagar un cargo adicional, conocido como Cantidad de ajuste mensual relacionado con el ingreso (IRMAA por sus siglas en inglés) de Part D. El cargo adicional se calcula a partir de su ingreso bruto ajustado modificado, según lo informado en la declaración de impuestos del IRS de hace 2 años. Si esta cantidad es superior a cierta cantidad, pagará la cantidad estándar por la prima y la IRMAA adicional. Para obtener más información sobre la suma adicional que posiblemente deba pagar según su ingreso, visite <https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/monthly-premium-for-drug-plans>.

Si tiene que pagar una cantidad adicional, el Seguro Social, no el plan de Medicare, le enviará una carta que indique cuál será la cantidad adicional. La suma adicional se retendrá del pago del cheque del Seguro Social, de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios o de la Oficina de Administración de Personal, sin importar cómo paga habitualmente la prima del plan, a menos que el beneficio mensual que recibe no sea suficiente para cubrir la suma adicional adeudada. Si su cheque de beneficios no es suficiente para cubrir la suma adicional, recibirá una factura de Medicare. **Debe pagar la suma adicional al gobierno. No puede pagarla con la prima mensual del plan. Si no paga la suma adicional, se cancelará su inscripción en el plan y perderá la cobertura de medicamentos recetados.**

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

SECCIÓN 5 Más información sobre la prima mensual

Sección 5.1 Hay distintas formas de pagar la prima del plan

Hay 4 formas en las que puede pagar la prima del plan.

Opción 1: Pago con cheque

La prima mensual del plan vence el quince (15) de cada mes. Si decide pagarnos directamente, Tufts Medicare Preferred le enviará una factura y un sobre para enviar el pago antes del vencimiento de las primas. Llene un cheque o una orden de pago por la cantidad que aparece en la factura (los cheques o las órdenes de pago deben ser pagaderos a Tufts Medicare Preferred) y envíelos por correo a Tufts Medicare Preferred en el sobre con ventana que se provee o a:

Tufts Medicare Preferred
PO Box 9225
Chelsea, MA 02150

Los pagos recibidos se aplicarán automáticamente a la factura pendiente con mayor antigüedad. Los pagos recibidos antes de la fecha de vencimiento se reflejarán en la factura del mes siguiente.

Si desea ir a dejar el cheque en persona (de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.), diríjase a:

Tufts Medicare Preferred
1 Wellness Way
Canton, MA 02021

Opción 2: Puede pagarla con una transferencia electrónica de fondos (EFT)

En vez de pagarla con cheque, puede pagar la prima mensual del plan mediante una transferencia electrónica de fondos (Electronic Funds Transfer o EFT por sus siglas en inglés). Las deducciones automáticas de la cuenta bancaria se hacen mensualmente y, por lo general, el 9 de cada mes. Los retiros se realizan el día 9 del mes para tener tiempo de recibir y publicar el pago en su cuenta antes de la fecha de vencimiento de la factura, el día 15. Si el 9 del mes corresponde a un día sábado, domingo o festivo, la deducción se hará el día hábil siguiente. Si quiere pagar la prima mensual del plan mediante una EFT y actualmente no lo hace, llame a Servicios para Miembros para obtener información. Puede demorar hasta dos meses implementar las deducciones por EFT después de inscribirse en este método de pago. Continúe pagando la prima mensual del plan directamente a Tufts Medicare Preferred hasta que le notifiquemos que está inscrito en el programa de EFT.

Opción 3: Puede pagarla en línea

Puede pagar la prima mensual del plan en línea si crea una cuenta personal segura en nuestro sitio web en www.thpmp.org/registration (si ya tiene una cuenta, solo ingrese a www.thpmp.org/login). En su cuenta personal, puede ver la cantidad actual de la prima del plan, lo que pagó el mes anterior y cuánto debe pagar el mes siguiente. Puede hacer un pago único por la cantidad adeudada (la prima del plan vence todos los meses) o configurar un pago recurrente que se deducirá automáticamente de su cuenta bancaria todos los meses. Para obtener información más detallada sobre cómo crear una cuenta personal segura, llame a Servicios para Miembros o ingrese a www.thpmp.org/registration.

Opción 4: Pida que la prima del plan se descuenta del cheque mensual del Seguro Social

Cambio en la forma de pagar la prima

Si decide cambiar la opción mediante la cual paga la prima del plan, el nuevo método de pago puede tardar hasta tres meses para entrar en vigor. Mientras procesamos su solicitud para cambiar el método de pago, usted es responsable de asegurarse de seguir con el pago oportuno de las primas del plan. Para cambiar su método de pago, comuníquese con Servicios para Miembros.

Lo que debe hacer si tiene problemas para pagar la prima del plan

La prima del plan vence, en nuestra oficina, el 15 de cada mes. Si no hemos recibido su pago antes del 15 de cada mes, le enviaremos una notificación para indicarle que su membresía en el plan finalizará si no recibimos la prima en el plazo de 2 meses. Si debe pagar una multa por inscripción tardía en Part D, debe hacerlo para mantener la cobertura de medicamentos recetados.

Si tiene problemas para pagar la prima de forma oportuna, comuníquese con Servicios para Miembros para ver si podemos derivarlo a programas que lo ayuden a pagar los costos.

Si finalizamos su membresía por impago de la prima, tendrá cobertura médica de Original Medicare. Además, es posible que no pueda recibir la cobertura de Part D hasta el próximo año si se inscribe en un nuevo plan durante el período de inscripción anual (si pasa 63 días o más sin cobertura acreditable de medicamentos, quizá deba pagar una multa por inscripción tardía en Part D durante todo el tiempo que tenga la cobertura de Part D).

En el momento que finalicemos su membresía, es posible que aún adeude primas que no ha pagado. Tenemos el derecho de exigir el pago de la cantidad adeudada. En el futuro, si desea inscribirse nuevamente en nuestro plan (o en otro plan que ofrezcamos), tendrá que pagar la cantidad que adeuda antes de poder inscribirse.

Si considera que hemos finalizado su membresía de forma errónea, puede hacer un reclamo (también llamado queja); consulte el Capítulo 9 para saber cómo hacer un reclamo. Si tiene un caso de emergencia que no pudo controlar y eso provocó que no pudiera pagar la prima del plan dentro de nuestro período de gracia, puede hacer un reclamo. En caso de que haya reclamos, revisaremos de nuevo nuestra decisión. El Capítulo 9, Sección 10 de este documento le indica cómo hacer un reclamo o puede llamarnos al 1-800-701-9000, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. 7 días a la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Debe hacer la solicitud a más tardar 60 días después de la fecha de finalización de su membresía.

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

No. No tenemos autorización para cambiar la cantidad que cobramos por la prima mensual del plan durante el año. Si la prima mensual del plan cambia para el año siguiente, se lo informaremos en septiembre y el cambio entrará en vigor el 1 de enero.

Sin embargo, en algunos casos, la parte de la prima que tiene que pagar puede cambiar durante el año. Esto ocurre si se vuelve elegible para el programa “Extra Help” o si pierde la elegibilidad para este programa durante el año. Si un miembro reúne los requisitos para “Extra Help” para recibir ayuda para cubrir costos de los medicamentos recetados, este programa pagará parte de la prima mensual de su plan. Un miembro que pierde su elegibilidad durante el año deberá comenzar a pagar la totalidad de la prima mensual. Puede encontrar más información sobre el programa “Extra Help” en el Capítulo 2, Sección 7.

SECCIÓN 6 Mantenga actualizado su registro de membresía en el plan

El registro de membresía contiene información de su formulario de inscripción, como su dirección y número de teléfono. Muestra la cobertura específica del plan, incluyendo su proveedor primario de cuidados médicos (PCP por sus siglas en inglés), grupo médico y Asociación de Médicos Independientes (IPA por sus siglas en inglés).

Los médicos, hospitales, farmacéuticos y otros proveedores dentro de la red del plan necesitan tener información correcta sobre usted. **Estos proveedores de la red usan su registro de membresía para saber qué servicios y medicamentos están cubiertos y las cantidades de costo compartido que le corresponden.** Por esto, es muy importante que nos ayude a mantener su información actualizada.

Infórmenos sobre los siguientes cambios:

- Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono.
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro médico que tenga (como de su empleador, del empleador de su cónyuge o pareja de hecho, compensación del trabajador o Medicaid).
- Si tiene reclamaciones de responsabilidad civil, como reclamaciones por accidentes automovilísticos.
- Si lo han ingresado a una casa de reposo.
- Si recibe atención en un hospital o sala de emergencias fuera del área de atención o fuera de la red.
- Si cambia la parte responsable designada (como un cuidador).

- Si participa en un estudio de investigación clínica. **Tome en cuenta lo siguiente:** No es necesario que informe a su plan sobre los estudios de investigación clínica en los que tiene la intención de participar, pero le recomendamos que lo haga.

Si alguno de estos datos cambia, infórmenos llamando a Servicios para Miembros. Los miembros con una cuenta personal en línea pueden actualizar cierta información en nuestro sitio web. Para obtener detalles sobre cómo crear una cuenta personal segura, llame a Servicios para Miembros o ingrese a www.thpmp.org/registration.

Además, es importante comunicarse con el Seguro Social si se muda o cambia su dirección postal. Puede encontrar los números de teléfono e información de contacto del Seguro Social en el Capítulo 2, Sección 5.

SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

Otro seguro

Medicare exige que recopilemos información sobre usted y sobre otra cobertura de seguro médico o de medicamentos que tenga. Esto se debe a que tenemos que coordinar otras coberturas que tenga con los beneficios de nuestro plan. Este proceso se conoce como **Coordinación de beneficios**.

Una vez al año, le enviaremos una carta que indique las otras coberturas médicas o de medicamentos de las que tenemos conocimiento. Lea atentamente esta información. Si la información es correcta, usted no tiene que hacer nada. Si la información es incorrecta o si tiene otra cobertura que no aparece en la lista, llame a Servicios para Miembros. Es posible que tenga que proporcionar su número de identificación de miembro del plan a sus otras compañías de seguros (después de que haya confirmado su identidad) para que sus facturas se paguen a tiempo y de forma correcta.

Cuando tiene otro seguro (como cobertura de salud grupal del empleador), hay reglas establecidas por Medicare que deciden si nuestro plan o el otro seguro paga primero. El seguro que paga primero se llama pagador principal y paga hasta los límites de su cobertura. El que paga en segundo lugar se llama pagador secundario y solo paga los costos que no cubrió la cobertura principal, si los hubiera. Es posible que el pagador secundario no pague todos los costos no cubiertos. Si tiene otros seguros, infórmeselo a su médico, hospital y farmacia.

Estas reglas se aplican para la cobertura del plan de salud grupal del empleador o sindicato:

- Si tiene cobertura para jubilados, Medicare paga primero.
- Si su cobertura del plan de salud grupal se basa en su empleo actual o el de uno de los miembros de su familia, el pagador principal depende de su edad, la cantidad de personas empleadas por su empleador y de si usted tiene Medicare por edad, discapacidad o enfermedad renal en etapa terminal (ESRD por sus siglas en inglés):

- Si tiene menos de 65 años y tiene una discapacidad y usted o un miembro de su familia aún trabajan, el plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 100 empleados o más o al menos un empleador en un plan de empleadores múltiples tiene más de 100 empleados.
- Si tiene más de 65 años y usted o su cónyuge o pareja de hecho aún trabajan, el plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 20 empleados o más o al menos un empleador en un plan de empleadores múltiples tiene más de 20 empleados.
- Si tiene Medicare por ESRD, el plan de salud grupal pagará primero durante los primeros 30 meses después de ser elegible para Medicare.

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

- Seguro contra todo riesgo (que incluye seguro para automóviles)
- Responsabilidad civil (que incluye seguro para automóviles)
- Beneficios por enfermedad del pulmón negro
- Compensación del trabajador

Medicaid y TRICARE nunca pagan primero por los servicios cubiertos por Medicare. Solo pagan después del pago de Medicare, los planes de salud grupales del empleador o Medigap.

CAPÍTULO 2:

Números de teléfono y recursos importantes

SECCIÓN 1 Contactos de Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx (cómo comunicarse con nosotros, incluso cómo contactar a Servicios para Miembros)

Cómo comunicarse con Servicios para Miembros de nuestro plan

Para obtener ayuda con reclamaciones o facturación o para hacer preguntas sobre la tarjeta de miembro, llame o escriba a Servicios para Miembros de Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx. Estaremos encantados de ayudarle.

Método	Servicios para Miembros: información de contacto
LLAME AL	<p>1-800-701-9000 Las llamadas a este número son gratis.</p> <p>Los representantes están disponibles de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. 7 días a la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. Fuera del horario de atención y en días festivos, deje un mensaje y un representante le devolverá la llamada el siguiente día hábil.</p> <p>Servicios para Miembros también tiene servicios gratuitos de intérprete disponibles para las personas que no hablan inglés.</p>
TTY	<p>711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades de audición o del habla. Las llamadas a este número son gratis.</p> <p>Los representantes están disponibles de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. 7 días a la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. Fuera del horario de atención y en días festivos, deje un mensaje y un representante le devolverá la llamada el siguiente día hábil.</p>
FAX	1-617-972-9405
ESCRIBA A	Tufts Medicare Preferred Attn: Member Services P.O. Box 494 Canton, MA 02021

Método	Servicios para Miembros: información de contacto
SITIO WEB	www.thpmp.org

Cómo comunicarse con nosotros cuando solicita una decisión de cobertura sobre su atención médica

Una decisión de cobertura se refiere a una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y cobertura o sobre la cantidad que pagaremos por sus servicios médicos. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura con respecto a su atención médica, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o un reclamo [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos]*).

Puede llamarnos si tiene preguntas sobre nuestro proceso de decisión de cobertura.

Método	Decisiones de cobertura para atención médica: información de contacto
LLAME AL	<p>1-800-701-9000 Las llamadas a este número son gratis.</p> <p>Los representantes están disponibles de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. 7 días a la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. Fuera del horario de atención y en días festivos, deje un mensaje y un representante le devolverá la llamada el siguiente día hábil.</p> <p>Servicios para Miembros también tiene servicios gratuitos de intérprete disponibles para las personas que no hablan inglés.</p>
TTY	<p>711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades de audición o del habla. Las llamadas a este número son gratis.</p> <p>Los representantes están disponibles de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. 7 días a la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. Fuera del horario de atención y en días festivos, deje un mensaje y un representante le devolverá la llamada el siguiente día hábil.</p>
FAX	1-617-972-9405

Método	Decisiones de cobertura para atención médica: información de contacto
ESCRIBA A	Tufts Medicare Preferred Attn: Member Services P.O. Box 494 Canton, MA 02021
SITIO WEB	www.thpmp.org

Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación sobre su atención médica

Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado. Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación con respecto a su atención médica, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o un reclamo [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos]*).

Método	Apelaciones por atención médica: información de contacto
LLAME AL	1-800-701-9000 Las llamadas a este número son gratis. Los representantes están disponibles de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. 7 días a la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. Fuera del horario de atención y en días festivos, deje un mensaje y un representante le devolverá la llamada el siguiente día hábil. Servicios para Miembros también tiene servicios gratuitos de intérprete disponibles para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades de audición o del habla. Las llamadas a este número son gratis. Los representantes están disponibles de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. 7 días a la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. Fuera del horario de atención y en días festivos, deje un mensaje y un representante le devolverá la llamada el siguiente día hábil.

Método	Apelaciones por atención médica: información de contacto
FAX	1-617-972-9516
ESCRIBA A	Tufts Medicare Preferred Attn: Appeals & Grievances P.O. Box 474 Canton, MA 02021
SITIO WEB	www.thpmp.org

Cómo comunicarse con nosotros cuando hace un reclamo sobre su atención médica

Puede hacer un reclamo sobre nosotros o alguno de los proveedores de nuestra red, como un reclamo sobre la calidad de su atención. Este tipo de reclamo no comprende conflictos en relación con la cobertura o el pago. Para obtener más información sobre cómo hacer un reclamo con respecto a su atención médica, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o un reclamo [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos]*).

Método	Reclamos sobre atención médica: información de contacto
LLAME AL	1-800-701-9000 Las llamadas a este número son gratis. Los representantes están disponibles de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. 7 días a la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. Fuera del horario de atención y en días festivos, deje un mensaje y un representante le devolverá la llamada el siguiente día hábil. Servicios para Miembros también tiene servicios gratuitos de intérprete disponibles para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades de audición o del habla. Las llamadas a este número son gratis.

Método	Reclamos sobre atención médica: información de contacto
	Los representantes están disponibles de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. 7 días a la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. Fuera del horario de atención y en días festivos, deje un mensaje y un representante le devolverá la llamada el siguiente día hábil.
FAX	1-617-972-9516
ESCRIBA A	Tufts Medicare Preferred Attn: Appeals & Grievances P.O. Box 474 Canton, MA 02021
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar un reclamo sobre Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx directamente a Medicare. Para enviar un reclamo en línea a Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

Cómo comunicarse con nosotros cuando solicita una decisión de cobertura sobre sus medicamentos recetados de Part D

Una decisión de cobertura se refiere a una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y cobertura o sobre la cantidad que pagaremos por sus medicamentos recetados cubiertos según el beneficio de Part D incluido en su plan. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura con respecto a sus medicamentos recetados de Part D, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o un reclamo [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos]*).

Método	Decisiones de cobertura para medicamentos recetados de Part D: información de contacto
LLAME AL	1-800-701-9000 Las llamadas a este número son gratis. Los representantes están disponibles de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. 7 días a la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. Fuera del horario de atención y en días festivos, deje un mensaje y un representante le devolverá la llamada el siguiente día hábil.

Método	Decisiones de cobertura para medicamentos recetados de Part D: información de contacto
	Servicios para Miembros también tiene servicios gratuitos de intérprete disponibles para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades de audición o del habla. Las llamadas a este número son gratis. Los representantes están disponibles de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. 7 días a la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. Fuera del horario de atención y en días festivos, deje un mensaje y un representante le devolverá la llamada el siguiente día hábil.
FAX	1-617-673-0956
ESCRIBA A	Tufts Medicare Preferred Attn: Member Services P.O. Box 494 Canton, MA 02021
SITIO WEB	www.thpmp.org

Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación sobre sus medicamentos recetados de Part D

Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado. Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación con respecto a sus medicamentos recetados de Part D, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o un reclamo [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos]*).

Método	Apelaciones por medicamentos recetados de Part D: información de contacto
LLAME AL	1-800-701-9000 Las llamadas a este número son gratis.

Método	Apelaciones por medicamentos recetados de Part D: información de contacto
	<p>Los representantes están disponibles de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. 7 días a la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. Fuera del horario de atención y en días festivos, deje un mensaje y un representante le devolverá la llamada el siguiente día hábil.</p> <p>En caso de apelaciones urgentes de Part D en fines de semana y días festivos, llame a Servicios para Miembros y siga las instrucciones. El especialista de turno del Departamento de Apelaciones y Quejas devolverá su llamada en un plazo de 24 horas.</p> <p>Servicios para Miembros también tiene servicios gratuitos de intérprete disponibles para las personas que no hablan inglés.</p>
TTY	<p>711</p> <p>Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades de audición o del habla. Las llamadas a este número son gratis.</p> <p>Los representantes están disponibles de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. 7 días a la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. Fuera del horario de atención y en días festivos, deje un mensaje y un representante le devolverá la llamada el siguiente día hábil.</p>
FAX	1-617-972-9516
ESCRIBA A	Tufts Medicare Preferred Attn: Appeals & Grievances P.O. Box 474 Canton, MA 02021
SITIO WEB	www.thpmp.org

Cómo comunicarse con nosotros cuando hace un reclamo sobre sus medicamentos recetados de Part D

Puede hacer un reclamo sobre nosotros o sobre alguna de las farmacias de nuestra red. Este tipo de reclamo no comprende conflictos en relación con la cobertura o el pago. Para obtener más información sobre cómo hacer un reclamo con respecto a sus medicamentos recetados de Part D, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o un reclamo [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos]*).

Método	Reclamos sobre medicamentos recetados de Part D: información de contacto
LLAME AL	<p>1-800-701-9000 Las llamadas a este número son gratis.</p> <p>Los representantes están disponibles de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. 7 días a la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. Fuera del horario de atención y en días festivos, deje un mensaje y un representante le devolverá la llamada el siguiente día hábil.</p> <p>Servicios para Miembros también tiene servicios gratuitos de intérprete disponibles para las personas que no hablan inglés.</p>
TTY	<p>711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades de audición o del habla. Las llamadas a este número son gratis.</p> <p>Los representantes están disponibles de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. 7 días a la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. Fuera del horario de atención y en días festivos, deje un mensaje y un representante le devolverá la llamada el siguiente día hábil.</p>
FAX	1-617-972-9516
ESCRIBA A	Tufts Medicare Preferred Attn: Appeals & Grievances P.O. Box 474 Canton, MA 02021
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar un reclamo sobre Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx directamente a Medicare. Para enviar un reclamo en línea a Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

A dónde enviar una solicitud en la que nos pide pagar nuestra parte del costo de la atención médica o de un medicamento que haya recibido

Si ha recibido una factura o ha pagado por unos servicios (por ejemplo, la factura de un proveedor) que usted cree que deberíamos pagar nosotros, es posible que tenga que solicitarnos el reembolso o el pago de la factura del proveedor. Consulte el Capítulo 7 (*Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que usted recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos*).

Tome en cuenta lo siguiente: Si nos envía una solicitud de pago y rechazamos cualquier parte de su solicitud, usted puede apelar nuestra decisión. Consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o un reclamo [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos]*) para obtener más información.

Método	Solicitudes de pago: información de contacto
LLAME AL	<p>1-800-701-9000 Las llamadas a este número son gratis.</p> <p>Los representantes están disponibles de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. 7 días a la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. Fuera del horario de atención y en días festivos, deje un mensaje y un representante le devolverá la llamada el siguiente día hábil.</p> <p>Servicios para Miembros también tiene servicios gratuitos de intérprete disponibles para las personas que no hablan inglés.</p>
TTY	<p>711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades de audición o del habla. Las llamadas a este número son gratis.</p> <p>Los representantes están disponibles de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. 7 días a la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. Fuera del horario de atención y en días festivos, deje un mensaje y un representante le devolverá la llamada el siguiente día hábil.</p>
FAX	1-617-972-1028
ESCRIBA A	Tufts Medicare Preferred P.O. Box 518 Canton, MA 02021
SITIO WEB	www.thpmp.org

SECCIÓN 2 Medicare

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

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

La agencia federal a cargo de Medicare es Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (a veces llamada CMS por sus siglas en inglés). Esta agencia tiene contratos con organizaciones de Medicare Advantage, incluidos nosotros.

Método	Medicare: información de contacto
LLAME AL	1-800-MEDICARE o 1-800-633-4227 Las llamadas a este número son gratis. 24 horas al día, 7 días a la semana.
TTY	1-877-486-2048 Las llamadas a este número son gratis. Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades de audición o del habla.
SITIO WEB	www.Medicare.gov Este es el sitio web gubernamental oficial de Medicare. Le proporciona información actualizada sobre Medicare y los actuales temas de Medicare. También cuenta con información sobre hospitales, casas de reposo, médicos, agencias de atención médica a domicilio y centros de diálisis. Incluye documentos que puede imprimir directamente desde su computadora. También puede encontrar contactos de Medicare en su estado. El sitio web de Medicare también tiene información detallada sobre su elegibilidad para Medicare y opciones de inscripción con las siguientes herramientas: <ul style="list-style-type: none">● Herramienta de elegibilidad para Medicare: Provee información sobre el estado de elegibilidad para Medicare.
SITIO WEB (CONTINUACIÓN)	<ul style="list-style-type: none">● Buscador de planes de Medicare: Provee información personalizada sobre los planes disponibles de medicamentos recetados de Medicare, planes de salud de Medicare y pólizas de Medigap (seguro complementario de Medicare) en su área. Estas

Método	Medicare: información de contacto
	<p>herramientas proveen un <i>cálculo aproximado</i> de lo que podrían ser sus desembolsos en diferentes planes de Medicare.</p> <p>También puede usar el sitio web para informar a Medicare de cualquier reclamo que tenga con respecto a Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx:</p> <ul style="list-style-type: none">● Informe a Medicare de su reclamo: puede presentar un reclamo sobre Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx directamente a Medicare. Para enviar un reclamo a Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma en serio sus reclamos y usará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa Medicare. <p>Si no tiene una computadora, su biblioteca local o el centro para personas mayores pueden ayudarlo a visitar este sitio web usando su computadora. O bien puede llamar a Medicare e indicar qué información está buscando. Encontrarán la información en el sitio web y la revisarán con usted (puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE [1-800-633-4227] 24 horas al día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).</p>

SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (SHIP por sus siglas en inglés) es un programa gubernamental que cuenta con asesores capacitados en cada estado. En Massachusetts, el SHIP se denomina SHINE, acrónimo de Serving the Health Insurance Needs of Everyone (Al servicio de las necesidades de seguro médico para todos).

El programa SHINE es un programa estatal independiente (no está relacionado con ninguna compañía de seguros ni plan de salud) que recibe fondos del gobierno federal para proporcionar asesoramiento gratuito sobre seguros médicos locales a las personas que tienen Medicare.

Los asesores de SHINE pueden ayudarlo a entender sus derechos de Medicare, ayudarlo a hacer reclamos sobre su atención o tratamiento médico y ayudarlo a solucionar problemas con sus facturas de Medicare. También pueden ayudarlo con preguntas o problemas relacionados con

Medicare, así como a entender las opciones de su plan de Medicare y responder preguntas sobre el cambio de planes.

MÉTODO PARA ACCEDER AL SHIP y A OTROS RECURSOS:

- Visite <https://www.shiphelp.org> y haga clic en “SHIP Locator” (Localizador de SHIP) en el centro de la página.
- Seleccione su **ESTADO** en la lista. Esto le llevará a una página con números de teléfono y recursos específicos para su estado.

Método	SHINE (Al servicio de las necesidades de seguro médico para todos) (SHIP de Massachusetts): información de contacto
LLAME AL	1-800-243-4636
TTY	1-800-439-2370 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades de audición o del habla.
ESCRIBA A	Llame al número indicado anteriormente para obtener la dirección del programa SHINE en su área.
SITIO WEB	www.mass.gov/health-insurance-counseling

SECCIÓN 4 Organización para el Mejoramiento de la Calidad

Hay una Organización para el Mejoramiento de la Calidad para atender a los beneficiarios de Medicare en cada estado. Para Massachusetts, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se llama KEPRO.

KEPRO tiene un grupo de médicos y otros profesionales del cuidado de la salud que paga Medicare para supervisar y ayudar a mejorar la calidad de la atención para las personas con Medicare. KEPRO es una organización independiente. No tiene conexión con nuestro plan.

Debería comunicarse con KEPRO en cualquiera de estas situaciones:

- Usted tiene un reclamo sobre la calidad de la atención que ha recibido.

- Usted cree que la cobertura de su hospitalización va a terminar demasiado pronto.
- Usted cree que la cobertura de su atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada (SNF por sus siglas en inglés) o los servicios de un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF por sus siglas en inglés) va a terminar demasiado pronto.

Método	KEPRO (Organización para el Mejoramiento de la Calidad de Massachusetts): información de contacto
LLAME AL	1-888-319-8452 Lunes a viernes: 9:00 a.m. a 5:00 p.m. Fines de semana y festivos: 11:00 a.m. a 3:00 p.m. Hay servicio de correo de voz disponible 24 horas al día. Hay servicios de traducción disponibles para beneficiarios y cuidadores que no hablan inglés.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades de audición o del habla.
ESCRIBA A	KEPRO BFCC-QIO Program 5201 West Kennedy Blvd. Suite 900 Tampa, FL 33609
SITIO WEB	www.keproqio.com

SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social es responsable de determinar la elegibilidad y administrar las inscripciones para Medicare. Los ciudadanos estadounidenses y los residentes permanentes legales de 65 años en adelante o que tienen una discapacidad o enfermedad renal en etapa terminal y cumplen ciertas condiciones son elegibles para Medicare. Si ya recibe cheques del Seguro Social, la inscripción en Medicare es automática. Si no recibe cheques del Seguro Social, tiene que inscribirse en Medicare. Para inscribirse en Medicare, usted puede llamar al Seguro Social o visitar la oficina local del Seguro Social.

El Seguro Social es también responsable de determinar quiénes tienen que pagar una suma adicional por la cobertura de medicamentos de Part D porque tienen mayores ingresos. Si recibió una carta del Seguro Social en la que le indican que tiene que pagar la suma adicional y tiene

preguntas sobre la cantidad o si sus ingresos bajaron debido a un acontecimiento que cambia la vida, puede llamar al Seguro Social para pedir que reconsidere su decisión.

Si se muda o cambia su dirección postal, es importante que se comunique con el Seguro Social para darle esta información.

Método	Seguro Social: información de contacto
LLAME AL	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratis. Disponible de 8:00 a.m. a 7:00 p.m., de lunes a viernes. Puede usar los servicios automatizados de teléfono del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunos trámites 24 horas al día.
TTY	1-800-325-0778 Las llamadas a este número son gratis. Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades de audición o del habla. Disponible de 8:00 a.m. a 7:00 p.m., de lunes a viernes.
SITIO WEB	www.ssa.gov

SECCIÓN 6 Medicaid

Medicaid es un programa conjunto federal y estatal que ayuda con los costos médicos de algunas personas con ingresos y recursos limitados. Algunas personas con Medicare también son elegibles para Medicaid. Los programas que se ofrecen a través de Medicaid ayudan a las personas con Medicare a pagar los costos de Medicare, tales como las primas. Estos **Programas de Ahorro de Medicare** incluyen:

- **Beneficiario Calificado de Medicare (QMB por sus siglas en inglés):** Ayuda a pagar las primas de Medicare Part A y Part B y otros costos compartidos (como deducibles, coaseguro y copagos). Algunas personas con QMB también son elegibles para beneficios totales Medicaid (QMB+).
- **Beneficiario de Medicare con ingreso bajo especificado (SLMB por sus siglas en inglés):** Ayuda a pagar las primas de Part B. Algunas personas con SLMB también son elegibles para beneficios totales Medicaid (SLMB+).

- **Persona calificada (QI por sus siglas en inglés):** Ayuda a pagar las primas de Part B.
- **Trabajadores incapacitados calificados (QDWI por sus siglas en inglés):** Ayuda a pagar las primas de Part A.

Para obtener más información sobre Medicaid y sus programas, comuníquese con MassHealth.

Método	MassHealth (programa de Medicaid de Massachusetts): información de contacto
LLAME AL	1-800-841-2900 Horario de atención: Autoservicio disponible 24 horas al día en inglés y español. Otros servicios disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. Servicios de intérprete disponibles. El horario de atención del Centro de Inscripción de MassHealth (MEC por sus siglas en inglés) es de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.
TTY	1-800-497-4648 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades de audición o del habla.
ESCRIBA A	MassHealth Central Office 100 Hancock Street, 6th Floor Quincy, MA 02171
SITIO WEB	www.mass.gov/topics/masshealth

SECCIÓN 7 Información sobre programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos recetados

El sitio web Medicare.gov (<https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/costs-in-the-coverage-gap/5-ways-to-get-help-with-prescription-costs>) ofrece información sobre cómo reducir los costos de los medicamentos recetados. Para las personas con ingresos limitados, existen también otros programas de asistencia, los cuales se describen a continuación.

Programa “Extra Help” de Medicare

Medicare provee “Extra Help” para pagar los costos de medicamentos recetados para personas que tienen ingresos y recursos limitados. Los recursos comprenden sus ahorros y acciones, pero no su casa ni su automóvil. Si reúne los requisitos, obtendrá ayuda para pagar la prima mensual, el deducible anual y los copagos por receta de cualquier plan de medicamentos de Medicare. “Extra Help” también se incluye en sus desembolsos.

Si reúne los requisitos automáticamente para “Extra Help”, Medicare le enviará una carta por correo. No tendrá que solicitar el programa. Si usted no reúne los requisitos de forma automática, puede recibir “Extra Help” para pagar las primas y costos de sus medicamentos recetados. Para saber si reúne los requisitos para “Extra Help”, llame a los siguientes:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, 24 horas al día, 7 días a la semana;
- la oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213 entre 8:00 a.m. y 7:00 p.m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes); o
- la oficina estatal de Medicaid (solicitudes) (consulte la Sección 6 de este capítulo para obtener la información de contacto).

Si cree que reúne los requisitos para “Extra Help” y cree que usted está pagando una cantidad incorrecta de costos compartidos cuando surte su receta en una farmacia, nuestro plan tiene un proceso para que solicite ayuda a fin de obtener evidencia de su nivel de copago adecuado o, si ya tiene la evidencia, para que nos la proporcione.

- Comuníquese con nuestro Departamento de Servicios para Miembros si necesita ayuda para obtener o proporcionar la mejor evidencia disponible (BAE por sus siglas en inglés). Si corresponde, proporcione los documentos lo antes posible, dentro de lo que sea razonable.
- Cuando recibamos la evidencia que demuestre su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema de manera que pueda pagar el copago correcto cuando surta su siguiente receta en la farmacia. Si usted pagó en exceso el copago, lo reembolsaremos. Le enviaremos un cheque por la cantidad que pagó en exceso o lo compensaremos en futuros copagos. Si la farmacia no le ha cobrado un copago y está contabilizando su copago como una deuda suya, podemos realizar el pago directamente a la farmacia. Si un estado pagó en su nombre, podemos realizar el pago directamente al estado. Póngase en contacto con Servicios para Miembros si tiene preguntas.

¿Qué pasa si usted tiene cobertura de un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP)?

Muchos estados y las Islas Vírgenes de los EE. UU. ofrecen ayuda para pagar las recetas, las primas de los planes de medicamentos u otros gastos de medicamentos. Si usted está inscrito en un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP por sus siglas en inglés) o cualquier otro programa que provea cobertura para los medicamentos de Part D (aparte de “Extra Help”), seguirá recibiendo el descuento del 70 % en los medicamentos de marca cubiertos. Asimismo, el plan paga el 5 % de los costos de los medicamentos de marca en el Período sin cobertura. El 70 % de descuento y el 5 % pagado por el plan se aplican al precio del medicamento antes de cualquier SPAP u otra cobertura.

¿Qué pasa si tiene cobertura de un 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 por sus siglas en inglés) ayuda a que las personas con VIH/sida que son elegibles para ADAP tengan acceso a medicamentos esenciales para tratar el VIH. Los medicamentos recetados de Medicare Part D que también están cubiertos en el formulario del programa ADAP reúnen los requisitos para la asistencia en costos compartidos de recetas a través del Programa de Asistencia de Medicamentos para el VIH (HDAP por sus siglas en inglés) de Massachusetts.

Tome en cuenta lo siguiente: Para ser elegibles para el ADAP que se ofrece en su estado, las personas deben cumplir ciertos criterios, como comprobar su residencia en el estado y condición de VIH, bajos ingresos según lo definido por el estado y una condición de seguro insuficiente/sin seguro. Si usted cambia de plan, notifique a su asistente de inscripción local de ADAP para que pueda seguir recibiendo asistencia. Para obtener más información sobre los criterios de elegibilidad, medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al Programa de Asistencia de Medicamentos para el VIH (HDAP) de Massachusetts al 1-617-502-1700.

Programas estatales de asistencia farmacéutica

Muchos estados tienen programas estatales de asistencia farmacéutica que ayudan a algunas personas a pagar medicamentos recetados de acuerdo con sus necesidades financieras, edad, condiciones médicas o discapacidades. Cada estado tiene diferentes reglas para proveer cobertura de medicamentos a sus miembros.

En Massachusetts, el Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica es Prescription Advantage.

Método	Prescription Advantage (Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica de Massachusetts): información de contacto
LLAME AL	1-800-243-4636
TTY	1-877-610-0241 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades de audición o del habla.
ESCRIBA A	Prescription Advantage PO Box 15153 Worcester, MA 01615-0153
SITIO WEB	www.mass.gov/prescription-drug-assistance

SECCIÓN 8 Cómo comunicarse con la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios

La Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios es una agencia federal independiente que administra programas integrales de beneficios para los trabajadores ferroviarios del país y sus familias. Si recibe Medicare a través de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios, es importante que les notifique si se muda o cambia su dirección postal. Si tiene preguntas con respecto a sus beneficios de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios, comuníquese con la agencia.

Método	Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios: información de contacto
LLAME AL	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratis. Si presiona “0”, puede hablar con un representante de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB por sus siglas en inglés) de 9:00 a.m. a 3:30 p.m., lunes, martes, jueves y viernes; y de 9:00 a.m. a 12:00 p.m., el miércoles. Si presiona “1”, puede acceder a la línea de ayuda automatizada de la RRB, donde habrá información grabada 24 horas al día, incluso fines de semana y festivos.
TTY	1-312-751-4701 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades de audición o del habla. Las llamadas a este número <i>no</i> son gratis.
SITIO WEB	rrb.gov/

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

Si usted (o su cónyuge o pareja de hecho) recibe beneficios de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge o pareja de hecho) como parte de este plan, puede llamar al administrador de beneficios del empleador/sindicato o a Servicios para Miembros si tiene alguna pregunta. Puede preguntar por los beneficios de salud, primas o período de inscripción del plan de su empleador o

grupo de jubilados, o el de su cónyuge o pareja de hecho (los números de teléfono de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este documento). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY: 1-877-486-2048) si tiene preguntas relacionadas con su cobertura de Medicare de conformidad con este plan.

Si tiene otra cobertura de medicamentos recetados mediante su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge o pareja de hecho), comuníquese con el **administrador de beneficios de ese grupo**. El administrador de beneficios puede ayudarlo a determinar cómo funcionará su actual cobertura de medicamentos recetados con nuestro plan.

CAPÍTULO 3:

*Uso del plan para sus servicios
médicos*

SECCIÓN 1 Lo que debe saber sobre la obtención de atención médica como miembro de nuestro plan

Este capítulo explica lo que usted necesita saber sobre cómo usar el plan para obtener cobertura de su atención médica. Hay definiciones de términos y se explican las reglas que tendrá que seguir para recibir tratamientos médicos, servicios, equipos, medicamentos recetados y otros tipos de atención médica que están cubiertos por el plan.

Para obtener información detallada sobre qué atención médica está cubierta por nuestro plan y cuánto debe pagar usted cuando recibe esta atención, consulte el cuadro de beneficios que aparece en el Capítulo 4 (*Cuadro de beneficios médicos, lo que está cubierto y lo que usted paga*).

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

- Los **proveedores** son médicos y otros profesionales del cuidado de la salud autorizados por el estado para proveer 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 del cuidado de la salud, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que tienen un contrato con nosotros para aceptar nuestro pago y el monto de su costo compartido como pago total. Hemos coordinado que estos proveedores presten servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red nos facturan directamente la atención que le proporcionan. Cuando lo atiende un proveedor de la red, usted solo paga su parte del costo por los servicios prestados.
- Los **servicios cubiertos** incluyen toda la atención médica, servicios de cuidado de la salud, suministros, equipos y medicamentos recetados que están cubiertos por nuestro plan. Sus servicios cubiertos de atención médica se indican en el cuadro de beneficios en el Capítulo 4. Sus servicios cubiertos para los medicamentos recetados se explican en el Capítulo 5.

Sección 1.2 Reglas básicas para obtener atención médica cubierta por el plan

Como es un plan de salud de Medicare, Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx debe cubrir todos los servicios que cubre Original Medicare y debe seguir las reglas de cobertura de Original Medicare.

Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx generalmente cubrirá su atención médica siempre y cuando se cumpla lo siguiente:

- **La atención que usted reciba esté incluida en el Cuadro de beneficios médicos del plan** (este cuadro se encuentra en el Capítulo 4 de este documento).
- **La atención que usted reciba sea considerada médicamente necesaria**. Médicamente necesario significa que los servicios, suministros, equipos o medicamentos se necesitan para prevenir, diagnosticar o tratar su afección y cumplir las normas aceptadas de práctica médica.
- **Usted tenga un proveedor primario de cuidados médicos (PCP) de la red que proporcione y supervise su atención**. Como miembro de nuestro plan, usted debe seleccionar un PCP de la red (para obtener más información sobre esto, consulte la Sección 2.1 de este capítulo).
 - En la mayoría de las situaciones, el PCP de la red debe aprobarlo de forma anticipada antes de que puedan usar otros proveedores de la red del plan, como especialistas, hospitales, centros de enfermería especializada o agencias de atención médica a domicilio. Esto se llama darle un referido. Para obtener más información sobre esto, consulte la Sección 2.3 de este capítulo.
 - No se requieren referidos de su PCP para atención de emergencia o servicios de urgencia. Hay también algunos tipos de atención que puede recibir sin tener la aprobación anticipada de su PCP (para obtener más información sobre esto, consulte la Sección 2.2 de este capítulo).
- **Usted deba recibir atención de parte de un proveedor de la red** (para obtener más información sobre esto, consulte la Sección 2 de este capítulo). En la mayoría de los casos, la atención que usted recibe de un proveedor fuera de la red (proveedor que no forma parte de la red de nuestro plan) no tendrá cobertura. Esto significa que tendrá que pagar al proveedor en su totalidad por los servicios prestados. *Aquí hay tres excepciones:*
 - El plan cubre la atención de emergencia o servicios de urgencia que reciba de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información sobre esto y ver qué significa servicios de emergencia o de urgencia, consulte la Sección 3 de este capítulo.
 - Si necesita atención médica que Medicare exige que nuestro plan cubra, pero no hay especialistas en nuestra red que puedan proveerla, puede recibir esta atención de un proveedor fuera de la red, si su PCP lo ha referido, por el mismo costo compartido que usted normalmente paga por un proveedor dentro de la red. Es posible que requiera una autorización previa del plan antes de recibir atención fuera de la red. En esta situación, usted pagará lo mismo que pagaría si recibiera la atención de un proveedor de la red. Para obtener información sobre cómo recibir una aprobación para ver un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.4 de este capítulo.
 - El plan cubre servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando está temporalmente fuera del área de servicio del plan o cuando su proveedor de este servicio no esté disponible o sea inaccesible temporalmente. El costo compartido que paga al plan por diálisis nunca puede exceder el costo

compartido en Original Medicare. Si se encuentra fuera del área de servicio del plan y obtiene el servicio de diálisis de un proveedor que está fuera de la red del plan, su costo compartido no puede exceder el costo compartido que paga dentro de la red. Sin embargo, si su proveedor habitual dentro de la red para diálisis no está disponible temporalmente y usted decide obtener los servicios dentro del área de servicio de un proveedor fuera de la red del plan, el costo compartido de la diálisis puede ser mayor.

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

<h3>Sección 2.1 Debe escoger un proveedor primario de cuidados médicos (PCP) para que le proporcione y supervise su atención médica</h3>

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

Cuando se convierte en miembro de nuestro plan, debe escoger un proveedor del plan para que sea su PCP. El PCP es un médico, enfermera practicante o asistente médico que cumple los requisitos estatales y está capacitado para brindarle atención médica general. Tal como explicaremos más adelante, el PCP le brindará atención médica general o de rutina. Su PCP también coordinará referidos a otros proveedores de la red, como especialistas.

¿Qué tipo de proveedores pueden actuar como PCP?

Por lo general, los médicos de las áreas de Medicina Interna, Medicina General, Medicina Geriátrica o Medicina Familiar actúan como PCP. Una enfermera practicante o asistente médico también pueden ser un PCP.

¿Cómo recibe atención de su PCP?

Usted generalmente verá primero a su PCP para la mayoría de sus necesidades de cuidado de la salud. Su PCP le proveerá la mayor parte de la atención y ayudará a gestionar o coordinar el resto de los servicios cubiertos que usted recibe como miembro del plan. Esto incluye radiografías, análisis de laboratorio, terapias, atención de médicos que son especialistas, hospitalizaciones y atención de seguimiento.

A veces es posible que necesite hablar con su PCP o recibir atención médica cuando el consultorio del PCP está cerrado. Si tiene una situación que no es una emergencia y necesita hablar con su PCP fuera del horario de atención, puede llamar al consultorio de su PCP en cualquier momento, y habrá un médico de turno que lo podrá ayudar. Los miembros con problemas de audición o del habla que dispongan de máquinas TTY pueden llamar a MassRelay

al TTY 1-800-439-2370 (inglés) o TTY 1-866-930-9252 (español) para que les ayuden a ponerse en contacto con su PCP fuera del horario de atención (el número que no es TTY de MassRelay es 1-800-439-0183).

¿Cuál es el papel del PCP en la coordinación de los servicios cubiertos?

“Coordinar” sus servicios comprende revisar o consultar con otros proveedores del plan con respecto a su atención. Si necesita ciertos tipos de servicios o suministros cubiertos, el PCP puede referirlo a un especialista. Cada PCP del plan tiene ciertos especialistas del plan, denominados “círculo de referidos”, que utiliza para proporcionarle atención médica. Un círculo de referidos es el equipo de especialistas con el que trabaja su PCP. Si su PCP lo refiere a un especialista, lo enviará a un especialista que esté en su círculo de referidos. No todos los médicos de Tufts Medicare Preferred se incluyen en el círculo de referidos de su PCP.

Esto significa que, en la mayoría de los casos, usted no tendrá acceso a toda la red de Tufts Medicare Preferred, excepto en situaciones de emergencia o urgencia o para diálisis renal u otros servicios fuera de la red. Asimismo, el referido de su PCP puede tener limitaciones de tiempo. En algunos casos, el PCP necesitará obtener nuestra autorización previa (aprobación previa). Puesto que el PCP proporcionará y coordinará su atención médica, usted debería enviar toda su historia clínica al consultorio del PCP.

¿Cuál es el papel del PCP en tomar decisiones sobre la autorización previa u obtenerla?

Ciertos medicamentos, servicios, equipos y suministros requieren autorización de Tufts Medicare Preferred antes de que se presten los servicios. Con respecto a los servicios fuera de la red, el PCP es responsable de obtener una autorización o proveerle un referido dependiendo de los servicios que se prestarán. Su PCP u otro proveedor contratado son los responsables de obtener esta autorización. Asegúrese de confirmar con su PCP u otro proveedor contratado para cerciorarse de que se haya entregado esta autorización o referido.

¿Cómo escoge su PCP?

Cuando vaya a decidirse por un PCP, puede consultar nuestro *Directorio de proveedores*. Con la herramienta Doctor Search (Búsqueda de médicos) en nuestro sitio web, podrá obtener la información más actualizada. Una vez que haya tomado una decisión, debe llamar a Servicios para Miembros (vea el número en la contraportada de este documento). Un representante de Servicios para Miembros verificará que el PCP que usted ha elegido acepte nuevos pacientes. Si lo deben ingresar a un hospital en particular o si debe ver a un especialista del plan en particular, revise el *Directorio de proveedores* o hable con un representante de Servicios para Miembros para asegurarse de que el PCP que haya elegido use ese hospital o haga referidos a ese especialista.

Tome en cuenta lo siguiente: Si su actual PCP es un proveedor contratado por Tufts Medicare Preferred HMO, debe verificar qué hospital usa para los miembros de Tufts Medicare Preferred HMO.

Aunque su PCP puede tener privilegios de admisión en algunos hospitales, puede usar un hospital en particular para los miembros de Tufts Medicare Preferred HMO, y puede ser un hospital diferente de uno al que usted haya sido referido en el pasado.

Cómo cambiar el PCP

Puede cambiar de PCP por cualquier motivo, en cualquier momento. También es posible que su PCP deje la red de proveedores de nuestro plan, y usted tendría que encontrar un nuevo PCP.

Si cambia su PCP, los especialistas y hospitales a los que su nuevo PCP lo refiera pueden ser diferentes de los especialistas y hospitales a los que su anterior PCP lo refirió. En otras palabras, su nuevo PCP puede tener un círculo de referidos diferente. Consulte la Sección 2.3 para obtener más información sobre los círculos de referidos.

Si está realizando un cambio, el cambio comenzará a regir el primer día del mes siguiente, y usted automáticamente recibirá una nueva tarjeta de identificación de miembro en el correo en donde se reflejará este cambio.

Para cambiar su PCP, llame a Servicios para Miembros. Cuando llame, asegúrese de decir a Servicios para Miembros si está viendo a especialistas o recibe otros servicios cubiertos que necesitan la aprobación de su PCP (como equipo médico duradero). Servicios para Miembros lo ayudará a cerciorarse de que puede continuar con la atención especializada y otros servicios que recibe cuando cambie su PCP. También comprobarán que el PCP al que usted se quiere cambiar acepta nuevos pacientes. Si el PCP acepta nuevos pacientes, usted podrá fijar una cita con este a partir del primer día del mes siguiente. Servicios para Miembros cambiará su registro de membresía para mostrar el nombre de su nuevo PCP y le enviará una nueva tarjeta de membresía que muestra el nombre de su nuevo PCP. Le sugerimos que fije una cita con su nuevo PCP y haga las gestiones correspondientes para que le transfieran sus registros a ese PCP.

Los miembros con una cuenta personal en línea pueden cambiar el PCP en nuestro sitio web y seleccionar a un nuevo PCP dentro de nuestra red. Para obtener información detallada sobre cómo crear una cuenta personal segura en línea, llame a Servicios para Miembros (vea el número en la contraportada de este documento) o ingrese a www.thpmp.org/registration.

Sección 2.2 ¿Qué tipos de atención médica puede recibir sin un referido de su PCP?

Puede recibir los servicios que se indican a continuación sin tener la aprobación anticipada de su PCP:

- Atención de salud de rutina para mujeres, lo que incluye exámenes de los senos, mamografías (radiografías de los senos), exámenes de Papanicoláu y exámenes pélvicos, siempre y cuando los realice un proveedor de la red.

- Vacunas contra la gripe, la COVID-19, la hepatitis B y la neumonía, siempre y cuando las coloque un proveedor de la red.
- Servicios de emergencia de proveedores de la red o de proveedores fuera de la red.
- Los servicios de urgencia son servicios cubiertos que no son de emergencia, prestados cuando los proveedores de la red no están disponibles o son inaccesibles temporalmente o cuando el afiliado está fuera del área de servicio. Por ejemplo, necesita atención inmediata durante el fin de semana. Los servicios deben ser de necesidad inmediata y médicamente necesarios.
- Servicios de diálisis renal que usted recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando está temporalmente fuera del área de servicio del plan. Si es posible, llame a Servicios para Miembros antes de salir del área de servicio, de manera que podamos ayudarlo a coordinar la diálisis de mantenimiento mientras está fuera.
- Servicios preventivos cubiertos por Medicare siempre y cuando los preste un proveedor de la red.

Sección 2.3 Cómo recibir atención de especialistas y de otros proveedores de la red

Un especialista es un médico que provee servicios de cuidado de la salud por una enfermedad o parte del cuerpo específica. Hay muchos tipos de especialistas. Estos son algunos ejemplos:

- Los oncólogos atienden a pacientes con cáncer.
- Los cardiólogos atienden a pacientes con afecciones cardíacas.
- Los ortopedistas atienden a pacientes con ciertas afecciones de huesos, articulaciones o músculos.

¿Cuál es el papel del PCP para referir miembros a especialistas y otros proveedores?

Por lo general, los PCP brindan atención preventiva básica y tratamiento para enfermedades comunes. En el caso de que haya servicios que el PCP no pueda proveer, este último ayudará a gestionar o coordinar el resto de los servicios cubiertos que usted recibe como miembro del plan mediante un referido a un especialista. Es posible que tenga que agendar una cita en el consultorio del PCP antes de que se emita un referido a un especialista.

¿Para qué servicios necesitará el PCP autorización previa del plan?

Ciertos medicamentos, servicios, equipos y suministros requieren autorización de Tufts Medicare Preferred antes de que se presten los servicios. Con respecto a los servicios fuera de la red, el PCP es responsable de obtener una autorización o proveerle un referido dependiendo de los servicios que se prestarán. Su PCP u otro proveedor contratado son los responsables de obtener

esta autorización. Asegúrese de confirmar con su PCP u otro proveedor contratado para cerciorarse de que se haya entregado esta autorización o referido.

Para obtener información sobre qué servicios requieren autorización previa del plan, consulte el Capítulo 4, Sección 2.1. También puede llamar a Servicios para Miembros al número que figura en la contraportada de este documento para obtener una lista de servicios que requieren que su PCP u otro proveedor contratado reciba la autorización previa del plan. Consulte el Formulario de Tufts Medicare Preferred HMO para conocer qué medicamentos necesitan autorización previa.

¿Qué es un “círculo de referidos”?

Cada PCP del plan tiene ciertos especialistas del plan, denominados “círculo de referidos”, que utiliza para proporcionarle atención médica.

Esto significa que, en la mayoría de los casos, usted no tendrá acceso a toda la red de Tufts Medicare Preferred, excepto en situaciones de emergencia o urgencia o para diálisis renal u otros servicios fuera de la red.

Si necesita ciertos tipos de servicios o suministros cubiertos, el PCP debe darle aprobación anticipada (como referirlo a un especialista). En algunos casos, el PCP necesitará obtener la autorización previa (aprobación previa) del plan. Los servicios que requieren autorización previa están marcados con un asterisco en el Cuadro de beneficios médicos que aparece en el Capítulo 4. Los servicios que requieren un referido están marcados dentro del Cuadro de beneficios médicos que aparece en el Capítulo 4. Puesto que el PCP proporcionará y coordinará su atención médica, usted debería enviar toda su historia clínica al consultorio del PCP.

¿Qué pasa si un especialista u otro proveedor de la red deja nuestro plan?

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

- Aun cuando nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare establece que le proporcionemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Le notificaremos que su proveedor decidió dejar nuestro plan para que tenga tiempo de elegir uno nuevo.
 - Si su proveedor primario de cuidados médicos o de salud conductual deja nuestro plan, se lo notificaremos si ha acudido a ese proveedor en los últimos tres años.
 - Si alguno de sus otros proveedores deja nuestro plan, se lo notificaremos en caso de que usted esté asignado a ese proveedor, reciba actualmente atención de este o le haya atendido en los últimos tres meses.
- Le ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado dentro de la red al que pueda acceder para seguir recibiendo atención.

- Si está recibiendo tratamiento médico o terapias con su proveedor actual, tiene derecho a solicitar la continuación del tratamiento o las terapias médicamente necesarias que está recibiendo, y colaboraremos para garantizar esto.
- Le informaremos sobre los distintos períodos de inscripción disponibles para usted y las opciones que puede tener para cambiar de plan.
- Haremos las gestiones de cualquier beneficio cubierto médicamente necesario fuera de nuestra red de proveedores, pero con costos compartidos dentro de la red, cuando un proveedor o beneficio dentro de la red no esté disponible o no sea adecuado para satisfacer sus necesidades médicas.
- Si se entera de que su médico o especialista dejará su plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor que gestione su atención.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o cree que su atención no se está gestionando de manera correcta, tiene el derecho de presentar un reclamo sobre la calidad de la atención ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO por sus siglas en inglés), ante el plan o ante ambos. Consulte el Capítulo 9.

Sección 2.4 Cómo recibir atención de proveedores fuera de la red

Para poder atenderse con un proveedor fuera de la red, su PCP o proveedor de la red debe darle un referido. Si no puede obtener ese referido, usted o su representante autorizado también pueden presentar una solicitud a Tufts Medicare Preferred para que realice una “determinación de la organización”. La autorización de Tufts Medicare Preferred puede requerirse de acuerdo con el servicio que se prestará. Si usted se atiende con proveedores fuera de la red sin un referido o sin una autorización, Tufts Medicare Preferred no pagará por estos servicios. Consulte el Capítulo 4 para obtener más información.

En circunstancias muy limitadas, nuestro plan permitirá que nuestros miembros se atiendan con proveedores fuera de la red. Estas circunstancias incluyen ver a un proveedor con una especialidad que nuestro plan no tiene contratada actualmente. Hemos contratado los servicios de proveedores en toda nuestra área de servicio para asegurar el acceso a la atención de nuestros miembros. Debe obtener un referido del proveedor de la red y conseguir la autorización previa del plan para recibir la atención fuera de la red.

Otras circunstancias en las que nuestro plan cubrirá los servicios fuera de la red sin un referido ni una autorización previa son:

- El plan cubre la atención de emergencia o servicios de urgencia que reciba de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información sobre esto y ver qué significa servicios de emergencia o de urgencia, consulte la Sección 3 de este capítulo.
- Servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando está temporalmente fuera del área de servicio del plan y no puede acceder a los proveedores contratados para enfermedad renal en etapa terminal (ESRD).

Si necesita atención médica que Medicare exige que su plan cubra y los proveedores de nuestra red no pueden proveerla, usted puede recibir esta atención de un proveedor o un centro fuera de la red. Sin embargo, el plan debe dar la autorización antes de que lo atienda ese proveedor. En esta situación, si el servicio es aprobado, usted pagará lo mismo que pagaría si recibiera la atención de un proveedor de la red. Usted, su médico o su representante pueden llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitar la autorización. Para obtener información detallada sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte el Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección llamada “Cómo comunicarse con nosotros cuando solicita una decisión de cobertura sobre su atención médica”.

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

Sección 3.1 Cómo recibir atención si tiene una emergencia médica

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

Una **emergencia médica** es cuando usted o cualquier otra persona prudente sin conocimiento especializado (con un conocimiento promedio) de salud y medicina cree que usted presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para impedir la muerte (y, si es una mujer embarazada, la pérdida de un feto), la pérdida de una extremidad o de las funciones de una extremidad, o la pérdida o el deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o una afección que está empeorando rápidamente.

Si tiene una emergencia médica:

- **Obtenga ayuda lo más rápido posible.** Llame al 911 para pedir ayuda o vaya a la sala de emergencias o al hospital más cercano. Llame a una ambulancia si la necesita. *No* necesita conseguir primero una aprobación o un referido de su PCP. No necesita acudir a un médico de la red. Puede recibir atención médica de emergencia cubierta siempre que la necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios, y de cualquier proveedor con una licencia estatal adecuada, incluso si no es parte de nuestra red. Nuestro plan cubre servicios de atención de emergencia y de urgencia fuera de los Estados Unidos cuando sea médicamente necesario. Consulte el Capítulo 4 para obtener más información.
- **Lo antes posible, asegúrese de que se haya informado a nuestro plan sobre su emergencia.** Tenemos que realizar un seguimiento a su atención de emergencia. Usted u otra persona debería llamarnos para informarnos de su atención de emergencia, por lo general dentro de un plazo de 48 horas. El número de teléfono para llamar a nuestro plan está al reverso de su tarjeta de membresía.

¿Qué está cubierto si tiene una emergencia médica?

Nuestro plan cubre servicios de ambulancia en situaciones en las que llegar a la sala de emergencias de cualquier otra manera podría poner en peligro su salud. También cubrimos los servicios médicos durante la emergencia.

Los médicos que le brindan atención de emergencia decidirán cuándo su condición es estable y la emergencia médica ha terminado.

Después de que haya terminado la emergencia, usted tendrá derecho a una atención de seguimiento para asegurar que su situación siga siendo estable. Sus médicos continuarán tratándolo hasta que se comuniquen con nosotros y hagan planes para una atención adicional. La atención de seguimiento tendrá cobertura de nuestro plan.

Si la atención de emergencia la brindan proveedores fuera de la red, trataremos de gestionar que los proveedores de la red se hagan cargo de su atención en cuanto su afección y las circunstancias lo permitan.

¿Qué pasa si no era una emergencia médica?

A veces puede ser difícil saber si tiene una emergencia médica. Por ejemplo, podría ir a recibir atención de emergencia, pensando que su salud está en grave peligro, y el médico puede decir que no fue una emergencia médica después de todo. Si resulta que no era una emergencia, en cuanto usted pensó razonablemente que su salud estaba en grave peligro, le cubriremos su atención.

Sin embargo, después de que el médico diga que *no* se trataba de una emergencia, cubriremos la atención adicional *solo* si la recibió de una de estas dos maneras:

- usted va a un proveedor de la red para recibir la atención adicional, o
- la atención adicional que recibe se considera “servicios de urgencia” y usted sigue las reglas para recibir esta atención de urgencia (para obtener más información sobre esto, consulte la Sección 3.2 a continuación).

Sección 3.2 Cómo recibir atención si tiene una necesidad urgente de servicios

¿Qué son los servicios de urgencia?

Un servicio de urgencia es una situación que no es de emergencia y requiere atención médica inmediata, pero, dadas sus circunstancias, no es posible o no es razonable obtener estos servicios de un proveedor de la red. El plan debe cubrir los servicios de urgencia proporcionados fuera de la red. Algunos ejemplos de servicios de urgencia son: i) un fuerte dolor de garganta que se produce durante el fin de semana o ii) un brote imprevisto de una afección conocida cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio.

¿Qué pasa si usted está en el área de servicio del plan cuando tiene una necesidad urgente de atención?

Siempre debe tratar de obtener servicios de urgencia de los proveedores de la red. Sin embargo, si los proveedores no están disponibles temporalmente o no se puede acceder a ellos y no es razonable esperar para obtener atención de su proveedor de la red cuando esta esté disponible nuevamente, cubriremos los servicios de urgencia que reciba de un proveedor fuera de la red.

Si cree que usted experimenta una situación médica urgente, imprevista y que no es una emergencia, comuníquese con su PCP inmediatamente. Si no puede hacerlo o es poco práctico que usted reciba atención con su PCP o un proveedor del plan, puede ir a cualquier proveedor o clínica que proporcione atención de urgencia, o bien puede llamar al 911 para que lo ayuden inmediatamente.

Nuestro plan cubre servicios de atención de emergencia y de urgencia fuera de los Estados Unidos cuando sea médicamente necesario.

Sección 3.3 Cómo recibir atención durante un desastre

Si el gobernador de su estado, el secretario de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. o el presidente de los Estados Unidos declara un estado de desastre o emergencia en su área geográfica, usted sigue teniendo derecho a recibir atención de su plan.

Visite el siguiente sitio web: www.medicare.gov/what-medicare-covers/getting-care-drugs-in-disasters-or-emergencies para obtener información sobre cómo recibir la atención que necesita durante un desastre.

Si no puede usar un proveedor de la red durante un desastre, su plan le permitirá obtener atención de proveedores fuera de la red con costos compartidos dentro de la red. Si no puede usar una farmacia de la red durante un desastre, puede surtir sus medicamentos recetados en una farmacia fuera de la red. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5, para obtener más información.

SECCIÓN 4 ¿Qué pasa si le facturan directamente el costo total de sus servicios?

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

Si ha pagado más que su costo compartido del plan por los servicios cubiertos o si recibió una factura por el costo total de servicios médicos cubiertos, consulte el Capítulo 7 (*Cómo*

solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que usted recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos) para obtener más información sobre qué debe hacer.

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

Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx cubre todos los servicios médicamente necesarios según el Cuadro de beneficios médicos en el Capítulo 4 de este documento. Si usted recibe servicios que no están cubiertos por nuestro plan o servicios obtenidos fuera de la red y que no estaban autorizados, usted es responsable de pagar el costo total de los servicios.

En el caso de los servicios cubiertos que tienen un límite de beneficios, usted también paga el costo total de los servicios que recibe después de que ha agotado su beneficio para ese tipo de servicio cubierto. El pago de los costos una vez que se ha alcanzado el límite de beneficios no se aplicará a la cantidad máxima de desembolsos.

SECCIÓN 5 ¿Cómo se cubren sus servicios médicos cuando usted está en un estudio de investigación clínica?

Sección 5.1 ¿Qué es un estudio de investigación clínica?

Un estudio de investigación clínica (también denominado *ensayo clínico*) es una forma en que los médicos y científicos prueban nuevos tipos de atención médica, por ejemplo, el funcionamiento de un nuevo medicamento contra el cáncer. Algunos estudios de investigación clínica están aprobados por Medicare. Los estudios de investigación clínica aprobados por Medicare suelen pedir la participación de voluntarios en el estudio.

Una vez que Medicare haya aprobado el estudio, y usted exprese interés, alguien que trabaje en él se comunicará con usted para explicarle más sobre el estudio y ver si cumple los requisitos establecidos por los científicos que lo realizan. Usted puede participar en el estudio siempre y cuando cumpla los requisitos de este y entienda y acepte totalmente todo lo que implica si usted participa en el estudio.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Original Medicare paga la mayor parte de los costos de los servicios cubiertos que usted recibe como parte del estudio. Si nos informa que participa en un ensayo clínico calificado, entonces solo es responsable del costo compartido dentro de la red por los servicios de ese ensayo. Si pagó más, por ejemplo, si ya pagó el monto de costo compartido de Original Medicare, le reembolsaremos la diferencia entre lo que pagó y el costo compartido dentro de la red. Sin embargo, deberá proporcionar documentación que nos muestre cuánto pagó. Cuando usted participa en un estudio de investigación clínica, puede seguir

inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo el resto de su atención (la atención que no está relacionada con el estudio) a través de nuestro plan.

Si desea participar en cualquier estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, no necesita informarnos ni obtener nuestra aprobación o la de su PCP. Los proveedores que brindan su atención como parte del estudio de investigación clínica *no* necesitan ser parte de la red de proveedores de nuestro plan. Tenga en cuenta que esto no incluye beneficios de los que nuestro plan es responsable, que contienen, como componente, un ensayo clínico o registro para evaluar el beneficio. Esto incluye ciertos beneficios especificados en virtud de las determinaciones de cobertura nacional (NCD por sus siglas en inglés) y los ensayos de dispositivos en investigación (IDE por sus siglas en inglés), y pueden estar sujetos a autorización previa y otras reglas del plan.

Aunque no necesita obtener el permiso de nuestro plan para estar en un estudio de investigación clínica, cubierto por Original Medicare para afiliados de Medicare Advantage, le recomendamos que nos notifique con anticipación cuando decida participar en ensayos clínicos calificados por Medicare.

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

Sección 5.2 Cuando usted participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién paga qué?

Una vez que se incorpore a un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, Original Medicare cubrirá los artículos y servicios de rutina que reciba como parte del estudio, entre los que se incluyen los siguientes:

- Habitación y comida relativa a una hospitalización que Medicare pagaría incluso si no estuviera en un estudio.
- Una operación u otro procedimiento médico que forma parte del estudio de investigación.
- Tratamiento de los efectos secundarios y complicaciones de la nueva atención.

Después de que Medicare haya pagado su parte del costo de estos servicios, nuestro plan pagará la diferencia entre el costo compartido en Original Medicare y su costo compartido dentro de la red como miembro de nuestro plan. Esto significa que usted pagará por los servicios que reciba como parte del estudio la misma cantidad que pagaría si recibiera estos servicios de nuestro plan. No obstante, debe presentar la documentación que demuestre el monto de los costos compartidos que pagó. Consulte el Capítulo 7 para obtener más información sobre el envío de solicitudes de pago.

A continuación, encontrará un ejemplo de cómo funcionan los costos compartidos: Digamos que usted tiene un examen de laboratorio que cuesta \$100 como parte del estudio de investigación. Digamos también que su parte de los costos por este examen es de \$20 con Original Medicare, pero el examen costaría \$10 según los beneficios de nuestro plan. En este caso, Original Medicare pagaría \$80 por el examen y usted pagaría un copago de \$20 exigido

por Original Medicare. Entonces deberá notificar a su plan que ha recibido un servicio de ensayo clínico calificado y presentar al plan documentación como, por ejemplo, una factura del proveedor. El plan entonces le pagaría directamente \$10. Por lo tanto, su pago neto es de \$10, la misma cantidad que usted pagaría según los beneficios de nuestro plan. Tenga en cuenta que para recibir el pago de su plan, debe presentarnos documentación, como una factura del proveedor.

Cuando usted no forma parte de un estudio de investigación clínica, **ni Medicare ni nuestro plan pagarán ninguno de los siguientes servicios:**

- Por lo general, Medicare *no* pagará el nuevo artículo o servicio que el estudio pruebe a menos que Medicare cubra el artículo o servicio incluso si usted *no* estuviera en un estudio.
- Los artículos o servicios que se le proveen solo para reunir datos y que no se usan en su atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no pagará las tomografías computarizadas mensuales que se realizan como parte del estudio si su afección normalmente requeriría solo una tomografía.

¿Desea obtener más información?

Puede obtener más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica al visitar el sitio web de Medicare para 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) 24 horas al día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 6 Reglas para obtener atención en una institución religiosa de cuidados de la salud no médicos

<h3>Sección 6.1 ¿Qué es una institución religiosa de cuidados de la salud no médicos?</h3>

Una institución religiosa de cuidados de la salud no médicos es un centro que proporciona atención para una afección que normalmente se trataría en un hospital o en un centro de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o centro de enfermería especializada va en contra de las creencias religiosas de un miembro, entonces proveeremos cobertura de atención en una institución religiosa de cuidados de la salud no médicos. Este beneficio se provee solo para los servicios como paciente hospitalizado de Part A (servicios de cuidado de la salud no médico).

Sección 6.2 Recibir atención de una institución religiosa de cuidados de la salud no médicos

Para recibir atención de una institución religiosa de cuidados de la salud no médicos, usted debe firmar un documento legal que diga que usted se opone por temas de conciencia a recibir tratamiento médico “no obligatorio”.

- Una atención médica o tratamiento **no obligatorio** es cualquier atención médica o tratamiento que es *voluntario* y *no es exigido* por ninguna ley federal, estatal o local.
- Un tratamiento médico **obligatorio** es cualquier atención médica o tratamiento que *no es voluntario* o *es exigido* por cualquier ley federal, estatal o local.

Para tener cobertura de nuestro plan, la atención que recibe de una institución religiosa de cuidados de la salud no médicos debe cumplir las siguientes condiciones:

- El centro que proporciona la atención debe estar certificado por Medicare.
- La cobertura de servicios que usted recibe se limita a los aspectos *no religiosos* de la atención.
- Si recibe servicios de esta institución que se le proporcionan en un centro, se aplican las siguientes condiciones:
 - debe tener una afección que permita que usted reciba servicios cubiertos de atención hospitalaria para pacientes hospitalizados o atención en un centro de enfermería especializada, y
 - debe obtener la aprobación anticipada de nuestro plan antes de que sea ingresado al centro o su estadía no será cubierta.

Los límites de cobertura de Medicare se aplican según lo descrito en el Capítulo 4, “Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados”.

SECCIÓN 7 Reglas de propiedad de un equipo médico duradero

Sección 7.1 ¿Será usted dueño del equipo médico duradero después de realizar una determinada cantidad de pagos conforme a nuestro plan?

El equipo médico duradero (DME por sus siglas en inglés) incluye artículos como equipos de oxígeno y suministros, sillas de ruedas, andadores, sistemas de colchones eléctricos para enfermos, muletas, suministros para diabéticos, dispositivos de generación de habla, bombas de infusión intravenosa, nebulizadores y camas de hospital indicadas por un proveedor para su uso

en el hogar. El miembro siempre será dueño de ciertos artículos, por ejemplo, las prótesis. En esta sección, analizaremos otros tipos de DME que usted debe alquilar.

En Original Medicare, las personas que alquilan ciertos tipos de DME son dueñas del equipo después de realizar copagos por ese equipo durante 13 meses. Sin embargo, como miembro de Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx, usted generalmente no adquiere la propiedad de los DME alquilados sin importar cuántos copagos haga por el artículo mientras es miembro de nuestro plan, incluso si ha realizado hasta 12 pagos consecutivos por el artículo de DME con Original Medicare antes de inscribirse en el plan. En ciertas circunstancias limitadas, le transferiremos la propiedad del DME a usted. Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros.

¿Qué pasa con los pagos que hizo por equipo médico duradero si se cambia a Original Medicare?

Si no adquirió la propiedad del DME mientras estaba en nuestro plan, tendrá que realizar 13 nuevos pagos consecutivos después de cambiarse a Original Medicare para poder ser dueño del equipo. Los pagos realizados mientras está inscrito en su plan no cuentan.

Ejemplo 1: Usted hizo 12 pagos consecutivos o menos por el artículo en Original Medicare y luego se unió a nuestro plan. Los pagos que hizo en Original Medicare no cuentan. Deberá hacer 13 pagos a nuestro plan antes de adquirir el artículo.

Ejemplo 2: Usted hizo 12 pagos consecutivos o menos por el artículo en Original Medicare y luego se unió a nuestro plan. Usted estaba en nuestro plan, pero no obtuvo la propiedad mientras estaba en él. Luego regresa a Original Medicare. Tendrá que hacer 13 nuevos pagos consecutivos para adueñarse del artículo una vez que se una de nuevo a Original Medicare. Todos los pagos anteriores (ya sea a nuestro plan o a Original Medicare) no cuentan.

Sección 7.2 Reglas para equipos, suministros y mantenimiento de oxígeno

¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho?

Si cumple los requisitos para la cobertura de equipos de oxígeno de Medicare, Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx cubrirá lo siguiente:

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

Debe devolver el equipo de oxígeno si ya no lo necesita por motivos médicos o si abandona Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx.

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

Original Medicare establece que un proveedor de oxígeno le brinde servicios durante cinco años. Durante los primeros 36 meses, usted alquila el equipo. Los 24 meses restantes, el proveedor proporciona el equipo y el mantenimiento (usted sigue siendo responsable del copago de oxígeno). Después de cinco años, puede optar por quedarse con la misma compañía o ir a otra compañía. En este punto, el ciclo de cinco años comienza nuevamente, incluso si permanece con la misma compañía, lo que requiere que pague copagos durante los primeros 36 meses. Si se une o deja nuestro plan, el ciclo de cinco años empieza de nuevo.

CAPÍTULO 4:

*Cuadro de beneficios médicos
(lo que está cubierto y lo que
usted paga)*

SECCIÓN 1 Cómo entender los desembolsos para servicios cubiertos

Este capítulo presenta un Cuadro de beneficios médicos que enumera sus servicios cubiertos y muestra cuánto pagará por cada servicio cubierto como miembro de Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx. Más adelante en este capítulo, puede encontrar información sobre servicios médicos que no están cubiertos. También se explican los límites en ciertos servicios.

Sección 1.1 Tipos de desembolsos que puede pagar por servicios cubiertos

Para comprender la información de pago que le ofrecemos en este capítulo, necesita conocer los tipos de desembolsos que podría pagar por sus servicios cubiertos.

- **Copago** es la cantidad fija que paga cada vez que recibe ciertos servicios médicos. Usted paga un copago en el momento en que recibe el servicio médico (el Cuadro de beneficios médicos en la Sección 2 le brinda más información sobre sus copagos).
- **Coaseguro** es el porcentaje que paga del costo total de ciertos servicios médicos. Usted paga un coaseguro en el momento en que recibe el servicio médico (el Cuadro de beneficios médicos en la Sección 2 le brinda más información sobre su coaseguro).

La mayoría de las personas que cumplen los requisitos para Medicaid o para el programa Beneficiario Calificado de Medicare (QMB) nunca deberían pagar deducibles, copagos ni coaseguro. Si corresponde, asegúrese de mostrar su comprobante de elegibilidad de Medicaid o QMB a su proveedor.

Sección 1.2 ¿Cuánto es lo máximo que pagará por los servicios médicos cubiertos?

Debido a que está inscrito en un plan Medicare Advantage, hay un límite con respecto al total que tiene que pagar en desembolsos cada año por servicios médicos dentro de la red que están cubiertos por nuestro plan. Este límite se llama monto del desembolso máximo (MOOP por sus siglas en inglés) para los servicios médicos. Para el año calendario 2024, este monto es de \$3,650.

Las cantidades que paga por copagos y coaseguro por servicios cubiertos dentro de la red se incluyen en este monto del desembolso máximo. Las cantidades que paga por la prima del plan y por los medicamentos recetados de Part D no se incluyen en su monto del desembolso máximo. Además, las cantidades que paga por algunos servicios no se incluyen en su monto del desembolso máximo. Estos servicios están marcados con un asterisco en el Cuadro de beneficios médicos. Si alcanza el monto del desembolso máximo de \$3,650, no tendrá que pagar más desembolsos por el resto del año para servicios cubiertos dentro de la red. Sin embargo, debe continuar con el pago de la prima del plan y de Medicare Part B (a menos que Medicaid u otro tercero paguen por la prima de Part B).

Sección 1.3 Nuestro plan no permite que los proveedores le facturen el saldo

Como miembro de Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx, una protección importante para usted es que solo tiene que pagar el monto de su costo compartido cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. Los proveedores no pueden agregar cargos adicionales por separado, llamados **facturación de saldo**. Esta protección se aplica incluso si pagamos al proveedor menos de lo que cobra ese proveedor por un servicio e incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.

Así funciona esta protección.

- Si sus costos compartidos corresponden a un copago (una cantidad establecida, por ejemplo, \$15.00), entonces solo paga esa cantidad por cualquier servicio cubierto de un proveedor de la red.
- Si sus costos compartidos corresponden a un coaseguro (un porcentaje de los cargos totales), entonces nunca paga más que ese porcentaje. Sin embargo, el costo depende del tipo de proveedor que ve:
 - Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor de la red, usted paga el porcentaje de coaseguro multiplicado por la tasa de reembolso del plan (según lo determinado en el contrato entre el proveedor y el plan).
 - Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que participa con Medicare, usted paga el porcentaje de coaseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare por los proveedores participantes (recuerde que el plan cubre los servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, como cuando usted obtiene un referido o para emergencias o servicios de urgencia).
 - Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que no participa con Medicare, usted paga el porcentaje de coaseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare por los proveedores no participantes (recuerde que el plan cubre los servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, como cuando usted obtiene un referido o para emergencias o, fuera del área de servicio, para servicios de urgencia).
- Si cree que un proveedor le ha facturado el saldo, llame a Servicios para Miembros.

SECCIÓN 2 Consulte el *Cuadro de beneficios médicos* para obtener información sobre lo que está cubierto y cuánto pagará

Sección 2.1 Sus beneficios y costos médicos como miembro del plan

El Cuadro de beneficios médicos en las siguientes páginas indica los servicios que cubre Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx y lo que usted paga de desembolso por cada servicio. La cobertura de medicamentos recetados de Part D se aborda en el Capítulo 5. Los servicios indicados en el Cuadro de beneficios médicos están cubiertos solo cuando se cumplen los siguientes requisitos de cobertura:


- Sus servicios cubiertos de Medicare deben proporcionarse según las pautas de cobertura establecidas por Medicare.
- Sus servicios (que incluyen atención médica, servicios, suministros, equipos y medicamentos recetados de Part B) *deben* ser médicamente necesarios. Médicamente necesario significa que los servicios, suministros o medicamentos se necesitan para prevenir, diagnosticar o tratar su afección y cumplir las normas aceptadas de práctica médica.
- Usted recibe la atención de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, la atención que reciba de un proveedor fuera de la red no estará cubierta, a menos que se trate de una atención de emergencia o de urgencia o que su plan o un proveedor de la red le haya dado un referido. Esto significa que tendrá que pagar al proveedor en su totalidad por los servicios prestados.
- Usted tiene un proveedor primario de cuidados médicos (PCP) que proporciona y supervisa su atención. En la mayoría de los casos, su PCP debe dar la aprobación anticipada antes de que usted pueda ver a otros proveedores en la red del plan. Esto se llama darle un referido.
- Algunos de los servicios que se indican en el Cuadro de beneficios médicos están cubiertos *solo* si el médico u otro proveedor de la red obtienen nuestra aprobación anticipada (en ocasiones, se denomina autorización previa). Los servicios cubiertos que necesitan aprobación anticipada están marcados en *cursivas y negritas* en el Cuadro de beneficios médicos.

Otros datos importantes que debe saber sobre nuestra cobertura:


- Al igual que todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que Original Medicare cubre. Por algunos de estos beneficios, usted paga *más* en nuestro plan en comparación con lo que pagaría en Original Medicare. Por otros, puede pagar *menos* (si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual *Medicare y usted 2024*. Véalo en línea en www.medicare.gov o solicite una copia llamando al 1-800-MEDICARE [1-800-633-4227] 24 horas al día, 7 días a 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, también cubrimos el servicio sin costo para usted. Sin embargo, si además lo tratan o controlan por una afección existente durante la visita en la que recibe el servicio preventivo, se aplicará un copago por la atención recibida por la afección existente.
- Si Medicare agrega cobertura para algún servicio durante 2024, ya sea Medicare o nuestro plan cubrirá esos servicios.

Información importante sobre beneficios para afiliados con condiciones crónicas

- Si le diagnostican las condiciones crónicas identificadas a continuación y cumple con ciertos criterios, puede ser elegible para recibir beneficios complementarios especiales para enfermos crónicos.
 - Insuficiencia cardíaca congestiva (CHF por sus siglas en inglés)
 - Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD por sus siglas en inglés)
 - Diabetes
 - Demencia
 - Enfermedad renal en etapa terminal (ESRD)
 - Accidente cerebrovascular y condiciones relacionadas
- Para conocer más detalles, consulte la fila correspondiente a *Beneficios complementarios especiales para enfermos crónicos* en el Cuadro de beneficios médicos que se muestra a continuación.
- Comuníquese con nosotros para saber exactamente para cuáles beneficios puede ser elegible.

 Verá esta manzana junto a los servicios preventivos en el cuadro de beneficios.



Cuadro de beneficios médicos



Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Exámenes de detección de aneurisma aórtico abdominal</p> <p>Una ecografía oportuna de detección para personas con riesgo. El plan solo cubre este examen de detección si tiene ciertos factores de riesgo y si recibe un referido del médico, asistente médico, enfermera practicante o especialista en enfermería clínica.</p>	<p>No les corresponde coaseguro, copago ni deducible a los miembros elegibles por este examen de detección preventivo.</p>



Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Acupuntura para el dolor lumbar crónico</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:</p> <p>Se cubren hasta 12 visitas en 90 días para los beneficiarios de Medicare en las siguientes circunstancias:</p> <p>A los efectos de este beneficio, el dolor lumbar crónico se define como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • dura 12 semanas o más; • no específico, en el sentido de que no tiene una causa sistémica identificable (es decir, no asociado con enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.); • no asociado con la cirugía, y • no asociado con el embarazo. <p>Se cubrirán ocho sesiones adicionales para aquellos pacientes que demuestren una mejora. No se pueden administrar más de 20 tratamientos de acupuntura al año.</p> <p>El tratamiento debe suspenderse si el paciente no mejora o si empeora.</p> <p>Requisitos de los proveedores: Los médicos, como se define en la sección 1861(r)(1) de la Ley del Seguro Social (la Ley), pueden proporcionar servicios de acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales correspondientes.</p>	<p>Usted paga \$20 por visita por los servicios de acupuntura cubiertos por Medicare para el dolor lumbar crónico.</p> <p>Antes de recibir los servicios, debe obtener un referido de su PCP.</p>
<p>Los asistentes médicos (PA por sus siglas en inglés), las enfermeras practicantes (NP por sus siglas en inglés)/especialistas en enfermería clínica (CNS por sus siglas en inglés), como se identifica en la sección 1861(aa)(5) de la Ley, y el personal auxiliar pueden proporcionar servicios de acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales aplicables y tienen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • un título de maestría o doctorado en acupuntura o medicina oriental de una escuela acreditada por la Comisión de 	


Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental (ACAOM por sus siglas en inglés), y</p> <ul style="list-style-type: none"> • una licencia actual, integral, activa y sin restricciones para ejercer la acupuntura en un estado, territorio o Estado Libre Asociado (Puerto Rico) de los Estados Unidos, o en el Distrito de Columbia. <p>El personal auxiliar que proporciona servicios de acupuntura debe estar bajo el nivel adecuado de supervisión de un médico, PA o NP/CNS tal como lo exigen nuestras normativas en el Título 42 del Código de Reglamentos Federales (CFR por sus siglas en inglés), secciones 410.26 y 410.27.</p> <p>Beneficios de acupuntura adicionales:</p> <p>El plan cubre servicios de acupuntura para el dolor lumbar crónico provistos por otros acupunturistas con licencia que no cumplen con los requisitos para proveedores descritos anteriormente. La cobertura está sujeta al mismo límite de 20 visitas anuales establecido por Medicare.</p> <p>Los servicios de acupuntura adicionales son elegibles para reembolso según su Subsidio de bienestar. Consulte la descripción del beneficio de Subsidio de bienestar para conocer los detalles completos.</p>	<p>Usted paga \$20 por visita por los servicios de acupuntura provistos por un acupunturista con licencia para tratar el dolor lumbar crónico.</p> <p>Antes de recibir servicios de un acupunturista con licencia, debe obtener un referido de su PCP.</p>
<p>Servicios de ambulancia</p>	<p><i>Es posible que se requiera autorización previa para los servicios de transporte que no son para casos de emergencia.</i></p>

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sea para una situación de emergencia o de no emergencia, incluyen los servicios de ambulancia de ala fija (aviones), de ala giratoria (helicópteros) y terrestre hasta el centro de salud correspondiente más cercano que pueda proporcionar atención si va dirigida a un miembro cuya afección es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro la salud de la persona o si el plan la autoriza.</p> <p>Si los servicios de ambulancia cubiertos no son para una situación de emergencia, se debe documentar que la condición 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.</p> <p>Los servicios de ambulancia están cubiertos en todo el mundo.</p>	<p>Usted paga \$325 por viaje en un solo sentido por los servicios de ambulancia cubiertos por Medicare.</p> <p>De acuerdo con las pautas de Medicare, los servicios de ambulancia de emergencia y los que no son de emergencia están cubiertos según la necesidad médica. Si su afección cumple los requisitos de cobertura, usted pagará el copago que se indicó anteriormente.</p> <p>Si su afección no cumple los criterios de Medicare y usted usa los servicios de ambulancia, entonces usted será responsable de pagar el costo total.</p> <p>Si tiene preguntas sobre cobertura para servicios de ambulancia, comuníquese con Servicios para Miembros.</p> <p>El transporte en furgoneta de personas en silla de ruedas no está cubierto por Medicare, incluso si el servicio lo provee una empresa de ambulancias.</p>

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Transporte que no es de ambulancia</p> <p>Nuestro plan cubre transporte que no es de ambulancia (por ejemplo, furgoneta o sedán para personas en silla de ruedas) proporcionado por el proveedor aprobado por el plan desde un hospital a un centro de enfermería especializada (SNF).</p>	<p>Usted paga \$40 por viaje en transporte que no es de ambulancia desde un hospital a un centro de enfermería especializada cuando el hospital que da el alta lo indique.</p>
<p>Examen médico anual</p> <p>El examen médico anual es un examen más a fondo que la visita anual de bienestar. Los servicios incluyen lo siguiente: exámenes de los sistemas corporales, como corazón, pulmones, cabeza y cuello y sistema neurológico; medición y registro de signos vitales, como presión arterial, frecuencia cardíaca y frecuencia respiratoria; una revisión completa de las recetas médicas y una revisión de hospitalizaciones recientes. Con cobertura una vez cada año calendario.</p>	<p>Usted paga \$0 por un examen médico anual. Si recibe servicios que tratan una afección durante la misma visita al consultorio, es posible que se apliquen costos compartidos adicionales.</p>
<p> Visita anual de bienestar</p> <p>Si ha tenido Part B por más de 12 meses, puede optar a la visita anual de bienestar para crear o actualizar un plan de prevención personalizado según su salud y los factores de riesgo actuales. Con cobertura una vez cada año calendario.</p> <p>Tome en cuenta lo siguiente: La primera visita anual de bienestar no puede concretarse dentro de 12 meses desde la visita preventiva “Bienvenido a Medicare”. Sin embargo, no necesita una visita “Bienvenido a Medicare” para tener la cobertura para la visita anual de bienestar después de que ha tenido Part B por 12 meses.</p>	<p>No debe pagar coaseguro, copago ni deducible por la visita anual de bienestar. Si recibe servicios que tratan una afección durante la misma visita al consultorio, es posible que se apliquen costos compartidos adicionales.</p>
<p> Medición de la masa ósea</p>	

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Para personas que cumplen los requisitos (por lo general, personas con riesgo de perder masa ósea o con riesgo de sufrir osteoporosis), los siguientes servicios están cubiertos cada 24 meses o con más frecuencia si son médicamente necesarios: procedimientos para identificar masa ósea, detectar pérdida ósea o determinar la calidad ósea, así como una interpretación médica de los resultados.</p>	<p>No debe pagar coaseguro, copago ni deducible por la medición de la masa ósea cubierta por Medicare.</p>
<p> Exámenes de detección del cáncer de seno (mamografías)</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una mamografía inicial entre los 35 y 39 años • Una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres de 40 años en adelante • Exámenes clínicos de los senos una vez cada 24 meses 	<p>No debe pagar coaseguro, copago ni deducible por los exámenes clínicos de los senos y las mamografías de detección que estén cubiertos.</p>
<p>Servicios de rehabilitación cardíaca</p> <p>Programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicio, educación y orientación están cubiertos para miembros que cumplen ciertas condiciones y tengan una orden médica. El plan también cubre programas de rehabilitación cardíaca intensiva que, por lo general, son más rigurosos o intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.</p>	<p>Usted paga \$0 por los servicios cubiertos por Medicare.</p>
<p> Visita de reducción del riesgo de enfermedad cardiovascular (terapia para enfermedad cardiovascular)</p> <p>Cubrimos una visita por año con el médico de atención primaria para disminuir el riesgo de enfermedad cardiovascular. Durante esta visita, el médico puede analizar el uso de aspirina (si corresponde), revisar la presión arterial y darle consejos para garantizar una alimentación saludable.</p>	<p>No debe pagar coaseguro, copago ni deducible por el beneficio preventivo de terapia conductual intensiva para enfermedad cardiovascular.</p>

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Exámenes por enfermedad cardiovascular</p> <p>Análisis de sangre para la detección de enfermedad cardiovascular (o anomalías asociadas con un riesgo elevado de enfermedad cardiovascular) una vez cada 5 años (60 meses).</p>	<p>No debe pagar coaseguro, copago ni deducible por los exámenes por enfermedad cardiovascular que están cubiertos una vez cada 5 años.</p>
<p> Exámenes de detección de cáncer vaginal y de cuello uterino</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para todas las mujeres: Los exámenes de Papanicoláu y exámenes pélvicos están cubiertos una vez cada 24 meses • Si tiene un alto riesgo de padecer cáncer de cuello uterino o vaginal o está en edad fértil y ha tenido un examen de Papanicoláu anormal en los últimos 3 años: un papanicoláu cada 12 meses 	<p>No debe pagar coaseguro, copago ni deducible por los exámenes de Papanicoláu y exámenes pélvicos preventivos cubiertos por Medicare.</p>
<p>Servicios de quiropráctico</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación <p>Cobertura adicional proporcionada por el plan Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación quiropráctica inicial cubierta una vez por año calendario 	<p>Usted paga \$15 por cada visita cubierta por Medicare.</p> <p>Usted paga \$15 por la evaluación quiropráctica inicial.</p> <p>Antes de recibir los servicios, debe obtener un referido de su PCP.</p> <p>Otras formas de atención quiropráctica no son beneficios cubiertos. Consulte el Capítulo 4,</p>

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
	Sección 3.1 para conocer los servicios que se excluyen de la cobertura.
<p> Exámenes de detección de cáncer colorrectal</p> <p>Las siguientes pruebas de detección están cubiertas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La colonoscopia no tiene un límite mínimo o máximo de edad y está cubierta una vez cada 120 meses (10 años) para pacientes que no presenten un alto riesgo; o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para pacientes que no presenten un alto riesgo de cáncer colorrectal; y una vez cada 24 meses para pacientes de alto riesgo después de una colonoscopia de detección o un enema de bario previos. • Sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años en adelante. Una vez cada 120 meses para pacientes que no presenten un alto riesgo después de que les hayan realizado una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para pacientes de alto riesgo desde la última sigmoidoscopia flexible o enema de bario. • Pruebas de detección de sangre oculta en heces para pacientes de 45 años en adelante. Una vez cada 12 meses. • Prueba de ADN en heces multiobjetivo para pacientes de 45 a 85 años y que no cumplan criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Pruebas de biomarcadores en sangre para pacientes de 45 a 85 años que no cumplan criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Enema de bario como alternativa a la colonoscopia para pacientes que presenten un alto riesgo y 24 meses desde el último enema de bario de detección o la última colonoscopia de detección. • Enema de bario como alternativa a la sigmoidoscopia flexible para pacientes que no presenten un alto riesgo y de 45 años o más. Una vez al menos 48 meses después del 	<p>No debe pagar coaseguro, copago ni deducible por un examen de detección de cáncer colorrectal cubierto por Medicare, incluidos los enemas de bario. Si su médico encuentra y extirpa un pólipo u otro tejido durante la colonoscopia o la sigmoidoscopia flexible, el examen de detección se convierte en un examen de diagnóstico y usted paga un copago de \$0 por los servicios de su médico.</p>


Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>último enema de bario de detección o sigmoidoscopia flexible de detección.</p> <p>Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de detección de seguimiento después de que una prueba de detección de cáncer colorrectal no invasiva en heces cubierta por Medicare arroje un resultado positivo.</p>	
<p>Servicios dentales</p> <p>En general, los servicios dentales preventivos (como limpieza, exámenes dentales de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Original Medicare. Sin embargo, Medicare actualmente paga los servicios dentales en un número limitado de circunstancias, de manera concreta cuando ese servicio es una parte integral del tratamiento específico de la afección primaria de un beneficiario. Algunos ejemplos son la reconstrucción de la mandíbula tras una fractura o lesión, las extracciones dentales realizadas como preparación para el tratamiento de radiación del cáncer de mandíbula o los exámenes bucales previos al trasplante de riñón.</p> <p>A continuación encontrará información sobre la cobertura dental complementaria que obtiene como miembro de Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx.*</p>	<p>Usted paga \$40 por visita por los servicios dentales cubiertos por Medicare.</p> <p>Consulte “Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados” y “Servicios/cirugía ambulatorios” en este cuadro para conocer los costos compartidos que paga cuando recibe los servicios en un hospital o centro de cirugía ambulatoria.</p>



* Los costos compartidos para estos artículos/servicios no se incluyen en su monto del desembolso máximo anual.

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Tufts Medicare Preferred Dental Plan *</p> <p>Su plan incluye automáticamente la cobertura de servicios dentales complementarios no cubiertos por Original Medicare, como los servicios dentales de diagnóstico, preventivos y básicos. Hay un máximo anual de beneficios, y se aplican costos compartidos para estos servicios dentales complementarios, los cuales se describen a continuación. El plan <i>no</i> cubre los servicios dentales mayores, como la cirugía bucal, la periodoncia, la endodoncia y la prostodoncia.</p> <p>El plan paga hasta el máximo por año calendario de \$1,000 por todos los servicios dentales complementarios cubiertos. Los servicios recibidos de un dentista en una situación de</p>	<p>A continuación, se proporciona información sobre costos compartidos de acuerdo con la clase de servicios dentales que recibe.</p> <p>Consulte la Sección 2.2 de este capítulo para obtener información adicional importante:</p>
<p>Los servicios dentales complementarios tienen cobertura <i>solo</i> con proveedores de la red de PPO de Dominion. Para saber si el dentista es de la red de PPO de Dominion o si usted necesita un dentista nuevo, revise el <i>Directorio de dentistas</i> que está en www.thpmp.org/dentist o comuníquese con Servicios para Miembros al número que aparece en la contraportada de este documento.</p> <p>Puede mejorar aún más su cobertura dental complementaria si se inscribe en Tufts Medicare Preferred Dental <u>Option</u> por una prima adicional. Consulte la Sección 2.2 de este capítulo para obtener una descripción del beneficio dental complementario que obtiene si se inscribe en Tufts Medicare Preferred Dental <u>Option</u>. Si usted se inscribe en Tufts Medicare Preferred Dental <u>Option</u>, este reemplaza al Tufts Medicare Preferred Dental <u>Plan</u> descrito en esta sección.</p>	<p>Cálculos aproximados previos para obtener información sobre cómo solicitar <i>cálculos aproximados previos</i> antes de recibir atención dental.</p> <p>Limitaciones y exclusiones para <i>Limitaciones y exclusiones</i> que se aplican a Tufts Medicare Preferred Dental <u>Plan</u> (sin prima adicional, como se describe en esta sección) y a Tufts Medicare Preferred Dental <u>Option</u> (por una prima adicional, como se describe en la</p>

* Los costos compartidos para estos artículos/servicios no se incluyen en su monto del desembolso máximo anual.

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p><u>Servicios de diagnóstico y preventivos de Clase 1</u></p> <p>Examen bucal integral (que incluye los antecedentes dentales iniciales y mapa dental) cubierto una vez cada 36 meses.</p> <p>Evaluación bucal periódica cubierta dos veces al año.</p> <p>Radiografías intrabucales de aleta de mordida (radiografías de las coronas de los dientes) cubiertas dos veces al año cuando la condición bucal lo amerite.</p> <p>Profilaxis (limpieza, raspado y pulido de dientes de rutina) cubierta dos veces al año.</p>	<p>Sección 2.2 de este capítulo).</p> <p>Tome en cuenta lo siguiente: Si el plan determina que 1) se puede realizar un procedimiento, servicio o ciclo de tratamiento menos costoso en vez del tratamiento propuesto por su dentista y que 2) el tratamiento alternativo menos costoso producirá un resultado profesionalmente satisfactorio, entonces el máximo permitido por el plan será el cargo por la alternativa menos costosa.</p> <p>Usted paga \$0 por los servicios de diagnóstico y preventivos de Clase 1.</p>

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p><u>Servicios básicos de Clase 2</u></p> <p>Exámenes de problemas específicos para una evaluación bucal de emergencia cubiertos una vez cada 12 meses.</p> <p>Radiografía intrabucal de toda la boca (imagen panorámica) cubierta una vez cada 60 meses.</p> <p>Radiografía intrabucal de toda la boca (serie bucal completa) cubierta una vez cada 60 meses.</p> <p>Radiografía de un solo diente cubierta según sea necesario.</p> <p>Empastes de plata y empastes blancos cubiertos una vez cada 24 meses por superficie, por diente.</p> <p>Limpieza periodontal cubierta una vez cada 6 meses después de una terapia periodontal activa, no se combina con las limpiezas regulares.</p> <p>Raspado y alisado radicular cubiertos una vez cada 24 meses, por cuadrante.</p>	<p>Usted paga un coaseguro del 50 % por los servicios básicos de Clase 2.</p>
<p>Raspado en presencia de inflamación gingival generalizada moderada/grave cubierto una vez cada 24 meses después de la evaluación bucal y en lugar de una profilaxis cubierta.</p> <p>Desbridamiento bucal completo cubierto una vez de por vida.</p> <p>Extracciones simples cubiertas una vez por diente.</p> <p>Tratamiento menor de alivio del dolor cubierto solo si no se realizaron otros servicios, aparte de los exámenes y radiografías, en la misma fecha del servicio.</p>	
<p> Exámenes de detección de depresión</p>	<p>No debe pagar coaseguro, copago ni deducible por la visita</p>

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Cubrimos un examen de detección de depresión por año. El examen de detección debe realizarse en un entorno de atención primaria que pueda proveer tratamiento de seguimiento o referidos.</p>	<p>anual de detección de depresión.</p>
<p> Exámenes de detección de la diabetes</p> <p>Cubrimos este examen de detección (incluye análisis de glucosa en ayunas) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia), obesidad o antecedentes de niveles altos de azúcar en la sangre (glucosa). Es posible que cubramos los exámenes si cumple otros requisitos, como tener sobrepeso y antecedentes familiares de diabetes.</p> <p>Según los resultados de estos exámenes, es posible que sea elegible para hasta dos exámenes de detección de la diabetes cada 12 meses.</p>	<p>No debe pagar coaseguro, copago ni deducible por los exámenes de detección de la diabetes cubiertos por Medicare.</p>
<p> Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para diabéticos</p>	<p><i>Excepto en una emergencia, es posible que se requiera autorización previa para recibir monitores continuos de glucosa.</i></p>

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Para todas las personas que tienen diabetes (usuarios y no usuarios de insulina). Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Suministros para controlar la glucosa en sangre: monitor de glucosa en sangre, tiras reactivas para medir la glucosa en sangre, dispositivos de lancetas y lancetas y soluciones de control de la glucosa para controlar la precisión de las tiras reactivas y los monitores. ● Para personas con diabetes que tienen enfermedad grave del pie diabético: Un par de zapatos terapéuticos a medida por año calendario (incluye plantillas que se proveen con esos zapatos) y dos pares adicionales de plantillas o un par de zapatos profundos y tres pares de plantillas (sin incluir las plantillas removibles no personalizadas que se proveen con esos zapatos). La cobertura incluye el ajuste. ● La capacitación para el autocontrol de la diabetes está cubierta bajo ciertas condiciones ● Para personas con riesgo de diabetes: Análisis de glucosa en plasma en ayunas según sea médicamente necesario. ● Para servicios de cuidado del pie relacionados con la diabetes, consulte Servicios de podología en este cuadro de beneficios. <p>Tome en cuenta lo siguiente: Existen dos tipos de monitores continuos de glucosa (CGM por sus siglas en inglés): los terapéuticos y los no terapéuticos. El plan cubre ambos en su totalidad. Los CGM no terapéuticos solo se pueden comprar a proveedores de equipos médicos participantes o al fabricante del CGM cuando se contrata directamente con el plan.</p>	<p>Usted paga \$0 por los servicios cubiertos.</p> <p>Si durante la visita en la que recibe los servicios también se le trata o controla una afección existente, se aplicará un costo compartido adicional por la atención recibida por la afección existente.</p> <p>Antes de recibir capacitación para el autocontrol de la diabetes, debe obtener un referido de su PCP.</p> <p>La cobertura de monitores de glucosa en sangre y las tiras reactivas de glucosa en sangre se limita a los productos OneTouch fabricados por LifeScan, Inc. Tenga en cuenta que no hay una marca preferida para las lancetas o soluciones de control de la glucosa.</p> <p>Los monitores continuos de glucosa (CGM) terapéuticos cubiertos incluyen los productos Dexcom y FreeStyle Libre que Medicare considera equipos</p>

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
	<p>médicos duraderos (DME). No hay una marca preferida para los CGM no terapéuticos.</p> <p>Los suministros para pruebas de diabetes, como tiras reactivas, lancetas, medidores de glucosa y CGM, también tienen cobertura en farmacias participantes minoristas y de pedidos por correo.</p> <p>Primero debe obtener una receta del PCP o del médico que lo trata por la diabetes para suministros cubiertos para diabéticos (incluyendo zapatos terapéuticos a medida).</p>
<p>Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados</p> <p>(Para ver una definición de “equipo médico duradero”, consulte el Capítulo 12 y el Capítulo 3, Sección 7 de este documento).</p> <p>Los artículos cubiertos son, entre otros, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos para enfermos, suministros para</p>	<p><i>Excepto en una emergencia, es posible que se requiera autorización previa para obtener cierto equipo médico duradero y suministros relacionados.</i></p> <p>Usted paga un coaseguro del 20 % por artículos y suministros relacionados cubiertos.</p>


Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>diabéticos, camas de hospital indicadas por un proveedor para su uso en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos de generación de habla, terapia de presión positiva de las vías respiratorias (PAP por sus siglas en inglés) y equipo de oxígeno, nebulizadores y andadores.</p> <p>Cubrimos todo el DME médicamente necesario cubierto por Original Medicare. Si nuestro proveedor en el área no tiene una marca o fabricante en particular, puede preguntarle si puede hacer un pedido especial para usted.</p>	<p>La calificación de cada artículo depende de los criterios indicados.</p> <p>Su costo compartido para la cobertura de equipo de oxígeno de Medicare es del 20 % cada mes.</p> <p>Después de 36 meses, dejará de pagar el coaseguro del 20 % por su equipo de oxígeno, hasta que el beneficio se restablezca al cumplirse los cinco años. Una vez que se restablezca el beneficio, reanudará el pago del costo compartido correspondiente según el diseño de beneficios actual de su plan.</p> <p>Si antes de inscribirse en Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx había hecho 36 meses de pagos de alquiler para la cobertura de equipo de oxígeno, su costo compartido en Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx es del 20 %.</p> <p>Consulte la sección Capacitación para el autocontrol de la</p>

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
	diabetes, servicios y suministros para

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Artículos adicionales cubiertos por Tufts Medicare Preferred: Equipos de seguridad para el baño</p> <p>Los siguientes equipos de seguridad para el baño están cubiertos para los miembros que tienen un deterioro funcional y que mejorarán su seguridad con el artículo (la instalación no está cubierta):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asiento elevado para el inodoro: 1 por miembro cada 5 años • Barras de apoyo para el baño: Hasta 2 por miembro cada 5 años • Asiento para la bañera: 1 por miembro cada 5 años 	<p>diabéticos de este Cuadro de beneficios médicos para conocer los detalles de la cobertura de los suministros para diabéticos.</p> <p>Usted paga un coaseguro del 20 % por equipo de seguridad para el baño cuando un proveedor de la red emite una receta a un abastecedor de DME u órtesis y prótesis (O&P) de la red en el círculo de referidos de su PCP.</p> <p>La calificación de cada artículo depende de los criterios indicados.</p>

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Atención de emergencia</p> <p>La atención de emergencia se refiere a los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prestados por un proveedor calificado para prestar servicios de emergencia. • Necesarios para evaluar o estabilizar una afección de emergencia. <p>Una emergencia médica es cuando usted o cualquier otra persona prudente sin conocimiento especializado (con un conocimiento promedio) de salud y medicina cree que usted presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para impedir la muerte (y, si es una mujer embarazada, la pérdida de un feto), la pérdida de una extremidad o la pérdida de las funciones de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o una afección que está empeorando rápidamente.</p>	<p>Usted paga \$110 por cada visita cubierta a la sala de emergencias.</p> <p>Si su visita a la sala de emergencias también incluye una cirugía hospitalaria ambulatoria realizada allí mismo como parte de esa visita para evaluar o estabilizar su afección de emergencia, solamente se aplica su copago de \$110 por atención de emergencia.</p>
<p>Los costos compartidos para servicios de emergencia necesarios prestados fuera de la red son los mismos que para esos servicios prestados dentro de la red.</p> <p>Su plan incluye cobertura en todo el mundo para atención de emergencia.</p>	<p>Si su visita a la sala de emergencias tiene como resultado una cirugía hospitalaria ambulatoria realizada en un quirófano, en otro centro hospitalario para pacientes externos o en un centro quirúrgico ambulatorio en la misma fecha del servicio, no se aplicará el copago por atención de emergencia y es posible que se aplique el copago de cirugía ambulatoria. Para conocer más detalles, consulte “Cirugía ambulatoria, que incluye servicios prestados en centros hospitalarios para pacientes externos y centros quirúrgicos</p>

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
	<p>ambulatorios” en este cuadro.</p> <p>Usted no paga esta cantidad si lo ingresan como paciente hospitalizado en un plazo de 24 horas por la misma afección (consulte Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados en esta sección para obtener información sobre el costo compartido del hospital que se aplica en su lugar). Si lo mantienen en observación, el copago de \$110 por visita aún se aplica.</p> <p>En algunos casos, es posible que deba pagar un copago adicional por los servicios prestados por ciertos proveedores en la sala de emergencias.</p> <p>Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención de paciente hospitalizado después de estabilizarse la afección de emergencia, debe recibir la atención de paciente hospitalizado en el hospital fuera de la red autorizado por el plan y su costo corresponderá al costo compartido que</p>

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
	pagaría en un hospital de la red.
<p> Programas de educación de salud y bienestar</p> <p><u>Subsidio de bienestar</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Participación en clases de instrucción de acondicionamiento físico como yoga, pilates, taichí y ejercicios aeróbicos. • Participación en clases de instrucción de acondicionamiento físico en línea o las cuotas de las membresías de acondicionamiento físico en línea, como Peloton. • Membresía en un club de salud o centro de acondicionamiento físico calificado. Un club de salud o centro de acondicionamiento físico calificado proporciona equipos para ejercicios de entrenamiento cardiovascular y de fuerza en el lugar e incluirá una orientación sobre el centro y los equipos para cada miembro. Este beneficio no cubre las cuotas de membresía que paga a clubes de salud o centros de acondicionamiento físico no calificados, como, entre otros, centros de artes marciales, centros de gimnasia, 	El plan le reembolsa hasta \$150 por año calendario que se aplica al costo de membresía en un club de salud o centro de acondicionamiento físico calificado, clases cubiertas de instrucción de acondicionamiento físico, participación en programas de bienestar como Cuestión de Equilibrio, Autocontrol de Enfermedades Crónicas, taller sobre la diabetes, Alimentación Saludable para una Vida


Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>clubes de campo, clubes deportivos y sociales y para actividades deportivas como golf y tenis.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Citas con un acupunturista con licencia. ● Citas con un orientador nutricional con licencia o dietista registrado para servicios de orientación nutricional. <p>Participación en:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Un programa Cuestión de Equilibrio (Matter of Balance) dirigido por un instructor ● Un Programa de Autocontrol de Enfermedades Crónicas (Chronic Disease Self-Management) ● El Programa Taller de la Diabetes (Diabetes workshop) ● El Programa Alimentación Saludable para una Vida Exitosa (Healthy Eating for Successful Living) ● El Programa IDEAS Saludables (Healthy IDEAS) ● Herramientas Poderosas para Cuidadores (Powerful Tools for Caregivers) ● El Programa de Ejercicios en la Fundación para la Artritis (Arthritis Foundation Exercise) ● El Programa de Bienestar Mejorado (Enhance Wellness), que incluye actividades de acondicionamiento físico para la memoria ● El Programa Acondicionamiento Físico para su Vida (Fit For Your Life) ● El Programa de Conducción para Personas Mayores (AAA Senior Driving) de la Asociación Americana del Automóvil (AAA por sus siglas en inglés) 	<p>Exitosa, IDEAS Saludables, Herramientas Poderosas para Cuidadores, Ejercicios en la Fundación para la Artritis, Bienestar Mejorado, Acondicionamiento Físico para su Vida, Conducción para Personas Mayores de la AAA, actividades de acondicionamiento físico para la memoria, acupuntura o sesiones de orientación nutricional cubiertas con un orientador nutricional con licencia o dietista registrado. Usted paga todos los cargos que superen los \$150 por año calendario. El impuesto sobre las ventas no es reembolsable.</p> <p>Tufts Medicare Preferred debe recibir las solicitudes de reembolso a más tardar el 31 de marzo del año siguiente.</p>

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Para obtener este reembolso, presente un formulario de reembolso de Subsidio de bienestar junto con un comprobante de pago y cualquier información adicional destacada en el formulario. Llame a Servicios para Miembros para solicitar un formulario de reembolso o visite nuestro sitio web www.thpmp.org. Envíe el formulario relleno con todos los documentos solicitados a la dirección que figura en el formulario. Si tiene preguntas, comuníquese con Servicios para Miembros.</p> <p><u>Acondicionamiento físico SilverSneakers®</u></p> <p>(disponible solo para miembros de Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx que viven exclusivamente en el condado de Worcester)</p> <p>SilverSneakers incluye una membresía de acondicionamiento físico con acceso a todas las instalaciones básicas, además de clases grupales para mejorar la fuerza y resistencia musculares, la movilidad, la flexibilidad, el rango de movimiento, el equilibrio, la agilidad y la coordinación. SilverSneakers también ofrece clases FLEX™, que incluyen taichí y yoga en vecindarios como recintos médicos, comunidades para la tercera edad y parques. Hay equipos para ejercitarse en casa disponibles para miembros de SilverSneakers, incluyendo los que tienen una discapacidad, los que se recuperan de un procedimiento médico o enfermedad, los que viven en un área rural o que experimentan dificultades de transporte y no pueden ir a un centro de acondicionamiento físico. Los miembros elegibles del plan deberían visitar www.thpmp.org para obtener más información y dar el primer paso. Para buscar un centro de acondicionamiento físico de SilverSneakers y clases FLEX, los miembros elegibles del plan pueden visitar www.silversneakers.com o llamar al 1-866-584-7389 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., ET.</p> <p><u>Programas de control del peso</u></p> <p>El plan cubrirá los cobros del programa de pérdida de peso como WeightWatchers o un programa de pérdida de peso en un hospital.</p>	<p>Usted paga \$0 por este programa (se aplica a miembros de Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx que viven exclusivamente en el condado de Worcester).</p> <p>El plan reembolsará a los miembros hasta un</p>

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Este beneficio no cubre costos de comidas o alimentos preenvasados, libros, videos, balanzas ni otros artículos o suministros.</p> <p>Para obtener este reembolso, presente un formulario de reembolso de Control del peso junto con un comprobante de pago y cualquier información adicional destacada en el formulario. Llame a Servicios para Miembros para solicitar un formulario de reembolso o visite nuestro sitio web www.thpmp.org. Envíe el formulario relleno con todos los documentos solicitados a la dirección que figura en el formulario. Si tiene preguntas, comuníquese con Servicios para Miembros.</p>	<p>máximo de \$150 por año calendario que se incluirá en los cobros del programa para los programas de pérdida de peso.</p> <p>Tufts Medicare Preferred debe recibir las solicitudes de reembolso a más tardar el 31 de marzo del año siguiente.</p> <p>El Subsidio para los programas de control del peso y el Subsidio de bienestar son subsidios individuales.</p>
<p>Servicios para la audición</p> <p>Las evaluaciones de diagnóstico de la audición y del equilibrio realizadas por su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico están cubiertas como paciente externo cuando las realiza un médico, un audiólogo u otro proveedor calificado.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Exámenes auditivos de diagnóstico. ● Prueba auditiva de rutina cada año calendario. <ul style="list-style-type: none"> Una prueba auditiva de rutina es una prueba simple de “aprobó” o “no aprobó”. Su finalidad es determinar si usted tiene una audición normal o no. Si tiene una disminución auditiva conocida u otros problemas 	<p>Usted paga \$40 por un examen auditivo de diagnóstico cubierto por Medicare.</p> <p>Usted paga \$0 por una prueba auditiva de rutina anual.</p> <p>No se requiere un referido para una prueba</p>

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>auditivos, como acúfenos, el examen se considerará un examen de diagnóstico y se aplicará el copago del examen auditivo de diagnóstico.</p>	<p>auditiva de rutina anual, pero debe atenderse con un proveedor del plan.</p>
<ul style="list-style-type: none"> ● Colocación de prótesis auditiva* ● Prótesis auditivas* <p>Tome en cuenta lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Hearing Care Solutions (HCS) es un proveedor de prótesis auditivas dentro de la red al que puede contactar llamando al 1-866-344-7756. ● El formulario de prótesis auditivas mencionado en la columna de la derecha está disponible a través de HCS en el número indicado anteriormente. Las prótesis auditivas que no figuran en el formulario de HCS no están cubiertas. 	<p>Las evaluaciones de la colocación de la prótesis auditiva recibidas a través de Hearing Care Solutions tienen un costo de \$0. Si se realizan exámenes de diagnóstico, es posible que se apliquen costos compartidos adicionales.</p> <p>Usted es elegible para recibir hasta 2 prótesis auditivas cubiertas por año (1 prótesis auditiva por oído) a través de Hearing Care Solutions.</p> <p>Para tener cobertura, las prótesis auditivas deben estar incluidas en el formulario de Hearing Care Solutions y deben adquirirse a través de Hearing Care Solutions.</p> <p>Usted paga un copago por cada prótesis auditiva cubierta, y el</p>

* Los costos compartidos para estos artículos/servicios no se incluyen en su monto del desembolso máximo anual.

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
	<p>monto del copago depende del tipo de prótesis auditiva adquirida a través del formulario de Hearing Care Solutions.</p> <p>Copago de \$250 por prótesis auditivas de nivel Standard.</p> <p>Copago de \$475 por prótesis auditivas de nivel Superior.</p> <p>Copago de \$650 por prótesis auditivas de nivel Advanced.</p> <p>Copago de \$850 por prótesis auditivas de nivel Advanced Plus.</p> <p>Copago de \$1,150 por prótesis auditivas de nivel Premier.</p>
<p> Exámenes de detección del VIH</p> <p>Para personas que piden exámenes de detección del VIH o que tienen un riesgo mayor de sufrir VIH, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un examen de detección cada 12 meses <p>Para mujeres embarazadas, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hasta tres exámenes de detección durante un embarazo 	<p>No les corresponde coaseguro, copago ni deducible a los miembros elegibles por el examen de detección preventivo de VIH cubierto por Medicare.</p>
<p>Atención en una agencia de atención médica a domicilio</p>	

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Antes de recibir servicios de salud a domicilio, un médico debe certificar que usted necesita estos servicios e indicará que una agencia de atención médica a domicilio los proporcione. Usted debe estar confinado en el hogar, lo que significa que salir de casa supone mucho esfuerzo.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de auxiliar de salud a domicilio y de enfermería especializada intermitente o de medio tiempo (se cubrirán según el beneficio de atención médica a domicilio; los servicios de auxiliar de salud a domicilio y de enfermería especializada combinados deben totalizar menos de 8 horas diarias y 35 horas a la semana) • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Servicios médicos y sociales • Equipos y suministros médicos 	<p>Usted paga \$0 por los servicios de atención médica a domicilio cubiertos por Medicare.</p>
<p>Terapia de infusión a domicilio</p> <p>La terapia de infusión a domicilio implica la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a una persona en el hogar. Los componentes necesarios para realizar la infusión a domicilio incluyen el medicamento (por ejemplo, antivirales, inmunoglobulina), equipo (por ejemplo, una bomba) y suministros (por ejemplo, tubos y catéteres).</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios profesionales, incluidos servicios de enfermería, proporcionados de acuerdo con el plan de atención • Capacitación y educación para pacientes que no estén cubiertos por el beneficio de equipo médico duradero 	<p><i>Excepto en una emergencia, es posible que se requiera autorización previa para recibir este servicio.</i></p> <p>Usted paga \$0 por los servicios de terapia de infusión a domicilio cubiertos por Medicare.</p> <p>El <i>Directorio de farmacias 2024</i> enumera los proveedores de infusión a domicilio en nuestra red. Hay un <i>Directorio de farmacias</i> actualizado en nuestro sitio web www.thpmp.org. También puede llamar a</p>

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> ● Monitoreo remoto ● Servicios de monitoreo para la prestación de la terapia de infusión a domicilio y medicamentos de infusión a domicilio proporcionados por un proveedor calificado de terapia de infusión a domicilio 	<p>Servicios para Miembros para obtener información actualizada sobre los proveedores o para pedirnos que le enviemos por correo una copia del <i>Directorio de farmacias</i>.</p>
<p>Cuidados de hospicio</p> <p>Es elegible para el beneficio de hospicio cuando su médico y el director médico del hospicio le han dado un pronóstico terminal que certifique que tiene una enfermedad terminal y tiene 6 meses de vida o menos si la enfermedad sigue su curso normal. Puede recibir cuidados de cualquier programa de hospicio certificado por Medicare. Su plan está obligado a ayudarlo a encontrar programas de hospicio certificados por Medicare en el área de servicio del plan, incluidos aquellos en los que la organización Medicare Advantage (MA) es propietaria, ejerce el control o tiene un interés financiero. El médico de cuidados de hospicio puede ser un proveedor de la red o fuera de la red.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Medicamentos para controlar los síntomas y aliviar el dolor ● Cuidado de relevo a corto plazo ● Atención a domicilio <p>Cuando ingrese en un hospicio, tiene derecho a permanecer en su plan; si opta por permanecer en él, deberá seguir pagando las primas del plan.</p> <p><u>Para servicios de cuidados de hospicio y servicios que están cubiertos por Medicare Part A o Part B y están relacionados con el pronóstico terminal:</u> Original Medicare (en lugar de nuestro plan) pagará a su proveedor de cuidados de hospicio por estos servicios y por los servicios de Part A y Part B relacionados con el pronóstico terminal. Mientras usted esté en el programa de hospicio, su proveedor de cuidados de hospicio facturará a Original Medicare</p>	<p>Cuando se inscribe en un programa de hospicio certificado por Medicare, Original Medicare paga los servicios de cuidados de hospicio y los servicios de Part A y Part B relacionados con el pronóstico terminal, no Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx.</p>

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>por los servicios que Original Medicare paga. A usted se le facturará el costo compartido de Original Medicare.</p> <p><u>Para servicios que están cubiertos por Medicare Part A o Part B y que no están relacionados con el pronóstico terminal:</u> Si necesita servicios que no son de emergencia ni de urgencia, que están cubiertos por Medicare Part A o Part B y que no están relacionados con el pronóstico terminal, el costo por estos servicios depende de si usa un proveedor de la red de nuestro plan y de si sigue las reglas del plan (por ejemplo, si existe un requisito para obtener una autorización previa).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor de la red y sigue las reglas del plan para obtener el servicio, solo paga la cantidad de costos compartidos del plan por los servicios dentro de la red. • Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, paga el costo compartido según Medicare de pago por servicio (Original Medicare). <p><u>Para servicios que están cubiertos por Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx, pero que no están cubiertos por Medicare Part A o Part B:</u> Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx seguirá con la cobertura de los servicios cubiertos del plan que no están cubiertos por Part A o Part B, independientemente de que estén o no relacionados con el pronóstico terminal. Usted paga la cantidad de costos compartidos del plan por estos servicios.</p> <p><u>Para medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de Part D del plan:</u> Si estos medicamentos no están relacionados con la <u>afección de hospicio terminal</u>, usted paga el costo compartido. Si están relacionados con la <u>afección de hospicio terminal</u>, entonces usted paga el costo compartido de Original Medicare. Los medicamentos nunca tienen cobertura simultánea de hospicio y nuestro plan. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5, Sección 9.4 (<i>¿Qué pasa si usted está recibiendo cuidados de hospicio certificados por Medicare?</i>).</p> <p>Tome en cuenta lo siguiente: Si necesita cuidados que no son de hospicio (cuidados que no están relacionados con el pronóstico</p>	

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>terminal), debería comunicarse con nosotros para coordinar estos servicios.</p> <p>Nuestro plan cubre los servicios de consulta de cuidados de hospicio (una sola visita) para una persona con una enfermedad terminal que no ha elegido el beneficio de hospicio.</p>	



Vacunas

Los servicios de Medicare Part B cubiertos incluyen los siguientes:

- Vacuna contra la neumonía
- Vacunas contra la gripe, una vez cada temporada de gripe en el otoño e invierno, con vacunas adicionales si son médicamente necesarias
- Vacuna contra la hepatitis B si tiene un riesgo alto o medio de contagio
- Vacunas contra la COVID-19
- Otras vacunas si está en riesgo y cumple las reglas de cobertura de Medicare Part B

También cubrimos algunas vacunas según el beneficio de medicamentos recetados de Part D.

No debe pagar coaseguro, copago ni deducible por las vacunas contra la neumonía, la influenza, la hepatitis B y la COVID-19.

El costo compartido de Medicare Part B se aplica a otras vacunas que cumplen con las reglas de cobertura de Medicare Part B. Consulte la sección **“Medicamentos recetados de Medicare Part B”** de este Cuadro de beneficios médicos para conocer los costos compartidos correspondientes.

El costo compartido de Part D se aplica a vacunas, como la del herpes zóster, que están cubiertas por el beneficio de medicamentos recetados de Part D del plan.

Para evitar pagar el costo total de una vacuna con un desembolso y luego tener que solicitar el reembolso al plan, debe acudir a una farmacia de la red para obtener las vacunas que están cubiertas por Part D.

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Evaluación de seguridad a domicilio</p> <p>Servicios adicionales cubiertos por Tufts Medicare Preferred:</p> <p>La evaluación de seguridad a domicilio se realiza cuando el PCP o el administrador de casos del miembro la recomiendan. Esta evaluación es para miembros que no reúnen los requisitos para la evaluación de seguridad a domicilio de Original Medicare. La evaluación de seguridad a domicilio incluye la evaluación del riesgo de caída del miembro y se realiza lo siguiente:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Examen de levantarse y caminar 2. Revisión de medicamentos 3. Evaluación de antecedentes detallados de caídas, problemas de equilibrio o incontinencia 4. Una evaluación de si el dolor o los problemas en las articulaciones pueden contribuir al riesgo de caídas 5. Un examen de detección de la audición y la vista 6. La evaluación de habitaciones comunes en el hogar (sala, cocina, cuarto y baño) para riesgos en el entorno (tapetes, cables, iluminación, pasamanos) 	<p>Usted paga \$0 por una evaluación de seguridad a domicilio.</p> <p>No se requiere un referido para este servicio, pero debe obtener la evaluación de seguridad a domicilio de un proveedor del plan.</p>
<p>Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados</p> <p>Incluye hospitales de atención aguda o rehabilitación para pacientes hospitalizados, hospitales de cuidados a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados. La atención hospitalaria para pacientes hospitalizados comienza el día en que usted es ingresado formalmente al hospital con una orden del médico. El día antes de su alta es su último día como paciente hospitalizado.</p>	<p><i>Excepto en una emergencia, es posible que se requiera autorización previa para recibir este servicio.</i></p> <p><u>Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados</u></p> <p>Cada vez que ingresa a un hospital de atención aguda, usted paga \$275 por día durante los días 1-5 y \$0 después del día 5. No se exigirá un copago</p>



Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
	aparte si durante su ingreso necesita
<p><u>Para atención en un hospital de atención aguda general</u>, usted está cubierto por los días que sean médicamente necesarios, no hay límite. Los períodos de beneficios de Medicare no se aplican a estancias en hospitales de atención aguda.</p>	<p>un nivel de atención superior que requiera el traslado a otro hospital de atención aguda dentro de la red, con el propósito de proseguir su tratamiento, con o sin regreso al hospital de atención aguda de ingreso original para recibir atención adicional antes del alta. Un traslado desde otro centro, como un centro de rehabilitación aguda o de enfermería especializada, cuenta como un ingreso independiente y requerirá un copago independiente de \$275 por día durante los días 1-5 y \$0 después del día 5 en el hospital de atención aguda.</p> <p><u>Servicios de rehabilitación aguda</u></p>
<p><u>Para atención en un hospital de rehabilitación o de atención aguda a largo plazo</u>, usted está cubierto por hasta 90 días por cada período de beneficios. Puede usar sus 60 días de reserva vitalicia para complementar la atención en un hospital de rehabilitación o de atención</p>	<p>Cada vez que ingresa a un hospital de rehabilitación aguda o de atención aguda a largo plazo, usted paga \$275 por día durante los días 1-5 y \$0 después del</p>

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>a largo plazo. La cobertura está limitada por el uso anterior, parcial o total de estos días, que solo pueden usarse una vez en la vida.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesaria) ● Comidas que incluyen dietas especiales ● Servicios de enfermería regular ● Costos de unidades de cuidados especiales (como unidades de cuidado intensivo o de atención coronaria) ● Fármacos y medicamentos ● Análisis de laboratorio ● Radiografías y otros servicios radiológicos ● Suministros médicos y quirúrgicos necesarios ● Uso de dispositivos, como sillas de ruedas ● Costos de quirófanos y salas de recuperación ● Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje ● Servicios por consumo excesivo de sustancias para pacientes hospitalizados ● Bajo ciertas condiciones, los siguientes tipos de trasplantes están cubiertos: de córnea, de riñón, de riñón y páncreas, de corazón, de hígado, de pulmón, de pulmón y corazón, de médula ósea, de células madre y de intestino o multivisceral. Si necesita un trasplante, haremos las gestiones para que un centro de trasplante aprobado por Medicare revise su caso; el centro decidirá si usted es candidato para ese procedimiento. Los proveedores de trasplante pueden ser locales o estar fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de trasplante dentro de la red están fuera del perímetro de atención de la comunidad, puede escoger ir a uno local, siempre y cuando los proveedores de trasplante locales estén dispuestos a aceptar la tarifa de Original Medicare. Si Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx 	<p>día 5 por hasta 90 días en un período de beneficio para servicios cubiertos por Medicare recibidos en un hospital de rehabilitación aguda o de atención aguda a largo plazo. No se exigirá un copago aparte si durante su ingreso necesita un nivel de atención superior que requiera el traslado a otro hospital de rehabilitación aguda o de atención aguda a largo plazo dentro de la red, con el propósito de proseguir su tratamiento, con o sin regreso al hospital de rehabilitación aguda o de atención aguda a largo plazo de ingreso original para recibir atención adicional antes del alta. Un traslado desde otro centro, como un hospital de atención aguda o centro de enfermería especializada, cuenta como un ingreso independiente y requerirá un copago independiente de \$275 por día durante los días 1-5 y \$0 después del día 5 por un máximo de 90 días en el hospital de rehabilitación aguda o</p>

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>proporciona servicios de trasplante en una ubicación fuera del perímetro de atención para trasplantes en su comunidad y usted escoge recibir los trasplantes en una ubicación más lejana, gestionaremos o pagaremos los costos de alojamiento y transporte adecuados para usted y un acompañante. Por lo general, los trasplantes solo están cubiertos en nuestra área de servicio.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Sangre, lo que incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y glóbulos rojos concentrados comienza con la primera pinta de sangre que usted necesite ● Servicios médicos <p>Tome en cuenta lo siguiente: Para ser un paciente hospitalizado, el proveedor debe escribir una orden para ingresarlo formalmente como paciente hospitalizado del hospital. Aun cuando pase toda la noche en el hospital, se le podría considerar un “paciente externo”. Si no está seguro de si es un paciente hospitalizado o externo, debe preguntar al personal del hospital.</p> <p>También puede encontrar más información en una hoja informativa de Medicare llamada “<i>Are You a Hospital Inpatient or Outpatient? If You Have Medicare - Ask!</i>” (¿Es usted un paciente hospitalizado o un paciente externo? Si tiene Medicare, ¡pregunte!). Esta hoja informativa está disponible en la web en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o si llama al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar gratis a estos números 24 horas al día, 7 días a la semana.</p>	<p>de atención aguda a largo plazo.</p> <p>Un período de beneficios comienza el primer día que va a un hospital como paciente hospitalizado o a un centro de enfermería especializada cubiertos por Medicare. El período de beneficios termina cuando no ha sido un paciente hospitalizado en algún hospital o SNF durante 60 días seguidos. Si tiene que ir al hospital (o SNF) después de que ha finalizado un período de beneficios, comienza un nuevo período de beneficios. No hay límites para la cantidad de períodos de beneficios que usted puede tener.</p> <p>Si obtiene atención autorizada de paciente hospitalizado en un hospital fuera de la red después de estabilizar una afección de emergencia, su costo corresponderá a los costos compartidos que pagaría en un hospital de la red.</p>


Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios como paciente hospitalizado en un hospital psiquiátrico</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen servicios de atención de salud mental que requieren una hospitalización.</p> <p>Hay un límite de 190 días de por vida para servicios de salud mental y de consumo excesivo de sustancias prestados en un hospital psiquiátrico independiente. El beneficio está limitado por el uso previo parcial o completo de un tratamiento de 190 días de por vida en un hospital psiquiátrico. El límite de 190 días no se aplica a los servicios de salud mental ni de consumo excesivo de sustancias prestados en una unidad psiquiátrica de un hospital general.</p>	<p>Cada vez que ingresa a un hospital psiquiátrico para recibir servicios cubiertos, usted paga \$275 por día durante los días 1-5 y \$0 después del día 5. Usted tiene un beneficio de salud mental de paciente hospitalizado de máximo 190 días de por vida.</p>
<p>Para servicios de salud mental/consumo excesivo de sustancias para pacientes hospitalizados, deberá usar el hospital dentro del círculo de referidos de su proveedor primario de cuidados médicos (PCP) designado para los servicios de salud mental.</p> <p>Es posible que esto exija un traslado del hospital que el PCP usa para servicios médicos y quirúrgicos al centro designado para los servicios de salud mental.</p>	<p>Usted paga \$275 por día durante los días 1-5 y \$0 después del día 5 por cada estadía de salud mental o consumo excesivo de sustancias en un hospital general.</p> <p>El límite de 190 días de por vida no se aplica a estadías en un hospital general de atención aguda.</p>
<p>Estadía de pacientes hospitalizados: Servicios cubiertos recibidos en un hospital o SNF durante una estadía de paciente hospitalizado no cubierta</p> <p>Si ha agotado sus beneficios de paciente hospitalizado o si la estadía de paciente hospitalizado no es razonable ni necesaria, no cubriremos la estadía. Sin embargo, en algunos casos, cubriremos ciertos servicios que recibe mientras está en el hospital o en el</p>	<p>Usted paga \$0 por los servicios cubiertos por Medicare proporcionados en el hospital o centro de</p>

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>centro de enfermería especializada (SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios médicos • Exámenes de diagnóstico (como análisis de laboratorio) • Radiografías, radioterapia y terapia isotópica, que incluyen materiales y servicios de técnicos • Vendaje quirúrgico • Los entablillados, yesos y otros dispositivos usados para reducir fracturas y dislocaciones • Los aparatos protésicos y ortopédicos (no dentales) que reemplazan la totalidad o parte de un órgano corporal interno (incluye tejido adyacente) o la totalidad o parte de la función de un órgano corporal interno que no está en funcionamiento o funciona de manera deficiente, así como reemplazo o reparaciones de esos aparatos • Aparatos ortopédicos para pierna, brazo, espalda y cuello; bragueros y piemas, brazos y ojos artificiales, que incluyen ajustes, reparaciones y reemplazos necesarios debido a fractura, desgaste, pérdida o cambio en la condición física del paciente • Fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional 	<p>enfermería especializada (SNF).</p>
<p>Comidas poshospitalización/rehabilitación</p> <p>Después de un alta calificada del hospital o centro de cuidados prolongados (incluidos los SNF, los de rehabilitación hospitalaria aguda [AIR por sus siglas en inglés] y los hospitales de cuidados agudos a largo plazo [LTACH por sus siglas en inglés]), los miembros elegibles pueden recibir hasta 28 comidas a domicilio (2 comidas por día durante 14 días). No hay un límite anual para la cantidad de altas después de las cuales se pueden proporcionar comidas.</p> <p>Otras condiciones:</p>	<p>Usted paga \$0.</p>

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • La duración de la estadía como pacientes hospitalizados debe ser superior a dos días. Las altas de observación y de la sala de emergencias, independientemente de la duración de la estadía, no son elegibles para este beneficio. • El servicio de entrega de comidas debe iniciarse en un plazo de 30 días a partir de la fecha del alta. • Los miembros serán referidos por un gerente de atención al proveedor aprobado del plan para la entrega de comidas. <p>Llame a Servicios para Miembros si tiene preguntas sobre este beneficio o si desea que sea referido a un gerente de atención, quien evaluará su elegibilidad y lo referirá al proveedor aprobado del plan.</p>	
<p> Terapia médica de nutrición</p> <p>Este beneficio es para personas con diabetes, enfermedad renal (riñón) sin diálisis o después de un trasplante de riñón cuando es indicado por el médico.</p> <p>Cubrimos 3 horas de servicios de orientación cara a cara durante el primer año después de que recibe los servicios de terapia médica de nutrición según Medicare (esto incluye nuestro plan, algún otro plan Medicare Advantage u Original Medicare) y 2 horas cada año después de eso. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambian, es posible que pueda recibir más horas de tratamiento con la orden de un médico. Un médico debe recetar estos servicios y renovar la orden anualmente si el tratamiento es necesario para el siguiente año calendario.</p>	<p>No les corresponde coaseguro, copago ni deducible a los miembros elegibles por los servicios de terapia médica de nutrición cubiertos por Medicare.</p>
<p> Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP)</p> <p>Los servicios del Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP por sus siglas en inglés) estarán cubiertos para los</p>	<p>No debe pagar coaseguro, copago ni deducible por el beneficio de MDPP.</p>

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>beneficiarios elegibles de Medicare en todos los planes de salud de Medicare.</p> <p>MDPP es una intervención estructurada para el cambio conductual en la salud que provee capacitación práctica en cambios dietéticos a largo plazo, aumento de la actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar los desafíos y mantener una baja de peso y un estilo de vida saludable.</p>	
<p>Medicamentos recetados de Medicare Part B</p> <p>Estos medicamentos están cubiertos por Part B de Original Medicare. Los miembros de nuestro plan reciben cobertura para estos medicamentos mediante nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos que, por lo general, no son autoadministrados por el paciente y se inyectan o infunden mientras recibe servicios de un médico, como paciente externo en un hospital o en un centro quirúrgico ambulatorio • Insulina suministrada a través de un equipo médico duradero (como una bomba de insulina médicamente necesaria) • Otros medicamentos que se administran usando un equipo médico duradero (como un nebulizador) que fueron autorizados por el plan • Anticoagulantes que se autoadministran por inyección si tiene hemofilia • Medicamentos inmunosupresores si estaba inscrito en Medicare Part A en el momento del trasplante de órganos • Medicamentos inyectables para la osteoporosis si está en confinamiento en el hogar, tiene una fractura ósea que un médico certifique que está relacionada con la osteoporosis 	<p><i>Excepto en una emergencia, es posible que se requiera autorización previa para recibir este servicio.</i></p> <p>Usted paga un coaseguro de hasta el 20 % por los medicamentos recetados para quimioterapia de Medicare Part B.</p> <p>Usted paga \$35 por mes por la insulina cubierta cuando se usa con una bomba de insulina.</p> <p>Usted paga un coaseguro de hasta el 20 % por todos los demás medicamentos recetados no quimioterapéuticos de Medicare Part B.</p> <p>Su tasa de coaseguro real para cada trimestre variará según el ajuste de los reembolsos aplicables proporcionados por Medicare. Su coaseguro</p>

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>posmenopausia y no puede autoadministrarse el medicamento</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Antígenos ● Quimioterapia ● Ciertos medicamentos orales para combatir el cáncer y las náuseas ● Ciertos medicamentos para diálisis en el hogar, como heparina, el antídoto para la heparina cuando es medicamento necesario, anestésicos tópicos y estimulantes de la eritropoyesis (como Retacrit®) ● Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento en el hogar de enfermedades por inmunodeficiencia primaria <p>Categorías de medicamentos de Part B para terapia escalonada:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Enfermedades raras ● Autoinmunes ● Preparados de hierro de uso parenteral ● Oncología ● Oncología, de apoyo ● Trastornos de la retina ● Inyecciones de acetónido de triamcinolona ● Viscosuplementos ● Toxinas botulínicas ● Trastornos endocrinos <p>El siguiente enlace lo llevará a una lista de medicamentos de Part B que pueden estar sujetos a terapia escalonada: https://tuftshealthplan.com/documents/providers/pharmacy/part-b-step-therapy24.</p> <p>También cubrimos algunas vacunas según nuestro beneficio de medicamentos recetados de Part B y Part D.</p> <p>El Capítulo 5 explica el beneficio de medicamentos recetados de Part D, incluidas las reglas que debe seguir para que sus recetas</p>	<p>no excederá el 20 % para todos los medicamentos recetados de Medicare Part B que no sean insulina.</p> <p><u>Estos medicamentos recetados están cubiertos por Part B y no están cubiertos por el Programa de Medicamentos Recetados de Medicare (Part D) y, por lo tanto, no se aplican a sus desembolsos de Medicare Part D descritos en el Capítulo 6.</u></p> <p>Medicamentos de Part B que están sujetos a los requisitos de terapia escalonada.</p>

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
estén cubiertas. En el Capítulo 6 se explica lo que usted paga por sus medicamentos recetados de Part D gracias a nuestro plan.	
 Exámenes de detección de la obesidad y terapia para fomentar una pérdida de peso sostenida <p>Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos orientación intensiva para que pueda bajar de peso. Esta orientación está cubierta si la recibe en un entorno de atención primaria, donde puede coordinarse con su plan integral de prevención. Hable con el médico de atención primaria o profesional médico para obtener más información.</p>	No debe pagar coaseguro, copago ni deducible por los exámenes de detección preventivos y la terapia de la obesidad.
<p>Servicios del programa de tratamiento de opioides</p> <p>Los miembros de nuestro plan con trastorno por consumo de opioides (OUD por sus siglas en inglés) pueden recibir cobertura de servicios para tratar el OUD a través de un Programa de Tratamiento de Opioides (OTP por sus siglas en inglés), el cual incluye los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA por sus siglas en inglés) de los Estados Unidos para el tratamiento asistido con medicamentos (MAT por sus siglas en inglés) con agonistas y antagonistas de opioides • Suministro y administración de MAT (si procede) • Orientación para el consumo de sustancias • Terapia individual y grupal • Exámenes toxicológicos • Actividades complementarias • Evaluaciones periódicas 	<p>Usted paga \$25 por encuentro como parte de un programa de tratamiento de opioides cubierto por Medicare.</p> <p>Se requiere un referido para este servicio.</p>
Exámenes de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos	<i>Excepto en una emergencia, es posible que se requiera autorización previa para recibir este servicio.</i>

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Radiografías ● Radioterapia y terapia isotópica, que incluye materiales y suministros técnicos ● Suministros quirúrgicos, como vendajes ● Los entablillados, yesos y otros dispositivos usados para reducir fracturas y dislocaciones ● Análisis de laboratorio 	<p>Usted paga \$20 por día por las radiografías cubiertas por Medicare. Usted solo pagará un copago por día incluso si se realizan varias radiografías. No hay copago por radiografías realizadas y facturadas como parte de una visita al consultorio o de atención de urgencia.</p> <p>Usted paga \$60 por día por las visitas de radioterapia cubierta por Medicare.</p> <p>Usted paga \$0 por los suministros quirúrgicos cubiertos por Medicare.</p> <p>Usted paga \$0 por los análisis de laboratorio cubiertos por Medicare.</p> <p>Consulte “Exámenes de detección de cáncer colorrectal” en este cuadro para conocer los costos compartidos que paga por las pruebas FIT como parte de un</p>

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Sangre, lo que incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y glóbulos rojos concentrados comienza con la primera pinta de sangre que usted necesite • Servicios de radiología de diagnóstico, como ecografía, imagen de cardiología nuclear, tomografía por emisión de positrones (PET por sus siglas en inglés), imagen por resonancia magnética (MRI por sus siglas en inglés) y tomografía computarizada (CT por sus siglas en inglés) • Otros exámenes de diagnóstico para pacientes externos. Como, por ejemplo, estudios del sueño, electrocardiograma, pruebas de esfuerzo, estudios vasculares y pruebas de capacidad respiratoria. 	<p>examen de detección de cáncer colorrectal.</p> <p>Usted paga \$0 por los servicios sanguíneos cubiertos por Medicare.</p> <p>Usted paga \$100 por día por una ecografía cubierta por Medicare.</p> <p>Usted paga \$250 por día por otros servicios de radiología de diagnóstico cubiertos por Medicare que no sean ecografías. Usted solo pagará un copago por día incluso si se realizan varios servicios de radiología de diagnóstico.</p> <p>Usted paga \$20 por día por los exámenes de diagnóstico para pacientes externos cubiertos por Medicare. Usted solo pagará un copago por día incluso si se realizan varios exámenes. No hay copago si los servicios de exámenes de diagnóstico se realizan y se facturan como parte de una visita al</p>

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
	<p>consultorio o una visita de atención de urgencia.</p> <p>Si tiene varios servicios realizados por distintos proveedores, se aplicarán costos compartidos por separado según corresponda.</p> <p>Antes de recibir servicios de radiología de diagnóstico o de terapia, como radiografías, ecografías, PET, MRI, CT o servicios de radioterapia, debe obtener una orden por escrito o receta de su PCP o del especialista al que lo refirió el PCP, si corresponde.</p>
<p>Observación hospitalaria de pacientes externos</p> <p>Los servicios de observación son servicios hospitalarios para pacientes externos que se proporcionan para determinar si necesita ser ingresado como paciente hospitalizado o puede recibir el alta.</p> <p>Para que los servicios de observación hospitalaria de pacientes externos estén cubiertos, deben cumplir los criterios de Medicare y ser considerados como razonables y necesarios. Los servicios de observación están cubiertos solo cuando se proveen según la orden de un médico u otra persona autorizada por la Ley Estatal de Acreditación y los Reglamentos para Personal Hospitalario para ingresar pacientes al hospital u ordenar exámenes para pacientes externos.</p>	<p>Usted paga \$0 por las estadías de observación. Si recibe servicios adicionales para pacientes externos mientras está en observación, se pueden aplicar costos compartidos adicionales.</p>

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Tome en cuenta lo siguiente: A menos que el proveedor haya escrito una orden para ingresarlo en el hospital como paciente hospitalizado, usted es un paciente externo y paga las cantidades de costos compartidos por servicios hospitalarios para pacientes externos. Aun cuando pase toda la noche en el hospital, se le podría considerar un “paciente externo”. Si no está seguro de si es un paciente externo, debe preguntar al personal del hospital.</p> <p>También puede encontrar más información en una hoja informativa de Medicare llamada “<i>Are You a Hospital Inpatient or Outpatient? If You Have Medicare - Ask!</i>” (¿Es usted un paciente hospitalizado o un paciente externo? Si tiene Medicare, ¡pregunte!). Esta hoja informativa está disponible en la web en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o si llama al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar gratis a estos números 24 horas al día, 7 días a la semana.</p>	
<p>Servicios hospitalarios para pacientes externos</p> <p>Cubrimos servicios médicamente necesarios para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión que recibe en un departamento para pacientes externos de un hospital.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Servicios en un departamento de emergencia o en una clínica para pacientes externos, como servicios de observación o cirugía ambulatoria ● Análisis de laboratorio y de diagnóstico facturados por el hospital 	<p><i>Excepto en una emergencia, es posible que se requiera autorización previa para recibir este servicio.</i></p> <p>Para conocer los costos compartidos que se aplican a los Servicios de emergencia, consulte “Atención de emergencia” en este cuadro.</p> <p>Para conocer los costos compartidos que se aplican a los Servicios de observación, consulte “Observación hospitalaria” en este cuadro.</p>

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> ● Atención de salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que sin ella sería necesario el tratamiento de paciente hospitalizado ● Radiografías y otros servicios radiológicos facturados por el hospital ● Suministros médicos, como entablillados y yesos ● Ciertos medicamentos y sustancias biológicas que puede autoadministrarse <p>Tome en cuenta lo siguiente: A menos que el proveedor haya escrito una orden para ingresarlo en el hospital como paciente hospitalizado, usted es un paciente externo y paga las cantidades de costos compartidos por servicios hospitalarios para pacientes externos. Aun cuando pase toda la noche en el hospital, se le podría considerar un “paciente externo”. Si no está seguro de si es un paciente externo, debe preguntar al personal del hospital.</p> <p>También puede encontrar más información en una hoja informativa de Medicare llamada “<i>Are You a Hospital Inpatient or Outpatient? If You Have Medicare - Ask!</i>” (¿Es usted un paciente hospitalizado o un paciente externo? Si tiene Medicare, ¡pregunte!). Esta hoja informativa está disponible en la web en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o si llama al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar gratis a estos números 24 horas al día, 7 días a la semana.</p>	<p>de pacientes externos” en este cuadro.</p> <p>Para conocer los costos compartidos que se aplican a la Cirugía ambulatoria, consulte “Cirugía ambulatoria, que incluye servicios prestados en centros hospitalarios para pacientes externos y centros quirúrgicos ambulatorios” en este cuadro.</p> <p>Para conocer los costos compartidos que se aplican a los Análisis de laboratorio y de diagnóstico, a las radiografías, a los servicios de radiología y a los suministros médicos, consulte “Exámenes de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos” en este cuadro.</p> <p>Para conocer los costos compartidos que se aplican a la Atención de salud mental y a la hospitalización parcial, consulte “Atención de salud mental para pacientes externos” y “Servicios de</p>

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
	<p>hospitalización parcial” en este cuadro.</p> <p>Para conocer los costos compartidos que se aplican a la Atención por dependencia de sustancias químicas, consulte “Servicios por consumo excesivo de sustancias para pacientes externos” en este cuadro.</p> <p>Para conocer los costos compartidos que se aplican a los Medicamentos y productos biológicos que no puede administrarse usted mismo, consulte “Medicamentos recetados de Medicare Part B” en este cuadro.</p> <p>Antes de recibir servicios hospitalarios para pacientes externos, debe obtener un referido de su PCP.</p>
<p>Atención de salud mental para pacientes externos</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:</p> <p>Servicios de salud mental prestados por un psiquiatra o médico con licencia estatal, psicólogo clínico, trabajador social clínico, especialista en enfermería clínica, consejero profesional con licencia (LPC por sus siglas en inglés), terapeuta matrimonial y familiar con licencia (LMFT por sus siglas en inglés), enfermera practicante (NP), asistente médico (PA) u otro profesional de atención de salud mental</p>	<p>Usted paga \$25 por cada visita de terapia individual o grupal para los servicios de salud mental para pacientes externos cubiertos por Medicare.</p> <p>Usted paga \$0 por las visitas al consultorio</p>

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>calificado por Medicare según lo permitan las leyes estatales aplicables.</p>	<p>breves (máximo 15 minutos) con el propósito exclusivo de controlar o cambiar medicamentos.</p> <p>Antes de recibir servicios de un psiquiatra, debe obtener un referido de su PCP. No se requiere un referido para todos los demás servicios de atención de salud mental para pacientes externos.</p>
<p>Servicios de rehabilitación para pacientes externos</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje.</p> <p>Los servicios de rehabilitación para pacientes externos se proveen en distintos entornos ambulatorios, como departamentos para pacientes externos en un hospital, consultorios de terapias independientes y centros de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF).</p>	<p>Usted paga \$30 por cada visita de fisioterapia cubierta por Medicare.</p> <p>Usted paga \$30 por cada visita de terapia ocupacional o terapia del habla/lenguaje independientemente del entorno ambulatorio.</p> <p>Usted paga \$0 por una consulta de fisioterapia o terapia ocupacional después de un procedimiento quirúrgico ambulatorio antes del alta.</p> <p>Antes de recibir servicios de fisioterapia, terapia ocupacional o terapia del habla y del lenguaje, debe obtener un referido de su PCP.</p>

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios por consumo excesivo de sustancias para pacientes externos</p> <p>La cobertura de Medicare Part B está disponible para servicios de tratamiento que se proveen en un departamento para pacientes externos en un hospital a pacientes que, por ejemplo, han recibido el alta después de una estadía de pacientes hospitalizados para el tratamiento del consumo excesivo de sustancias o que necesitan tratamiento, pero no la disponibilidad e intensidad de los servicios que solo se encuentran en un entorno hospitalario para pacientes hospitalizados.</p> <p>La cobertura disponible para estos servicios está sujeta a las mismas reglas que, por lo general, se aplican a la cobertura de servicios hospitalarios para pacientes externos.</p>	<p>Usted paga \$0 por las visitas de terapia de rehabilitación cardíaca y pulmonar cubierta por Medicare.</p> <p>No necesita un referido para los servicios de terapia de rehabilitación cardíaca y pulmonar.</p> <p>Usted paga \$25 por cada visita de terapia individual o grupal para los servicios por consumo excesivo de sustancias para pacientes externos cubiertos por Medicare.</p> <p>Usted paga \$0 por los servicios de hospitalización parcial si un proveedor de la red certifica que sin ellos sería necesario el tratamiento de paciente hospitalizado.</p>
<p>Cirugía ambulatoria, que incluye servicios prestados en centros hospitalarios para pacientes externos y centros quirúrgicos ambulatorios</p>	<p><i>Excepto en una emergencia, es posible que se requiera autorización previa para recibir este servicio.</i></p>

<p>Los servicios que están cubiertos para usted</p>	<p>Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios</p>
<p>Tome en cuenta lo siguiente: Si se va a someter a una cirugía en un centro hospitalario, debería consultar con el proveedor si será un paciente externo u hospitalizado. A menos que el proveedor escriba una orden para ingresarlo como paciente hospitalizado en el hospital, usted es un paciente externo y paga las cantidades de costos compartidos por cirugía ambulatoria. Aun cuando pase toda la noche en el hospital, se le podría considerar un “paciente externo”.</p>	<p>Usted paga \$0 por las colonoscopias cubiertas por Medicare.</p> <p>Usted paga \$170 por día por otros procedimientos y servicios ambulatorios, incluidos, entre otros, endoscopia diagnóstica y terapéutica y cirugía ambulatoria realizada en un centro quirúrgico ambulatorio.</p> <p>Usted paga \$270 por día por otros procedimientos y servicios ambulatorios, incluidos, entre otros, endoscopia diagnóstica y terapéutica y cirugía ambulatoria realizada en un hospital para pacientes externos.</p> <p>Consulte “Exámenes de detección de cáncer colorrectal” en este cuadro para conocer los costos compartidos que paga por un examen de detección de cáncer colorrectal.</p> <p>Usted no paga copago por cirugía ambulatoria si lo ingresan como paciente hospitalizado en el hospital por la misma afección en un plazo de 24 horas después de un procedimiento o cirugía</p>

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
	<p>ambulatorios (consulte “Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados” en este cuadro para conocer los costos compartidos que se aplican en este caso). Si lo mantienen en observación, aún se aplica el copago.</p> <p>Antes de recibir servicios de un especialista, debe obtener un referido de su PCP.</p>
<p>Servicios de hospitalización parcial y servicios intensivos para pacientes externos</p> <p>“Hospitalización parcial” es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo prestado como un servicio hospitalario para pacientes externos o por un centro comunitario de salud mental, que es más intenso que la atención recibida en el consultorio del médico o del terapeuta y es una alternativa a la hospitalización del paciente.</p> <p>Servicio intensivo para pacientes externos es un programa estructurado de tratamiento activo de salud conductual (mental) prestado en un departamento para pacientes externos de un hospital, un centro comunitario de salud mental, un centro de salud con calificación federal o una clínica de salud rural, que es más intenso que la atención recibida en el consultorio del médico o del terapeuta, pero menos que una hospitalización parcial.</p>	<p>Usted paga \$0 por los servicios de hospitalización parcial o los servicios intensivos para pacientes externos si un proveedor de la red certifica que sin ellos sería necesario el tratamiento de paciente hospitalizado.</p>
<p>Servicios médicos, como citas en el consultorio del médico</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La atención médica o los servicios quirúrgicos médicamente necesarios prestados en el consultorio del médico, centro 	<p>Usted paga \$0 por cada visita electrónica o</p>


Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>quirúrgico ambulatorio certificado, departamento para pacientes externos en un hospital o cualquier otro centro</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Consulta, diagnóstico y tratamiento con un especialista ● Exámenes básicos de audición y equilibrio realizados por el PCP o especialista, si su médico los ordena para ver si usted necesita tratamiento médico ● Servicios de telehealth para visitas mensuales relacionadas con la enfermedad- renal en etapa terminal para miembros de diálisis a domicilio en un centro hospitalario de diálisis renal o de acceso crítico, un centro de diálisis renal o en el hogar del miembro ● Servicios de telehealth para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un accidente cerebrovascular, independientemente del lugar donde usted se encuentre ● Servicios de telehealth para los miembros con un trastorno por consumo de sustancias o un trastorno de salud mental concurrente, independientemente del lugar donde se encuentren ● Servicios de telehealth para diagnóstico, evaluación y tratamiento de trastornos de salud mental si: <ul style="list-style-type: none"> ○ Tiene una visita en persona dentro de los 6 meses anteriores a su primera visita de telehealth ○ Tiene una visita en persona cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telehealth ○ Se pueden hacer excepciones a lo anterior en determinadas circunstancias ● Servicios de telehealth para las visitas de salud mental proporcionados por las clínicas de salud rurales y los centros de salud calificados federalmente ● Cheques virtuales (por ejemplo, por teléfono o videoconferencia) con su médico durante 5 a 10 minutos si: <ul style="list-style-type: none"> ○ usted no es un paciente nuevo; 	<p>consulta virtual cubierta con su PCP, otro proveedor primario de cuidados médicos o un especialista.</p> <p>Usted paga \$10 por cada visita o consulta cubierta en un centro para pacientes externos con su PCP u otro proveedor primario de cuidados médicos.</p> <p>Usted paga \$40 por cada visita o consulta cubierta en un centro para pacientes externos con un especialista.</p> <p>Usted paga el copago correspondiente al PCP o especialista por los servicios quirúrgicos prestados en el consultorio del médico.</p> <p>Usted paga el costo compartido que se aplica a los servicios de atención primaria o los servicios de un médico especialista por los servicios de telehealth cubiertos por Medicare recibidos de su PCP o un especialista, respectivamente (como se describe en esta sección, “Servicios médicos, incluyendo citas en el consultorio del médico”).</p>


Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> ○ el chequeo no está relacionado con una cita en el consultorio en los últimos 7 días, y ○ el chequeo no conduce a una cita en el consultorio en un plazo de 24 horas o a la cita más inmediata disponible ● Evaluación de videos o imágenes que envíe a su médico e interpretación y seguimiento por parte de su médico en un plazo de 24 horas si: <ul style="list-style-type: none"> ○ usted no es un paciente nuevo; ○ la evaluación no está relacionada con una cita en el consultorio en los últimos 7 días, y ○ la evaluación no conduce a una cita en el consultorio en un plazo de 24 horas o a la cita más inmediata disponible ● Consulta que su médico tenga con otros médicos por teléfono, internet o registro de salud electrónico ● Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de la cirugía ● Atención dental que no es de rutina (los servicios cubiertos se limitan a cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas, reparación de fracturas de la mandíbula o huesos faciales, extracción de dientes para preparar la mandíbula para tratamientos de radiación de cáncer neoplásico o servicios que estarían cubiertos si los proporcionara un médico) ● Examen médico anual (un examen más a fondo que la visita anual de bienestar. Los servicios incluirán lo siguiente: exámenes de los sistemas corporales, como corazón, pulmones, cabeza y cuello y sistema neurológico; medición y registro de signos vitales, como presión arterial, frecuencia cardíaca y frecuencia respiratoria; una revisión completa de las recetas médicas y una revisión de hospitalizaciones recientes). Con cobertura una vez cada año calendario 	<p>Usted paga \$0 por las visitas al PCP, la enfermera registrada (RN por sus siglas en inglés)/enfermera practicante o en una clínica anticoagulante cuando solo acude por una prueba de índice internacional normalizado (INR por sus siglas en inglés) (visita anticoagulante).</p> <p>Usted paga \$0 por un examen médico anual. Si recibe servicios que tratan una afección durante la misma visita al consultorio, usted paga un copago de \$10 por visita al consultorio del PCP. Si recibe servicios adicionales, es posible que se apliquen costos compartidos adicionales.</p> <p>Usted paga \$0 por una visita de seguimiento después de recibir el alta de un hospital, SNF, estadía en centros comunitarios de salud mental, observación de paciente externo u hospitalización parcial que cumpla con los requisitos de Medicare para visitas de Administración de Cuidados de Transición (TCM por sus siglas en inglés).</p>


Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> ● Citas de seguimiento en el consultorio después de recibir el alta del hospital, SNF, estadía en centros comunitarios de salud mental, observación de paciente externo u hospitalización parcial ● Servicios de telehealth adicionales no cubiertos por Medicare, que incluyen: <ul style="list-style-type: none"> ○ Servicios de médicos de atención primaria y otros profesionales del cuidado de la salud (PA y NP) ○ Servicios de médico especialista ○ Sesiones individuales o grupales para servicios especializados de salud mental ○ Sesiones individuales o grupales para servicios de psiquiatría ○ Servicios del programa de tratamiento de opioides ○ Servicios de observación 	<p>Usted paga \$0 por una cita para cuidados paliativos en el consultorio.</p> <p>Antes de recibir servicios de un especialista, debe obtener un referido de su PCP.</p> <p>Consulte “Cirugía ambulatoria, que incluye servicios prestados en centros hospitalarios para pacientes externos y centros quirúrgicos ambulatorios” en este cuadro para conocer el copago que paga por procedimientos y servicios ambulatorios, como, entre otros, endoscopia diagnóstica y terapéutica y cirugía ambulatoria en un hospital para pacientes externos o un centro de cirugía ambulatoria.</p> <p>Usted paga \$10 por cada visita o consulta de telehealth cubierta en un centro para pacientes externos con su PCP u otro proveedor primario de cuidados médicos.</p> <p>Usted paga \$40 por cada visita o consulta de telehealth cubierta en un centro para pacientes externos con un especialista.</p>


Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> ○ Sesiones individuales o grupales para servicios por consumo excesivo de sustancias para pacientes externos ○ Servicios de educación sobre enfermedades del riñón ○ Capacitación para el autocontrol de la diabetes ○ Servicios de urgencia ○ Servicios de fisioterapia y patología del habla-lenguaje ● La cobertura adicional de telehealth incluye solo consultas sincrónicas audiovisuales con su médico utilizando un software de comunicación compatible con la Ley de Transferencia y Responsabilidad de los Seguros Médicos (HIPAA por sus siglas en inglés) ● Los servicios de telehealth adicionales están cubiertos con sus proveedores existentes desde cualquier lugar o desde cualquier proveedor con un referido para una visita de telemedicina de su PCP ● Tiene la opción de recibir estos servicios a través de una visita en persona o mediante telehealth. Si elige recibir uno de estos servicios a través de telehealth, debe utilizar un proveedor de la red que actualmente ofrezca el servicio a través de telehealth. 	<p>Usted paga \$25 por cada visita de terapia individual o grupal a través de telehealth para los servicios de salud mental para pacientes externos cubiertos por Medicare.</p> <p>Usted paga \$25 por cada encuentro de telehealth como parte de un programa de tratamiento de opioides cubierto por Medicare.</p> <p>Usted paga \$0 por los servicios de observación de telehealth. Si recibe servicios adicionales para pacientes externos mientras está en observación, se pueden aplicar costos compartidos adicionales.</p> <p>Usted paga \$25 por cada visita de terapia individual o grupal a través de telehealth para los servicios por consumo excesivo de sustancias para pacientes externos cubiertos por Medicare.</p> <p>Usted paga \$0 por los servicios de educación sobre enfermedades del riñón cubiertos por Medicare a través de telehealth.</p>

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
	<p>Usted paga \$0 por los servicios de capacitación para el autocontrol de la diabetes cubiertos por Medicare a través de telehealth.</p> <p>Usted paga \$50 por cada servicio de urgencia que reciba a través de telehealth.</p> <p>Usted paga \$30 por cada servicio de fisioterapia y patología del habla-lenguaje recibido a través de telehealth.</p> <p>Usted paga \$0 por los servicios de monitoreo remoto de pacientes prestados por su PCP o especialista.</p> <p>Antes de recibir servicios de telehealth adicionales de un especialista, debe obtener un referido de su PCP.</p>
<p>Servicios de podología</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades del pie (como dedo martillo o espolones) • Cuidado de los pies de rutina para miembros con ciertas condiciones médicas que afectan las extremidades inferiores (como, entre otras, la diabetes) 	<p>Usted paga \$40 por cada visita cubierta por Medicare.</p> <p>Antes de recibir servicios de podología, debe obtener un referido de su PCP.</p>


Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Exámenes de detección del cáncer de próstata</p> <p>Para hombres de 50 años en adelante, los servicios cubiertos incluyen los siguientes (una vez cada 12 meses):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen de tacto rectal • Examen de antígeno prostático específico (PSA por sus siglas en inglés) 	<p>No debe pagar coaseguro, copago ni deducible por el examen anual de PSA.</p>
<p>Dispositivos protésicos y suministros relacionados</p> <p>Aparatos (no dentales) que reemplazan la totalidad o parte de una parte o función del organismo. Esto incluye, entre otros, bolsas y suministros para colostomía que se relacionan directamente con el cuidado de la colostomía, marcapasos, aparatos ortopédicos, zapatos protésicos, extremidades artificiales y prótesis de seno (incluido un sostén quirúrgico después de una mastectomía). Incluye ciertos suministros relacionados con los dispositivos protésicos, así como la reparación o reemplazo de estos. También incluye cobertura después de la extracción de cataratas o cirugía de cataratas. Para obtener información más detallada, consulte “<i>Atención de la vista</i>” más adelante en esta sección.</p> <p>Artículos adicionales cubiertos por Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx</p>	<p><i>Excepto en una emergencia, es posible que se requiera autorización previa para obtener dispositivos protésicos y suministros relacionados.</i></p> <p>Usted paga un coaseguro del 20 % cuando un proveedor de la red emite una receta a un abastecedor de DME u órtesis y prótesis (O&P) de la red en el círculo de referidos de su PCP.</p> <p>La calificación de cada artículo depende de los criterios indicados.</p> <p><i>Excepto en una emergencia, es posible que se requiera autorización previa para obtener artículos cubiertos adicionales.</i></p>

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Las medias de compresión gradiente o medias quirúrgicas están cubiertas para miembros con edema periférico de las extremidades inferiores, insuficiencia venosa sin úlceras por estasis, linfedema, varicositis sintomática, síndrome postrombótico (síndrome posflebítico) o hipotensión postural o para prevenir la reaparición de úlceras por estasis que han cicatrizado.</p> <p>Medias de compresión gradiente: hasta 2 pares cada 6 meses O medias quirúrgicas: hasta 2 pares cada 6 meses.</p> <p>Mangas para mastectomía para miembros con diagnóstico de linfedema posterior a una mastectomía: hasta 2 mangas cada 6 meses.</p> <p>Tome en cuenta lo siguiente: Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx seguirá con la cobertura de las medias de compresión gradiente de acuerdo con las pautas de cobertura de Medicare para insuficiencia venosa con úlceras por estasis.</p> <p>Suministros médicos</p> <p>Son artículos u otros materiales médicamente necesarios que se usan una vez y se desechan o, de alguna forma, se agotan. Incluyen, entre otros, catéteres, gasa, suministros para vendajes quirúrgicos, vendas, agua estéril y suministros para traqueotomía.</p>	<p>Usted paga un coaseguro del 20 % cuando un proveedor de la red emite una receta a un abastecedor de DME u órtesis y prótesis (O&P) de la red en el círculo de referidos de su PCP.</p> <p>La calificación de cada artículo depende de los criterios indicados.</p> <p>Usted paga \$0 por los suministros médicos cubiertos por Medicare.</p>
<p>Servicios de rehabilitación pulmonar</p> <p>Los programas integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para miembros que tienen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD) de moderada a muy grave y una orden para rehabilitación pulmonar del médico que trata la enfermedad respiratoria crónica.</p>	<p>Usted paga \$0 por los servicios cubiertos por Medicare.</p>
<p> Exámenes de detección y orientación para reducir el consumo excesivo de alcohol</p>	<p>No debe pagar coaseguro, copago ni</p>

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Cubrimos un examen de detección de consumo excesivo de alcohol para adultos con Medicare (incluye mujeres embarazadas) que consumen alcohol en exceso, pero no son dependientes del alcohol.</p> <p>Si el resultado es positivo para el consumo excesivo de alcohol, puede obtener hasta 4 sesiones breves de orientación en persona al año (si se muestra competente y alerta durante la orientación), proporcionadas por un médico calificado de atención primaria o profesional de la salud en un entorno de atención primaria.</p>	<p>deducible por el beneficio preventivo de exámenes de detección y orientación para reducir el consumo excesivo de alcohol cubierto por Medicare.</p>
<p> Exámenes de detección de cáncer de pulmón con una tomografía computarizada de baja dosis (LDCT)</p> <p>Para personas calificadas, se cubre una tomografía computarizada de baja dosis (LDCT por sus siglas en inglés) cada 12 meses.</p> <p>Los miembros elegibles son: personas de 50 a 77 años que no presentan signos ni síntomas de cáncer de pulmón, pero que tienen antecedentes de tabaquismo de al menos 20 paquetes al año y que fuman actualmente o han dejado de fumar en los últimos 15 años, que reciben una orden por escrito para una LDCT durante una orientación de exámenes de detección de cáncer de pulmón y una visita de toma de decisiones en conjunto que cumple los criterios de Medicare para esas visitas, que fueron realizadas por un médico o un profesional de la salud calificado que no es médico.</p> <p><i>Para los exámenes de detección de cáncer de pulmón con LDCT después del examen de detección inicial con LDCT:</i> los miembros deben recibir una orden por escrito para el examen de detección de cáncer de pulmón con LDCT, que puede realizarse durante cualquier visita adecuada con un médico o un profesional de la salud calificado que no es médico. Si un médico o profesional de la salud calificado que no es médico decide proveer una orientación sobre exámenes de detección de cáncer de pulmón y una visita para tomar decisiones en conjunto para exámenes de detección de cáncer de pulmón con LDCT posteriores, la visita debe cumplir los criterios de Medicare para esas visitas.</p>	<p>No debe pagar coaseguro, copago ni deducible por la visita de orientación y de toma de decisiones en conjunto o por la LDCT cubiertas por Medicare.</p>

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Exámenes de detección de infecciones de transmisión sexual (STI) y orientación para prevenirlas</p> <p>Cubrimos los exámenes de detección de infecciones de transmisión sexual (STI por sus siglas en inglés) para clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estos exámenes de detección están cubiertos para mujeres embarazadas y ciertas personas que tienen un riesgo mayor de STI cuando los exámenes los ordena un proveedor primario de cuidados médicos. Cubrimos estos exámenes una vez cada 12 meses o en ciertas etapas durante el embarazo.</p> <p>También cubrimos hasta dos sesiones individuales presenciales de orientación conductual de alta intensidad, de 20 a 30 minutos, cada año para adultos sexualmente activos que tienen un riesgo mayor de sufrir STI. Solo cubriremos estas sesiones de orientación como un servicio preventivo si las brinda un proveedor primario de cuidados médicos y se realizan en un entorno de atención primaria, como en el consultorio del médico.</p>	<p>No debe pagar coaseguro, copago ni deducible por el beneficio preventivo de exámenes de detección y orientación de STI cubierto por Medicare.</p>
<p>Servicios para tratar enfermedades del riñón</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de educación sobre enfermedades del riñón para enseñar la manera de cuidar los riñones y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas sobre su atención. Para los miembros con enfermedad renal crónica en etapa IV que fueron referidos por su médico, cubrimos hasta seis sesiones de servicios de educación sobre enfermedades del riñón por toda la vida • Tratamientos de diálisis para pacientes externos (que incluyen tratamientos de diálisis cuando usted está temporalmente fuera del área de servicio, según se explica en el Capítulo 3, o cuando su proveedor de este servicio no esté disponible o sea inaccesible temporalmente) • Tratamientos de diálisis para pacientes hospitalizados (si usted es hospitalizado para atención especial) 	<p>Usted paga un coaseguro del 20 % por los servicios de diálisis cubiertos por Medicare dentro del área de servicio cuando los ordena su PCP.</p> <p>No hay coaseguro por los servicios de educación sobre enfermedades del riñón.</p> <p>No se requiere un referido para los servicios de diálisis.</p>


Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> ● Capacitación en autodiálisis (comprende capacitación para usted y cualquier otra persona que lo ayude con los tratamientos de diálisis en el hogar) ● Equipos y suministros para diálisis en el hogar ● Ciertos servicios de apoyo en el hogar (como, cuando sea necesario, visitas de técnicos de diálisis para controlar el proceso de diálisis en su hogar, ayudarlo en caso de emergencia y controlar su equipo de diálisis y suministro de agua) <p>Ciertos medicamentos para la diálisis tienen cobertura conforme a su beneficio de medicamentos de Medicare Part B. Para obtener información sobre la cobertura de medicamentos de Part B, consulte la sección “<i>Medicamentos recetados de Medicare Part B</i>”.</p>	
<p>Atención en un centro de enfermería especializada (SNF)</p> <p>(Para ver una definición de “atención en un centro de enfermería especializada”, consulte el Capítulo 12 de este documento. En ocasiones, a los centros de enfermería especializada se les denomina “SNF”).</p> <p>Usted está cubierto por hasta 100 días por cada período de beneficios. No se requiere hospitalización previa. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesaria) ● Comidas, que incluyen dietas especiales ● Servicios de enfermería especializada ● Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla 	<p><i>Excepto en una emergencia, es posible que se requiera autorización previa para recibir este servicio.</i></p> <p>Por cada ingreso, usted paga \$20 por día durante los días del 1 al 20 de un período de beneficios, \$160 por día durante los días del 21 al 44 de un período de beneficios y \$0 por día durante los días del 45 al 100 de un período de beneficios.</p> <p>Un período de beneficios comienza el primer día que va a un hospital como paciente hospitalizado o a un centro de enfermería</p>

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos que se le administran como parte de su plan de atención (esto incluye sustancias que se presentan de forma natural en el organismo, como factores anticoagulantes) • Sangre, lo que incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y glóbulos rojos concentrados comienza con la primera pinta de sangre que usted necesite • Suministros médicos y quirúrgicos que por lo general los proporcionan en un SNF • Análisis de laboratorio que por lo general se realizan en un SNF • Radiografías y otros servicios radiológicos que por lo general se realizan en un SNF • Uso de dispositivos, como sillas de ruedas, que por lo general se proveen en un SNF • Servicios médicos <p>Por lo general, recibirá la atención de SNF en centros de la red. Sin embargo, en ciertas condiciones que se indican a continuación, es posible que pueda pagar costos compartidos dentro de la red por un centro que no es un proveedor de la red si el centro acepta la cantidad de pago de nuestro plan.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una casa de reposo o comunidad de retiro con atención continua donde vivía justo antes de ir al hospital (siempre y cuando proporcione atención de centro de enfermería especializada) • Un SNF donde su cónyuge o pareja de hecho vive en el momento en que usted recibe el alta del hospital 	<p>especializada cubiertos por Medicare. El período de beneficios termina cuando no ha sido un paciente hospitalizado en algún hospital o SNF durante 60 días seguidos. Si tiene que ir al hospital (o SNF) después de que ha finalizado un período de beneficios, comienza un nuevo período de beneficios. No hay límites para la cantidad de períodos de beneficios que usted puede tener.</p>
<p> Dejar de fumar o de consumir tabaco (orientación para dejar de fumar o de consumir tabaco)</p> <p><u>Si consume tabaco, pero no tiene señales ni síntomas de enfermedad relacionada con el tabaco:</u> Cubrimos dos intentos de</p>	<p>No debe pagar coaseguro, copago ni</p>

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>dejar de fumar con orientación dentro de un período de 12 meses como servicio preventivo sin costo para usted. Cada intento con orientación incluye hasta cuatro visitas en persona.</p> <p><u>Si consume tabaco y le han diagnosticado una enfermedad relacionada con el tabaco o toma medicamentos que pueden verse afectados por el tabaco:</u> Cubrimos los servicios de orientación para dejar de fumar. Cubrimos dos intentos de dejar de fumar con orientación dentro de un período de 12 meses; sin embargo, usted pagará los costos compartidos que se aplican. Cada intento con orientación incluye hasta cuatro visitas en persona.</p> <p>La orientación telefónica para dejar de fumar también está disponible a través del Programa de Prevención y para Dejar de Fumar de Massachusetts (MTCP por sus siglas en inglés). MTCP es un servicio gratis basado en evidencia para dejar de fumar desarrollado por el Department of Public Health de Massachusetts.</p> <p>Si está preparado para dejar de fumar o está pensando en hacerlo, pregunte a su médico sobre el Programa de Prevención y para Dejar de Fumar de Massachusetts (MTCP), visite www.mass.gov/take-the-first-step-toward-a-nicotine-free-life o llame al 1-800-QUIT-NOW (1-800-784-8669).</p> <p>Revise el formulario de Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx para conocer los agentes para dejar de fumar que están cubiertos.</p>	<p>deducible por los beneficios preventivos para dejar de fumar o consumir tabaco cubiertos por Medicare.</p>
<p>Beneficios complementarios especiales para enfermos crónicos (SSBCI)</p> <p>El programa Gestión de la Atención de Tufts Medicare Preferred incluye los beneficios adicionales que se describen a continuación para miembros con condiciones crónicas calificadas, según corresponda:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Transporte que no sea de emergencia mediante servicios de viaje compartido o furgoneta con un proveedor 	<p>Usted paga \$0 por el transporte que no sea de emergencia cubierto, con los siguientes límites:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 3 viajes de ida y vuelta por semana (156 viajes de ida y

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>aprobado por el plan para citas médicas u otros lugares aprobados por el plan.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Oxímetro de pulso suministrado por un proveedor de DME aprobado por el plan. <p>Las condiciones crónicas cubiertas son las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Insuficiencia cardíaca congestiva (CHF) ● Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD) ● Diabetes ● Demencia ● Enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) ● Accidente cerebrovascular y condiciones relacionadas <p>Las enfermedades crónicas son generalmente condiciones médicas que requieren atención médica continua o limitan las actividades de la vida diaria. La condición es diagnosticada por un profesional médico autorizado, incluyendo su médico de atención primaria, enfermera practicante y proveedores similares.</p> <p>Para ser elegible, un miembro debe ser diagnosticado con una o más de las condiciones crónicas mencionadas anteriormente <u>y</u> también debe participar en el programa Gestión de la Atención de Tufts Medicare Preferred.</p> <p>Para el acceso a estos beneficios, los gerentes de atención trabajarán con los miembros elegibles para evaluar sus necesidades y, si es necesario, referirán a los miembros al proveedor correspondiente aprobado por el plan para recibir los beneficios elegibles que correspondan.</p> <p>Llame a Servicios para Miembros si tiene preguntas acerca de este beneficio o si desea obtener información sobre cómo participar en el programa Gestión de la Atención de Tufts Medicare Preferred.</p>	<p>vuelta por año) para miembros con ESRD.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 12 viajes de ida y vuelta por año para miembros sin ESRD, diagnosticados con cualquiera de las otras condiciones crónicas cubiertas. ● Máximo de 75 millas por cada viaje de ida y vuelta. <p>Usted paga un coaseguro del 20 % por oxímetro de pulso cubierto. La cobertura se limita a un oxímetro de pulso por año por miembro, según lo determine el gerente de atención.</p>
Terapia de ejercicios supervisada (SET)	

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>La terapia de ejercicios supervisada (SET por sus siglas en inglés) está cubierta para los miembros que tienen enfermedad arterial periférica sintomática (PAD por sus siglas en inglés).</p> <p>Hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas están cubiertas si se cumplen los requisitos del programa de SET.</p> <p>El programa de SET debe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • consistir en sesiones que duren entre 30 y 60 minutos, que comprendan un programa de capacitación de ejercicios terapéuticos para PAD en pacientes con claudicación; • realizarse en un entorno hospitalario para pacientes externos o en el consultorio del médico; • proporcionarlo personal auxiliar calificado necesario para garantizar que los beneficios sean mayores que los daños y que esté capacitado en terapia de ejercicios para PAD; • proporcionarse bajo la supervisión directa de un médico, asistente médico o enfermera practicante/especialista en enfermería clínica que deben estar capacitados tanto en técnicas básicas como avanzadas de apoyo de la vida. <p>La SET puede estar cubierta por más de 36 sesiones durante 12 semanas, para un adicional de 36 sesiones durante un período extendido si un proveedor del cuidado de la salud estima que es médicamente necesaria.</p>	<p>Usted paga \$0 por los servicios de terapia de ejercicios supervisada cubiertos por Medicare.</p>
<p>Servicios de urgencia</p> <p>Los servicios de urgencia se proporcionan para tratar enfermedades, lesiones o afecciones imprevistas que no son de emergencia que requieren una atención médica inmediata, pero que, dadas sus circunstancias, no es posible o no es razonable obtener de los proveedores de la red. Si, dadas sus circunstancias, no es razonable obtener inmediatamente la atención médica de un proveedor de la red, entonces su plan cubrirá los servicios de urgencia de un proveedor fuera de la red. Los servicios deben ser de necesidad inmediata y médicamente necesarios. Ejemplos de</p>	<p>Usted paga \$50 por cada visita de atención de urgencia cubierta por Medicare. Este copago no se elimina si usted ingresa como paciente hospitalizado en el hospital en un plazo de</p>


Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>servicios de urgencia que el plan debe cubrir fuera de la red ocurren si: usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan y requiere servicios inmediatos médicamente necesarios para una condición imprevista, pero no es una emergencia médica; o no es razonable, dadas sus circunstancias, obtener de inmediato la atención médica de un proveedor de la red. Los costos compartidos para servicios de urgencia necesarios prestados fuera de la red son los mismos que para esos servicios prestados dentro de la red.</p> <p>Su plan incluye cobertura en todo el mundo para atención de urgencia.</p>	<p>24 horas por la misma afección.</p> <p>Consulte la sección “Atención de emergencia” de este Cuadro de beneficios médicos para conocer los costos compartidos que se aplican a una visita de atención de urgencia en una sala de emergencias.</p>
<p> Atención de la vista</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios médicos para pacientes externos para el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades y lesiones del ojo, como tratamiento para la degeneración macular relacionada con la edad. Original Medicare no cubre exámenes oftalmológicos de rutina (refracción ocular) para anteojos o lentes de contacto <p>Tome en cuenta lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los servicios para el diagnóstico y tratamiento de cataratas se consideran de diagnóstico y se aplicará el monto de copago descrito en esta sección. • Consulte la siguiente información adicional sobre la cobertura de los exámenes oftalmológicos de rutina. 	<p>Usted paga \$40 por cada visita para pacientes externos cubierta por Medicare para recibir servicios para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o afección de los ojos.</p> <p>Antes de recibir los servicios de un oftalmólogo para el diagnóstico o tratamiento de una afección de los ojos, debe obtener un referido de su PCP.</p> <p>No se requiere un referido para ver un optometrista, pero debe ir a un proveedor de la</p>

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Para personas que tienen un alto riesgo de glaucoma, cubriremos un examen de detección de glaucoma al año. Las personas con un alto riesgo de glaucoma son, entre otras: personas con antecedentes familiares de glaucoma, personas con diabetes, afroamericanos que tienen 50 años en adelante e hispanoamericanos que tienen 65 años o más • Para personas con diabetes, los exámenes de detección de retinopatía diabética están cubiertos una vez al año 	<p>red de EyeMed Vision Care.</p> <p>Usted paga \$0 por un examen de detección anual de glaucoma si tiene un alto riesgo. Si recibe este servicio como parte de una visita al consultorio que atiende una afección, usted paga un copago de \$40 por visita al consultorio del especialista.</p> <p>Usted paga \$10 por un examen de detección anual de retinopatía diabética realizado por un optometrista y \$40 cuando el examen de detección lo realiza un especialista.</p> <p>Antes de recibir los servicios de un oftalmólogo para el diagnóstico o tratamiento de una afección de los ojos, debe obtener un referido de su PCP.</p> <p>No se requiere un referido para ver un optometrista, pero debe ir a un proveedor de la</p>

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluye inserción de un lente intraocular. Lentes correctivos/monturas (y reemplazos) necesarios después de una extracción de cataratas sin implante de lente (ahumados, revestimiento antirreflejo, lentes con protección UV o lentes grandes están cubiertos solo cuando el médico tratante los considera médicamente necesarios). <p>Tome en cuenta lo siguiente: La cobertura incluye la adaptación y el seguimiento estándar tras la colocación de lentes de contacto, según se indica a continuación:</p> <ul style="list-style-type: none"> Los miembros recibirán una adaptación inicial de lentes de contacto y estarán disponibles hasta 2 visitas de seguimiento una vez realizado un examen oftalmológico completo. El miembro debe completar el seguimiento en un plazo de 45 días calendario a partir de la adaptación, y la adaptación y el seguimiento deben ser realizados por el mismo proveedor. <ul style="list-style-type: none"> Un par de anteojos terapéuticos (con receta) estándar por año calendario (incluye un par de monturas estándar y lentes monofocales, bifocales o trifocales) o lentes de contacto para queratocono, anisometropía, alta miopía, afaquia, afaquia congénita o pseudofaquia. <p>Tome en cuenta lo siguiente: La cobertura incluye la adaptación y el seguimiento estándar tras la colocación de lentes de contacto, según se indica a continuación:</p>	<p>red de EyeMed Vision Care.</p> <p>Usted paga \$0 por un par de anteojos estándar con monturas estándar o lentes de contacto cubiertos por Medicare después de una cirugía de cataratas cuando los obtiene de un proveedor de la red de EyeMed Vision Care. Usted pagará cualquier costo que supere el cargo permitido por Medicare si compra monturas que son superiores a las estándar.</p> <p>No se requiere un referido para este servicio, pero debe obtener anteojos cubiertos de un proveedor de la red de EyeMed Vision Care.</p> <p>Usted paga \$0 por un par de anteojos estándar con monturas estándar o lentes de contacto para queratocono, anisometropía, alta miopía, afaquia, afaquia congénita o pseudofaquia. Usted pagará cualquier costo</p>

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Los miembros recibirán una adaptación inicial de lentes de contacto y estarán disponibles hasta 2 visitas de seguimiento una vez realizado un examen oftalmológico completo. • El miembro debe completar el seguimiento en un plazo de 45 días calendario a partir de la adaptación, y la adaptación y el seguimiento deben ser realizados por el mismo proveedor. • Un examen oftalmológico de rutina cada año calendario 	<p>que supere el cargo permitido.</p> <p>No se requiere un referido para este servicio, pero debe obtener anteojos cubiertos de un proveedor de la red de EyeMed Vision Care.</p> <p>Usted paga \$15 por un examen oftalmológico de rutina anual. Si recibe servicios que tratan una afección durante la misma visita al consultorio, usted paga un copago de \$40 por visita al consultorio del especialista. Las refracciones oculares no están cubiertas si se facturan por separado del examen oftalmológico de rutina. Las refracciones no están cubiertas excepto cuando se incluyen y facturan como un componente del examen oftalmológico de rutina.</p> <p>No se requiere un referido para un examen oftalmológico de rutina anual, pero debe ir a un</p>

<p>Los servicios que están cubiertos para usted</p>	<p>Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Anteojos estándar (lentes recetados, monturas o una combinación de ambos) o lentes de contacto por año calendario. Este beneficio no puede combinarse con los beneficios de anteojos/lentes de contacto estándar descritos en los puntos cuarto y quinto anteriores. <p>Para comunicarse con EyeMed Vision Care en caso de que tenga preguntas sobre este beneficio, llame al 1-866-591-1863.</p>	<p>proveedor de la red de EyeMed Vision Care.</p> <p>Para acceder al beneficio anual de anteojos, puede comprar los anteojos en cualquier proveedor.</p> <p>Si escoge un proveedor participante de EyeMed Vision Care, tendrá el beneficio de \$150 por año calendario que se aplica en el momento del servicio y sería responsable de pagar cualquier saldo restante. El proveedor de EyeMed Vision Care procesará la reclamación.</p> <p>Si usa un proveedor no participante, tendría que pagar un desembolso y solicitar el reembolso. Recibiría un reembolso de \$90 por año calendario. Debe presentar una reclamación con EyeMed Vision Care para recibir el reembolso. Llame a Servicios para Miembros para obtener el formulario de reclamación.</p> <p>Se excluyen los artículos en oferta y este beneficio</p>

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
	<p>no puede combinarse con ningún otro descuento, cupón o código promocional de la tienda. Si el costo de los lentes excede el límite del beneficio, usted es responsable de todos los cargos adicionales.</p> <p>El proveedor de servicios, anteojos o lentes de contacto del plan para atención de la vista de rutina puede ser diferente del proveedor de servicios, anteojos o lentes de contacto del plan para tratar las condiciones descritas en los primeros cinco puntos. Llame a Servicios para Miembros si tiene preguntas sobre los beneficios de la vista.</p>
<p> Visita preventiva “Bienvenido a Medicare”</p> <p>El plan cubre la visita preventiva única “Bienvenido a Medicare”. La visita incluye una revisión de su salud, así como educación y orientación sobre los servicios preventivos que necesita (incluye ciertos exámenes de prevención y vacunas) y referidos a otra atención, si es necesario.</p> <p>Importante: Cubrimos la visita preventiva “Bienvenido a Medicare” solo dentro de los primeros 12 meses en que tenga Medicare Part B. Cuando haga la cita, informe al consultorio del</p>	<p>No debe pagar coaseguro, copago ni deducible por la visita preventiva “Bienvenido a Medicare”.</p>

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>médico que quiere programar su visita preventiva “Bienvenido a Medicare”.</p>	
<p>Pelucas</p> <p>Las pelucas están cubiertas para miembros que experimentan caída del cabello debido al tratamiento para el cáncer.</p> <p>Para obtener este reembolso, presente un formulario de reembolso para miembro junto con un comprobante de pago y cualquier información adicional destacada en el formulario. Llame a Servicios para Miembros para solicitar un formulario de reembolso o visite nuestro sitio web www.thpmp.org. Envíe el formulario relleno con todos los documentos solicitados a la dirección que figura en el formulario. Si tiene preguntas, comuníquese con Servicios para Miembros.</p>	<p>El plan cubre hasta \$500 por año calendario.</p> <p>Para acceder al beneficio de peluca, puede comprar la peluca en cualquier proveedor.</p> <p>Si escoge un proveedor participante, tendrá el beneficio de \$500 por año calendario que se aplica en el momento del servicio y sería responsable de pagar cualquier saldo restante.</p> <p>Además, tiene acceso a tarifas con descuento si prefiere a un proveedor participante. Puede encontrar proveedores participantes en el <i>Directorio de proveedores</i>.</p> <p>Si usa un proveedor no participante, tendría que pagar un desembolso y solicitar el reembolso. Debe presentar una reclamación con el plan para recibir el reembolso.</p>

Los servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
	Llame a Servicios para Miembros para obtener el formulario de reclamación. Si el costo de la peluca excede el límite del beneficio (\$500), usted es responsable de todos los cargos adicionales. No se requiere un referido para este beneficio.

Sección 2.2 Beneficios “complementarios opcionales” adicionales que puede adquirir

Nuestro plan ofrece algunos beneficios adicionales que no están cubiertos por Original Medicare y no se incluyen en su paquete de beneficios. Estos beneficios adicionales se llaman **Beneficios complementarios opcionales**. Si desea estos beneficios complementarios opcionales, debe inscribirse para recibirlos y es posible que deba pagar una prima adicional por ellos. Los beneficios complementarios opcionales descritos en esta sección están sujetos al mismo proceso de apelaciones que se sigue en cualquier otro beneficio.

Tufts Medicare Preferred Dental Option es un paquete de beneficios complementarios opcionales. Esta cobertura dental no está cubierta por Original Medicare y no se incluye en su paquete de beneficios como miembro del plan. Si desea este beneficio complementario opcional, debe inscribirse y pagar una prima adicional. Los beneficios complementarios opcionales descritos en esta sección están sujetos al mismo proceso de apelaciones que se sigue en cualquier otro beneficio. Este beneficio complementario es administrado por Dominion National y está disponible para los miembros que se han inscrito en los planes Tufts Medicare Preferred HMO.

Si tiene preguntas adicionales sobre Tufts Medicare Preferred Dental Option, llame a Servicios para Miembros al número que aparece en la contraportada de este documento.

¿Cómo funciona Tufts Medicare Preferred Dental Option?

Tufts Medicare Preferred Dental Option provee los beneficios solo para servicios prestados por un dentista que participa en la red de PPO de Dominion. Cualquier monto que deba pagar al dentista de la red se explica en el Cuadro de beneficios de Tufts Medicare Preferred Dental Option a continuación. No se cubrirán los servicios prestados por proveedores no participantes.

Necesita mostrar su tarjeta de identificación de miembro del plan dental cuando acuda a la cita dental. El dentista de la red de PPO de Dominion presentará la reclamación directamente con Dominion después de prestar los servicios. Dominion hará los pagos directamente al dentista de la red de PPO de Dominion.

Comuníquese con Servicios para Miembros al número que aparece en la contraportada de este documento si tiene alguna pregunta sobre reclamaciones dentales.

¿Cómo escoger un dentista de la red de PPO de Dominion?

Un dentista de la red es un dentista con licencia que ha firmado un contrato con Dominion para prestar servicios a las personas cubiertas. Para saber si el dentista es de la red de PPO de Dominion o si usted necesita un dentista nuevo, revise el *Directorio de dentistas* que está en www.thpmp.org/dentist o comuníquese con Servicios para Miembros al número que aparece en la contraportada de este documento.

Servicios dentales cubiertos de Tufts Medicare Preferred Dental Option

Los servicios dentales cubiertos están sujetos a las limitaciones y exclusiones descritas en esta sección. Los servicios dentales descritos en esta sección son servicios dentales cubiertos cuando los provee un proveedor participante de la red de PPO de Dominion. No se requieren autorizaciones previas con este plan.

Beneficio complementario opcional: Tufts Medicare Preferred Dental Option	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Tufts Medicare Preferred Dental Option*</p> <p>Tufts Medicare Preferred Dental Option es un beneficio complementario opcional en el que debe inscribirse y pagar una prima adicional. Con este plan, obtiene servicios preventivos, como radiografías, limpiezas y controles de rutina. También tiene cobertura para servicios dentales de restauración mayores y menores sin período de espera.</p> <p>El plan paga hasta el máximo por año calendario de \$1,000 por todos los servicios dentales complementarios cubiertos. Los servicios recibidos de un dentista en una situación de emergencia están sujetos a las reglas y a los costos compartidos del plan.</p> <p>Los servicios dentales complementarios tienen cobertura <i>solo</i> con proveedores de la red de PPO de Dominion. Para saber si el dentista es de la red de PPO de Dominion o si usted necesita un dentista nuevo, revise el <i>Directorio de dentistas</i> que está en www.thpmp.org/dentist o comuníquese con Servicios para Miembros al número que aparece en la contraportada de este documento.</p> <p>Tufts Medicare Preferred Dental Option <i>mejora</i> su cobertura dental con una reducción de los costos compartidos de los servicios básicos de Clase 2 y la adición de cobertura de servicios mayores de Clase 3. Si se inscribe en el plan Tufts Medicare Preferred Dental Option, la cobertura dental que se describe en la Sección 2.1 (<i>Cuadro de beneficios médicos</i>, Tufts Medicare Preferred Dental Plan) no se aplica a usted.</p>	<p>Usted paga una prima mensual adicional de \$21.50.</p> <p>A continuación, se proporciona información sobre costos compartidos de acuerdo con la clase de servicios dentales que recibe.</p> <p>Consulte las siguientes secciones para obtener más información importante:</p> <p>Cálculos aproximados previos para obtener información sobre cómo solicitar <i>cálculos aproximados previos</i> antes de recibir atención dental.</p> <p>Limitaciones y exclusiones para <i>Limitaciones y exclusiones</i> que se aplican a Tufts Medicare Preferred Dental <u>Plan</u> (sin prima adicional, como se describe en la Sección 2.1 de este capítulo) y a Tufts Medicare Preferred</p>

* Los costos compartidos para estos artículos/servicios no se incluyen en su monto del desembolso máximo anual.

Beneficio complementario opcional: Tufts Medicare Preferred Dental Option	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p><u>Servicios de diagnóstico y preventivos de Clase 1</u></p> <p>Examen bucal integral (que incluye los antecedentes dentales iniciales y mapa dental) cubierto una vez cada 36 meses</p> <p>Evaluación bucal periódica cubierta dos veces al año.</p> <p>Radiografías intrabucales de aleta de mordida (radiografías de las coronas de los dientes) cubiertas dos veces al año cuando la condición bucal lo amerite.</p> <p>Profilaxis (limpieza, raspado y pulido de dientes de rutina) cubierta dos veces al año.</p>	<p>Dental <u>Option</u> (por una prima adicional, como se describe en esta sección).</p> <p>Tome en cuenta lo siguiente: Si el plan determina que 1) se puede realizar un procedimiento, servicio o ciclo de tratamiento menos costoso en vez del tratamiento propuesto por su dentista y que 2) el tratamiento alternativo menos costoso producirá un resultado profesionalmente satisfactorio, entonces el máximo permitido por el plan será el cargo por la alternativa menos costosa.</p> <p>Usted paga \$0 por los servicios de diagnóstico y preventivos de Clase 1</p>

Beneficio complementario opcional: Tufts Medicare Preferred Dental Option	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p><u>Servicios básicos de Clase 2</u></p> <p>Exámenes de problemas específicos para una evaluación bucal de emergencia cubiertos una vez cada 12 meses.</p> <p>Radiografía intrabucal de toda la boca (imagen panorámica) cubierta una vez cada 60 meses.</p> <p>Radiografía intrabucal de toda la boca (serie bucal completa) cubierta una vez cada 60 meses.</p> <p>Radiografía de un solo diente cubierta según sea necesario.</p> <p>Empastes de plata y empastes blancos cubiertos una vez cada 24 meses por superficie, por diente.</p> <p>Limpieza periodontal cubierta una vez cada 6 meses después de una terapia periodontal activa, no se combina con las limpiezas regulares.</p> <p>Raspado y alisado radicular cubiertos una vez cada 24 meses, por cuadrante.</p> <p>Raspado en presencia de inflamación gingival generalizada moderada/grave cubierto una vez cada 24 meses después de la evaluación bucal y en lugar de una profilaxis cubierta.</p> <p>Desbridamiento bucal completo cubierto una vez de por vida.</p> <p>Extracciones simples cubiertas una vez por diente.</p> <p>Tratamiento menor de alivio del dolor cubierto solo si no se realizaron otros servicios, aparte de los exámenes y radiografías, en la misma fecha del servicio.</p> <p><u>Servicios mayores de Clase 3</u></p>	<p>Usted paga un coaseguro del 20 % por los servicios básicos de Clase 2</p>

Beneficio complementario opcional: Tufts Medicare Preferred Dental Option	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Restauraciones de protección cubiertas una vez por diente.</p> <p>Cirugía bucal</p> <p>Extracciones quirúrgicas cubiertas una vez por diente.</p> <p>Periodoncia</p> <p>Cirugía periodontal: Un procedimiento quirúrgico cubierto de por vida; gingivectomía o gingivoplastia y cirugía ósea cubiertas según sea necesario.</p> <p>Injertos de hueso y regeneración guiada de tejidos cubiertos una vez de por vida.</p> <p>Endodoncia</p> <p>Tratamiento de conductos cubierto una vez por diente, de por vida.</p> <p>Apicectomía cubierta según sea necesario.</p> <p>Repetición de tratamiento de conductos cubierta una vez por diente, de por vida, al menos 24 meses después del tratamiento de conductos inicial.</p> <p>Mantenimiento de prótesis</p> <p>Reparación de puente o dentadura postiza cubierta una vez cada 24 meses por puente o dentadura postiza.</p> <p>Acondicionamiento de tejidos cubierto con un tratamiento por dentadura postiza cada 84 meses.</p> <p>Añadidura de dientes a una dentadura postiza total o parcial cubierta una vez por diente y por dentadura postiza cada 24 meses.</p> <p>Rebasado o reforrado de dentaduras postizas cubierto una vez por dentadura postiza cada 24 meses.</p>	<p>Usted paga un coaseguro del 50 % por los servicios mayores de Clase 3</p>

Beneficio complementario opcional: Tufts Medicare Preferred Dental Option	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>el máximo permitido por el plan será para el tratamiento <u>Servicios mayores de Clase 3 (continuación)</u></p> <p>alternativo menos costoso, que es la corona de porcelana fundida sobre una base metálica predominantemente, y el miembro será responsable de la diferencia entre los dos procedimientos de corona. Las coronas sobre implantes no están cubiertas.</p> <p>La reconstrucción de coronas y recubrimiento está cubierta una vez por diente cada 12 meses.</p> <p>Incrustaciones cubiertas una vez por diente cada 84 meses.</p> <p>La reconstrucción posterior, central o de corona, cuando sea necesaria para retener una corona en un diente con rotura excesiva debido a caries o fracturas, está cubierta una vez por diente cada 84 meses.</p>	

¿Cuándo puede inscribirse en Tufts Medicare Preferred Dental Option?

- En el momento de la inscripción inicial en un plan Tufts Medicare Preferred HMO (para beneficiarios recientemente elegibles)
- Dentro del primer mes de la inscripción inicial en el plan Tufts Medicare Preferred HMO (la cobertura entrará en vigor el primer día del mes siguiente)
- Durante el período de elección anual (del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año) a partir de la fecha de inicio establecida para el 1 de enero del año siguiente
- Del 1 al 31 de enero para una fecha de entrada en vigor el 1 de febrero
- En el momento de la inscripción en un plan Tufts Medicare Preferred HMO durante un período de elección especial
- Dentro del primer mes de su inscripción en un plan Tufts Medicare Preferred HMO durante un período de elección especial (la cobertura entrará en vigor el primer día del mes siguiente)

¿Cómo puede inscribirse en Tufts Medicare Preferred Dental Option?

Si usted es nuevo en este plan de Tufts Medicare Preferred, debería llenar la solicitud de inscripción cuando se inscriba en la cobertura médica y escoger Tufts Medicare Preferred Dental

Option por una prima mensual adicional (las cantidades de las primas se indican en la tabla al principio de esta sección).

Si está inscrito o es un miembro actual de Tufts Medicare Preferred HMO, deberá llenar un Formulario de inscripción de Tufts Medicare Preferred Dental Option para inscribirse en Tufts Medicare Preferred Dental Option por una prima mensual adicional. Puede inscribirse por correo o si llama a Servicios para Miembros al 1-800-701-9000 (TTY: 711) o en nuestro sitio web www.thpmp.org.

Debe pagar la prima dental de la misma forma que paga la prima médica. Consulte el Capítulo 1, Sección 5.1 de esta *Evidencia de Cobertura*, *Hay distintas formas de pagar la prima del plan*, para obtener más información sobre sus opciones de pago.

¿Cómo puede cancelar la inscripción en Tufts Medicare Preferred Dental Option?

Puede cancelar voluntariamente la inscripción en Tufts Medicare Preferred Dental Option en cualquier momento durante el año con notificación previa, de una de estas tres maneras:

- puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este documento);
- puede enviar por correo o por fax el formulario de cancelación de la inscripción disponible en el sitio web, o
- puede enviar por correo o por fax una carta firmada en la que solicite la cancelación de la inscripción. La carta debe indicar claramente que desea cancelar la inscripción en Tufts Medicare Preferred Dental Option e incluir su nombre en letra de imprenta y el número de identificación de miembro de Tufts Medicare Preferred.

Comuníquese con Servicios para Miembros si necesita más información sobre cómo cancelar la inscripción con estas opciones. La cancelación de la inscripción entrará en vigor el primer día del mes siguiente a la recepción de su llamada telefónica solicitando la cancelación o cuando llenó y firmó la solicitud de cancelación de la inscripción. **La cancelación de la inscripción en Tufts Medicare Preferred Dental Option no afecta la inscripción en el plan Tufts Medicare Preferred HMO.**

Si cancela la inscripción en Tufts Medicare Preferred Dental Option, no puede volver a inscribirse en Tufts Medicare Preferred Dental Option hasta el siguiente período de elección de beneficios complementarios opcionales.

Los períodos de elección de beneficios complementarios opcionales se indicaron antes en esta sección, en **¿Cuándo puede inscribirse en Tufts Medicare Preferred Dental Option?**

Si cancela la inscripción en el plan Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx, se cancelará automáticamente la inscripción en Tufts Medicare Preferred Dental Option.

No se cobrará ninguna prima adicional del plan Tufts Medicare Preferred Dental Option después de la cancelación de la inscripción en el beneficio complementario opcional. Si pagó meses adicionales, recibirá un reembolso.

La prima de Tufts Medicare Preferred Dental Option vence el 15 de cada mes. Esta es la misma fecha en que vence la prima de la cobertura de Tufts Medicare Preferred HMO (si corresponde) o la multa por inscripción tardía en Part D. Todos los pagos de prima se aplican primero a la cobertura médica y el saldo restante se aplicará a su Tufts Medicare Preferred Dental Option. Si no paga la prima mensual de Tufts Medicare Preferred Dental Option, pero paga lo suficiente para cubrir la prima mensual del plan Tufts Medicare Preferred HMO, perderá los beneficios complementarios opcionales que se incluyen en Tufts Medicare Preferred Dental Option, pero permanecerá inscrito en el plan Tufts Medicare Preferred HMO. Se le notificará por escrito si Tufts Medicare Preferred Dental Option se elimina de su cobertura de Tufts Medicare Preferred HMO.

Si no paga la prima total del plan Tufts Medicare Preferred HMO, es posible que esté en riesgo de que se cancele su inscripción. Consulte la Sección 5.1 en el Capítulo 10 de esta *Evidencia de Cobertura* para obtener información adicional sobre el incumplimiento del pago de las primas del plan. Si le cancelan la inscripción en Tufts Medicare Preferred Dental Option, no puede volver a inscribirse en Tufts Medicare Preferred Dental Option hasta el siguiente período de elección anual o si cumple los requisitos para un período de elección especial, y será responsable de pagar cualquier saldo pendiente.

Cálculos aproximados previos al tratamiento

Si el cargo por el tratamiento dental va a superar los trescientos dólares (\$300), se recomienda que el dentista presente una copia del plan de tratamiento a Dominion ANTES de que comience el tratamiento. Un plan de tratamiento es una descripción detallada de los procedimientos que el dentista tiene planificado realizar e incluye un cálculo aproximado de los cargos por cada servicio. Se revisará el cálculo aproximado previo al tratamiento y se le enviará (a usted o al proveedor) un informe de cálculos aproximados previos al tratamiento que detalla los beneficios que el plan cubrirá, junto con la responsabilidad aproximada y el posible pago al consultorio dental. El cálculo aproximado previo al tratamiento se basa en la elegibilidad y en los beneficios disponibles en el momento del procesamiento. No se requiere un cálculo aproximado previo al tratamiento para recibir atención.

Un cálculo aproximado previo al tratamiento no es una garantía de pago. La reclamación por los servicios realizados se basará en la elegibilidad y los beneficios disponibles en el momento en que se presenta para el pago y otros procedimientos realizados, especialmente en la misma área/cuadrante/diente, los cuales podrían afectar la determinación/pago de la reclamación real.

Limitaciones y exclusiones:

El pago está sujeto a los beneficios del plan (por ejemplo, máximo por año calendario), las limitaciones y exclusiones en el momento de presentar la reclamación.

Si un método de tratamiento es más costoso que el proporcionado habitualmente, los beneficios se pagarán según el método de tratamiento menos costoso y usted será responsable del saldo restante.

La cobertura está limitada a aquellos servicios que se indican en el Cuadro de beneficios de Tufts Medicare Preferred Dental Option. Si un servicio no aparece en la lista, no está cubierto.

Los servicios que no están cubiertos son, entre otros:

- Los servicios y tratamientos que no se indican en la Evidencia de Cobertura no están cubiertos por el plan. Si un miembro recibe un servicio que no está cubierto, será responsable del pago total del servicio no cubierto.
- Están excluidos los gastos dentales incurridos en relación con algún procedimiento dental iniciado antes de la fecha de entrada en vigor de la cobertura. No se cubre el reemplazo de un diente que se perdió antes de la fecha de entrada en vigor de la cobertura.
- Servicios que están cubiertos por las leyes de compensación para el trabajador o de responsabilidad del empleador.
- Servicios que no son necesarios para la salud dental del paciente según lo determinado por el plan.
- Odontología reconstructiva, plástica, cosmética, electiva o estética.
- Cirugía bucal que requiere la compostura de fracturas y dislocaciones.
- Servicios relacionados con malignidades, quistes o neoplasias, prognatismo mandibular hereditario, congénito o malformaciones del desarrollo cuando esos servicios no deberían realizarse en un consultorio dental.
- Entrega de medicamentos.
- Hospitalización por algún procedimiento dental.
- Tratamiento necesario para afecciones que son resultado de una catástrofe importante, epidemia, guerra, actos de guerra, ya sean declarados o no declarados, o mientras esté en servicio activo como miembro de las fuerzas armadas de cualquier país o de guerra o actos de guerra, ya sean declarados o no declarados.
- Reemplazo de dentadura postiza, puentes, incrustaciones, recubrimientos o coronas que pueden repararse o restaurarse a su función normal.
- Diagnóstico o tratamiento del trastorno temporomandibular (TMD) o falta de armonía oclusal.
- Cirugía electiva, como, por ejemplo, extracción de dientes impactados asintomáticos y no patológicos, incluidos terceros molares.
- Servicios que no aparecen cubiertos por este plan.
- Implantes y servicios relacionados, como extracción de implantes, reemplazo de aparatos protésicos o de ortodoncia perdidos, robados o dañados; protectores bucales deportivos;

aditamentos de precisión o semiprecisión; duplicado de dentaduras postizas; inmovilización periodontal de los dientes.

- Servicios por aumento de la dimensión vertical, reemplazo de estructura dental perdida por atrición y corrección de malformaciones del desarrollo o afecciones congénitas.
- Procedimientos que, según la opinión del plan, son de naturaleza experimental o de investigación, porque no cumplen los estándares profesionalmente reconocidos de práctica dental o no tienen prueba de ser eficaces para el diagnóstico o el tratamiento de la afección del miembro.
- Tratamiento de paladar hendido, malignidades o neoplasias.
- Cualquier servicio o suministro prestado para reemplazar un diente perdido antes de la fecha de entrada en vigor de la cobertura. Esta exclusión vence después de 36 meses de cobertura continua del miembro según este plan.

Tufts Medicare Preferred Dental Option es patrocinado por Dominion.

El plan Tufts Medicare Preferred Dental Option es administrado por Dominion Dental Services, Inc., que opera bajo el nombre comercial Dominion National.

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

Sección 3.1 Servicios que *no* cubrimos (exclusiones)

Esta sección le indica qué servicios están excluidos de la cobertura de Medicare y, por lo tanto, no están cubiertos por este plan.

En el siguiente cuadro se indican los servicios y artículos que no están cubiertos bajo ninguna circunstancia o que están cubiertos solo bajo circunstancias específicas.

Si recibe servicios que están excluidos (no cubiertos), debe pagar por ellos, excepto bajo las circunstancias específicas que se indican a continuación. Incluso si recibe los servicios excluidos en un centro de emergencia, estos servicios no estarán cubiertos y nuestro plan no pagará por ellos. La única excepción sería si el servicio se apela y tras la apelación se decide que es un servicio médico que deberíamos haber pagado o cubierto debido a su situación específica. Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hayamos tomado de no cubrir un servicio médico, consulte el Capítulo 9, Sección 5.3 de este documento.

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos bajo ninguna circunstancia	Cubiertos solo bajo circunstancias específicas
Acupuntura.		<ul style="list-style-type: none"> • Disponibles para personas con dolor lumbar crónico bajo ciertas circunstancias. • Los servicios de acupuntura adicionales son elegibles para reembolso según el Subsidio de bienestar. Consulte la descripción del beneficio de Subsidio de bienestar para conocer los detalles completos.
Cirugía o procedimientos estéticos.		<ul style="list-style-type: none"> • Cubiertos en caso de una lesión accidental o para el mejoramiento de la función de un miembro corporal con malformación. • Cubiertos para todas las etapas de reconstrucción de un seno después de una mastectomía, así como para el seno no afectado para lograr una apariencia simétrica.
<p>Cuidado de relevo.</p> <p>El cuidado de relevo es el cuidado personal que no requiere la atención continua de personal médico o paramédico capacitado, como cuidado que lo ayuda con las actividades de la vida diaria, como bañarse o vestirse.</p>	No cubiertos bajo ninguna circunstancia	
<p>Procedimientos médicos y quirúrgicos, equipos y medicamentos experimentales.</p> <p>Los procedimientos y artículos experimentales son aquellos que Original Medicare determina que no son generalmente aceptados por la comunidad médica.</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Pueden estar cubiertos por Original Medicare de acuerdo con un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan. (Consulte el Capítulo 3, Sección 5 para obtener más información sobre estudios de investigación clínica).

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos bajo ninguna circunstancia	Cubiertos solo bajo circunstancias específicas
Reservas de cama para atención extendida.	No cubiertos bajo ninguna circunstancia	
Se cobra una tarifa por el cuidado proporcionado por parientes directos o miembros de su hogar.	No cubiertos bajo ninguna circunstancia	
Atención de enfermería en el hogar de tiempo completo.	No cubiertos bajo ninguna circunstancia	
Comidas con entrega a domicilio.		Hasta 2 comidas cubiertas al día durante 14 días después del alta. Consulte “Comidas poshospitalización/rehabilitación” en la Sección 2.1 de este “Cuadro de beneficios médicos” para conocer los detalles completos.
Servicios de auxiliar de salud a domicilio sin otros servicios especializados.	No cubiertos bajo ninguna circunstancia	
Servicios de atención médica a domicilio, como auxiliar de salud a domicilio o enfermería especializada continuos, por más de 2 horas por vez.	No cubiertos bajo ninguna circunstancia	
Los servicios de ama de casa incluyen ayuda básica con las tareas del hogar, como limpieza ligera o preparación de comidas.	No cubiertos bajo ninguna circunstancia	
Servicios de medicina natural (usa tratamientos naturales o alternativos).	No cubiertos bajo ninguna circunstancia	
Atención dental que no es de rutina.		<ul style="list-style-type: none"> Atención dental necesaria para tratar enfermedades o lesiones puede estar cubierta como atención para paciente hospitalizado o externo.

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos bajo ninguna circunstancia	Cubiertos solo bajo circunstancias específicas
		<ul style="list-style-type: none"> Tufts Medicare Preferred Dental Plan puede cubrir servicios adicionales o si el miembro decide adquirir Tufts Medicare Preferred Dental Option.
Zapatos ortopédicos.		<ul style="list-style-type: none"> Los zapatos que son parte de un aparato ortopédico para las piernas y están incluidos en el costo del aparato ortopédico. Calzado ortopédico o terapéutico para una persona con enfermedad del pie diabético.
Artículos personales en su habitación en un hospital o en un centro de enfermería especializada, como un teléfono o un televisor.	No cubiertos bajo ninguna circunstancia	
Habitación privada en un hospital.		<ul style="list-style-type: none"> Cubiertos solo cuando sean médicamente necesarios.
Reversión de procedimientos de esterilización o suministros anticonceptivos de venta sin receta.	No cubiertos bajo ninguna circunstancia	
Atención quiropráctica de rutina.		<ul style="list-style-type: none"> La manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación está cubierta. Evaluación inicial cubierta una vez por año calendario.
Atención dental de rutina, como limpiezas, empastes o dentaduras postizas.		<ul style="list-style-type: none"> Tufts Medicare Preferred Dental Plan puede cubrir servicios adicionales o si el miembro decide adquirir Tufts Medicare Preferred Dental Option.
Exámenes oftalmológicos de rutina, anteojos, queratotomía radial, cirugía LASIK y otros dispositivos para la mala vista.		<ul style="list-style-type: none"> El examen oftalmológico y un par de anteojos (o lentes de contacto) están cubiertos para personas después de una cirugía de cataratas, pero se

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos bajo ninguna circunstancia	Cubiertos solo bajo circunstancias específicas
		<p>excluyen los revestimientos resistentes a rayas, revestimientos con efecto espejo, lentes polarizados, características lujosas y lentes progresivos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • El examen oftalmológico de rutina está cubierto una vez por año calendario. • Anteojos estándar (lentes recetados, monturas, una combinación de lentes y monturas) o lentes de contacto cubiertos cada año calendario, con un subsidio máximo de \$150 si los adquiere en un proveedor de EyeMed Vision Care o de \$90 si los adquiere en un proveedor no participante.
Cuidado de los pies de rutina.		<ul style="list-style-type: none"> • Alguna cobertura limitada proporcionada de acuerdo con las pautas de Medicare (por ejemplo, si tiene diabetes).
Exámenes auditivos de rutina, prótesis auditivas o exámenes para ajuste de prótesis auditivas.		<ul style="list-style-type: none"> • El examen auditivo de rutina está cubierto una vez por año calendario. • La evaluación y el ajuste de prótesis auditivas están cubiertos si se realizan en un proveedor de Hearing Care Solutions. • La cobertura incluye hasta 2 audífonos por año, 1 audífono por oído, solo en proveedores de Hearing Care Solutions.
Servicios que se consideran no razonables ni necesarios, de acuerdo con Original Medicare.	No cubiertos bajo ninguna circunstancia	
Transporte, excepto en ambulancia, según se describe en la Sección 2.1 de este capítulo. Si		<ul style="list-style-type: none"> • Transporte que no es de ambulancia (por ejemplo, furgoneta o sedán para personas en silla de ruedas),

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos bajo ninguna circunstancia	Cubiertos solo bajo circunstancias específicas
<p>decide usar una ambulancia cuando se trata de un servicio que no está cubierto por Medicare, usted será responsable del costo total. El transporte en furgoneta de personas en silla de ruedas no está cubierto, incluso si el servicio lo provee una empresa de ambulancias.</p>		<p>proporcionado por el proveedor aprobado por el plan desde un hospital a un centro de enfermería especializada (SNF).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los miembros con ciertas condiciones crónicas reciben transporte adicional que no es de emergencia a las citas y otros lugares aprobados por el plan (por ejemplo, mediante servicios de transporte compartido y furgonetas) a través del proveedor aprobado por el plan. Consulte “Beneficios complementarios especiales para enfermos crónicos” en la Sección 2.1 de este “Cuadro de beneficios médicos” para conocer los detalles completos.

CAPÍTULO 5:

*Uso de la cobertura del plan para sus
medicamentos recetados de Part D*

SECCIÓN 1 Introducción

Este capítulo **explica las reglas de uso de su cobertura para los medicamentos de Part D**. Consulte en el Capítulo 4 los beneficios de medicamentos de Medicare Part B y los beneficios de medicamentos relacionados con la condición de hospicio.

Sección 1.1 Reglas básicas de la cobertura de medicamentos de Part D del plan

El plan generalmente cubrirá sus medicamentos siempre y cuando usted siga estas reglas básicas:

- Debe tener un proveedor (un médico, un dentista u otro prescriptor) que le emita una receta que debe ser válida según la ley estatal aplicable.
- Su prescriptor no debe aparecer en las listas de exclusión o prevención de Medicare.
- Generalmente, debe usar una farmacia de la red para surtir su receta (consulte la Sección 2, *Surta su receta en una farmacia de la red o con el servicio de pedidos por correo del plan*).
- Su medicamento debe estar en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan; la llamamos “Lista de medicamentos” para fines prácticos (consulte la Sección 3, *Sus medicamentos deben estar en la “Lista de medicamentos” del plan*).
- El medicamento se debe usar por una indicación médicamente aceptada. Una indicación médicamente aceptada es el uso de un medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o respaldado por ciertas referencias (consulte la Sección 3 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada).

SECCIÓN 2 Surta su receta en una farmacia de la red o con el servicio de pedidos por correo del plan

Sección 2.1 Uso de una farmacia de la red

En la mayoría de los casos, sus recetas están cubiertas *solo* si se surten en las farmacias de la red del plan (consulte la Sección 2.5 para obtener información sobre cuándo cubriremos recetas surtidas en farmacias fuera de la red).

Una farmacia de la red es una farmacia que tiene un contrato con el plan para proporcionar sus medicamentos recetados cubiertos. El término medicamentos cubiertos se refiere a todos los medicamentos recetados de Part D que están en la Lista de medicamentos del plan.

Sección 2.2 Farmacias de la red

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

Para buscar una farmacia de la red, puede consultar su *Directorio de farmacias*, visitar nuestro sitio web (www.thpmp.org) o llamar a Servicios para Miembros.

Usted puede ir a cualquiera de las farmacias de nuestra red. Algunas de las farmacias de nuestra red proveen costos compartidos preferidos, que pueden ser más bajos que los costos compartidos en una farmacia que ofrece costos compartidos estándar. El *Directorio de farmacias* le indicará qué farmacias de la red ofrecen costos compartidos preferidos. Comuníquese con nosotros para obtener más información sobre cómo sus desembolsos podrían variar para medicamentos diferentes.

¿Qué pasa si la farmacia que estaba usando abandona la red?

Si la farmacia que ha estado usando abandona la red del plan, tendrá que buscar una nueva farmacia que esté en la red. Para encontrar otra farmacia en su área, puede obtener ayuda de Servicios para Miembros o utilizar el *Directorio de farmacias*. También puede encontrar información en nuestro sitio web www.thpmp.org.

¿Qué pasa si usted necesita una farmacia especializada?

Algunas recetas se deben surtir en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen las siguientes:

- Farmacias que suministran medicamentos para terapia de infusión a domicilio. Nuestro plan cubrirá la terapia de infusión a domicilio si sucede lo siguiente:
 - su medicamento recetado está en el formulario de nuestro plan o se autorizó una excepción del formulario para su medicamento recetado;
 - su medicamento recetado no tiene otra cobertura según los beneficios médicos de nuestro plan;
 - nuestro plan ha aprobado su receta para la terapia de infusión a domicilio, y
 - su receta fue emitida por un prescriptor autorizado.
- Farmacias que suministran medicamentos para residentes de un centro de cuidados a largo plazo (LTC por sus siglas en inglés). Por lo general, un centro de LTC (como una casa de reposo) tiene su propia farmacia. Si tiene dificultades para acceder a sus beneficios de Part D en un centro de LTC, comuníquese con Servicios para Miembros.
- Farmacias que atienden al Servicio de Salud para Indígenas o Programa de Salud Tribal o Indígena Urbano (no disponible en Puerto Rico). Excepto en emergencias, solo los nativos estadounidenses o nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias en nuestra red.

- Farmacias que surten medicamentos que están restringidos por la FDA a ciertos lugares o que requieren manipulación especial, coordinación con el proveedor o educación sobre su uso. (**Nota:** Esta situación debería ocurrir con muy poca frecuencia).

Para buscar una farmacia especializada, consulte su *Directorio de farmacias* o llame a Servicios para Miembros.

Sección 2.3 Uso del servicio de pedidos por correo del plan

Para ciertos tipos de medicamentos, usted puede usar el servicio de pedidos por correo de la red del plan. Por lo general, los medicamentos provistos mediante pedidos por correo son medicamentos que usted toma de manera regular para una afección crónica o a largo plazo.

El servicio de pedidos por correo de nuestro plan le exige solicitar **como mínimo un suministro para 30 días del medicamento y como máximo un suministro para 90 días.**

Para obtener información sobre cómo surtir sus recetas por correo, visite nuestro sitio web www.thpmp.org o llame a Servicios para Miembros.

Generalmente, un pedido de farmacia de pedidos por correo se le entregará en un plazo máximo de 15 días. Sin embargo, a veces su pedido por correo puede presentar retrasos. Si su pedido se retrasa, llame a Servicios para Miembros en el horario de atención y le permitiremos surtir un suministro parcial del medicamento en una farmacia minorista de la red.

Recetas nuevas que la farmacia recibe directamente del consultorio de su médico.

Después de que la farmacia reciba una receta de un proveedor del cuidado de la salud, se comunicará con usted para saber si quiere surtir el medicamento inmediatamente o más adelante. Es importante que usted responda cada vez que lo llamen de la farmacia para informarles si deben enviar, retrasar o suspender la nueva receta.

Cómo resurtir recetas de pedidos por correo. Para resurtidos, comuníquese con su farmacia 15 días antes de que se agote su receta actual para asegurarse de que su siguiente pedido lo envíen a tiempo.

Si recibe automáticamente por correo un resurtido que no desea, es probable que sea elegible para un reembolso.

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

Cuando usted recibe un suministro a largo plazo de medicamentos, sus costos compartidos pueden ser más bajos. El plan ofrece dos maneras de recibir un suministro a largo plazo (también denominado suministro extendido) de medicamentos de mantenimiento que están en la “Lista de

medicamentos” de nuestro plan (los medicamentos de mantenimiento son aquellos que usted toma de manera regular para una afección crónica o a largo plazo).

1. **Algunas farmacias minoristas** en nuestra red le permiten recibir un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Su *Directorio de farmacias* le indica qué farmacias en nuestra red pueden entregarle un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar a Servicios para Miembros para obtener más información.
2. Además, puede recibir medicamentos de mantenimiento a través de nuestro programa de pedidos por correo. Consulte la Sección 2.3 para obtener más información.

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

Su receta puede estar cubierta en ciertas situaciones

Por lo general, cubrimos los medicamentos surtidos en una farmacia fuera de la red *solo* cuando no puede usar una farmacia de la red. Para ayudarlo, tenemos farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio donde podrá surtir sus recetas como miembro de nuestro plan. **Verifique primero con Servicios para Miembros** para saber si hay una farmacia de la red en las cercanías. Lo más probable es que tenga que pagar la diferencia entre lo que usted paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia dentro de la red.

A continuación, indicamos las circunstancias en las que cubriríamos las recetas surtidas en una farmacia fuera de la red:

Emergencias médicas

Cubriremos las recetas que se surtan en una farmacia fuera de la red si están relacionadas con la atención de una emergencia médica o una atención de urgencia. En esta situación, usted tendrá que pagar el costo total (en lugar de solo el copago) cuando surta la receta. Envíe un formulario de reclamación en físico para pedirnos que le reembolsemos nuestra parte del costo.

Cuando viaja o está lejos del área de servicio del plan

Si toma un medicamento recetado de manera regular y se va de viaje, asegúrese de revisar su suministro de ese medicamento antes de partir. Si es posible, lleve con usted todos los medicamentos que necesitará. Es posible que pueda pedir anticipadamente sus medicamentos recetados a través del servicio de farmacia de pedidos por correo de nuestra red o de una farmacia minorista de la red.

Si viaja dentro de los EE. UU., pero fuera del área de servicio del plan, y se enferma o pierde o se queda sin sus medicamentos recetados, cubriremos las recetas que se surtan en una farmacia fuera de la red si usted cumple todas las otras reglas de cobertura identificadas en este

documento y no hay una farmacia de la red disponible. En esta situación, usted tendrá que pagar el costo total (en lugar de solo el copago) cuando surta la receta. Envíe un formulario de reclamación en físico para pedirnos que le reembolsemos nuestra parte del costo.

Antes de surtir sus recetas en una farmacia fuera de la red, llame a Servicios para Miembros para averiguar si hay una farmacia de la red en el área hacia donde está viajando. Nuestra red de farmacias está distribuida en todo el país. Si no hay farmacias de la red en esa área, Servicios para Miembros puede hacer las gestiones para que usted pueda surtir sus recetas en una farmacia fuera de la red.

Otras ocasiones en que puede tener cobertura para su receta si va a una farmacia fuera de la red

Cubriremos su receta en una farmacia fuera de la red si se aplica al menos una de las siguientes situaciones:

- Si usted no puede recibir un medicamento cubierto de manera oportuna dentro de nuestra área de servicio debido a que no hay farmacias de la red a una distancia razonable en auto que proporcione servicio las 24 horas.
- Si usted trata de surtir un medicamento recetado cubierto que no se abastece regularmente en una farmacia minorista o de pedidos por correo de la red que sea elegible (esto incluye los medicamentos sin interés comercial u otros productos farmacéuticos de especialidad).
- Envíe un formulario de reclamación para pedirnos que le reembolsemos nuestra parte del costo.

En estas situaciones, **consulte primero con Servicios para Miembros** para saber si hay una farmacia de la red cerca (los números de teléfono de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este documento). Es posible que tenga que pagar la diferencia entre lo que usted paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia dentro de la red.

¿Cómo solicitar un reembolso del plan?

Si usted debe usar una farmacia fuera de la red, generalmente tendrá que pagar el costo total (en lugar de su costo compartido normal) al momento de surtir su receta. Puede solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte del costo (el Capítulo 7, Sección 2 explica cómo solicitar un pago 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 Part D están cubiertos

El plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*. En esta *Evidencia de Cobertura*, la llamamos “Lista de medicamentos” para fines prácticos.

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

Los medicamentos de esta lista son solo los que se cubren conforme a Medicare Part D.

Generalmente, cubriremos un medicamento que figure en la “Lista de medicamentos” del plan siempre y cuando usted siga las demás reglas de cobertura que se explican en este capítulo y el uso del medicamento corresponda a una indicación médicamente aceptada. Una indicación médicamente aceptada se refiere al uso de un medicamento *que*:

- fue aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos para el diagnóstico o la afección para los cuales se está recetando, o
- está respaldado por ciertas referencias, como la Información sobre Medicamentos del Servicio de Formulario de Hospitales Estadounidenses (AHFS Drug Information®) y el sistema de información DRUGDEX.

La “Lista de medicamentos” incluye medicamentos de marca y genéricos.

Un medicamento de marca es un medicamento recetado que se vende con un nombre de marca registrada propiedad del fabricante del medicamento. Los medicamentos de marca que son más complejos que los medicamentos típicos (por ejemplo, los medicamentos basados en una proteína) se denominan productos biológicos. En la “Lista de medicamentos”, cuando nos referimos a medicamentos, puede tratarse de un fármaco o de un producto biológico.

Un medicamento genérico es un medicamento recetado que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Por lo general, los genéricos funcionan tan bien como el medicamento de marca y habitualmente cuestan menos. Hay sustitutos genéricos disponibles para muchos medicamentos de marca.

¿Qué *no* está en la “Lista de medicamentos”?

El plan no cubre todos los medicamentos recetados.

- En algunos casos, la ley no permite que un plan de Medicare cubra ciertos tipos de medicamentos (para obtener más información sobre esto, consulte la Sección 7.1 de este capítulo).
- En otros casos, hemos decidido no incluir un medicamento en particular en la “Lista de medicamentos”. Es posible que en algunas ocasiones pueda obtener un medicamento que no esté en la “Lista de medicamentos”. Para obtener más información, consulte el Capítulo 9.

Sección 3.2 Hay 6 niveles de costos compartidos para los medicamentos en la “Lista de medicamentos”

Cada medicamento en la “Lista de medicamentos” del plan se ubica en uno de los 6 niveles de costos compartidos. En general, mientras más alto sea el nivel de costos compartidos, más alto será el costo del medicamento:

- Nivel 1 de costos compartidos (Genéricos preferidos): incluye medicamentos genéricos de uso frecuente más baratos. Este es el nivel más bajo.
- Nivel 2 de costos compartidos (Genéricos): incluye la mayoría de los medicamentos genéricos.
- Nivel 3 de costos compartidos (De marca preferidos): incluye algunos medicamentos genéricos y medicamentos de marca que son más económicos que los medicamentos de marca comparables que se indican en el Nivel 4 de costos compartidos.
- Nivel 4 de costos compartidos (Medicamentos no preferidos): incluye medicamentos de marca y genéricos que no ofrecen ventajas clínicas o de costo importantes en relación con los medicamentos en un nivel de costos compartidos inferior.
- Nivel 5 de costos compartidos (Nivel de especialidad): incluye algunos de los medicamentos genéricos y de marca que alcanzan o superan el umbral de costos definido por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) de \$950 por mes. Este es el nivel más alto de costos compartidos.
- Nivel 6 de costos compartidos (Nivel de vacunas): incluye todas las vacunas genéricas y de marca cubiertas. Este es el nivel más alto.

Para conocer en qué nivel de costos compartidos está su medicamento, búsquelo en la “Lista de medicamentos” del plan.

La cantidad que usted paga por medicamentos en cada nivel de costos compartidos se indica en el Capítulo 6 (*Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de Part D*).

Sección 3.3 ¿Cómo puedo saber si un medicamento específico está en la “Lista de medicamentos”?

Tiene 4 maneras de averiguarlo:

1. Revisar la “Lista de medicamentos” más reciente que enviamos electrónicamente.
2. Visitar el sitio web del plan (www.thpmp.org). La “Lista de medicamentos” en el sitio web siempre está actualizada.
3. Llamar a Servicios para Miembros para averiguar si un medicamento en particular está en la “Lista de medicamentos” del plan o para pedir una copia de la lista.
4. Usar la “Herramienta de beneficios en tiempo real” del plan (<https://www.tuftsmedicarepreferred.org/2024-drug-search> o llame a Servicios para Miembros). Con esta herramienta puede buscar medicamentos en la “Lista de medicamentos” para ver un estimado de lo que pagará y si hay medicamentos alternativos en la lista que puedan tratar la misma afección.

SECCIÓN 4 Hay restricciones en la cobertura de algunos medicamentos

Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?

Para ciertos medicamentos recetados, las reglas especiales restringen cómo y cuándo el plan los cubre. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrollaron estas reglas para incentivarlos a usted y a su proveedor para que usen los medicamentos de la manera más eficaz. Para averiguar si algunas de estas restricciones se aplican a un medicamento que usted toma o quiere tomar, consulte la “Lista de medicamentos”. Si un medicamento seguro y de menor costo funciona tan bien como un medicamento de costo más alto, las reglas del plan están diseñadas para incentivarlos a usted y a su proveedor para que usen esa opción de menor costo.

Tome en cuenta que a veces un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra “Lista de medicamentos”. Esto se debe a que los mismos medicamentos pueden diferir según la potencia, la cantidad o la forma del medicamento recetado por su proveedor del cuidado de la salud, y pueden aplicarse diferentes restricciones o costos compartidos a las diferentes versiones del medicamento (por ejemplo, 10 mg versus 100 mg, una vez al día versus dos veces al día, tableta versus líquido, etc.).

Sección 4.2 ¿Qué tipos de restricciones?

Las siguientes secciones le ofrecen más información sobre los tipos de restricciones que usamos para ciertos medicamentos.

Si hay una restricción para su medicamento, por lo general significa que usted o su proveedor tendrán que adoptar medidas adicionales para que cubramos ese medicamento. Comuníquese con Servicios para Miembros para saber qué deben hacer usted o su proveedor para obtener cobertura para el medicamento. Si desea que nosotros lo eximamos de la restricción, tendrá que usar el proceso de decisión de cobertura y solicitarnos que hagamos una excepción. Podemos acceder o no a eximirlo de la restricción (consulte el Capítulo 9).

Restricción de medicamentos de marca cuando hay disponible una versión genérica

Por lo general, un medicamento **genérico** tiene el mismo efecto que un medicamento de marca y habitualmente cuesta menos. **Cuando haya disponible una versión genérica de un medicamento de marca, las farmacias de nuestra red le entregarán la versión genérica en vez del medicamento de marca.** Sin embargo, si su proveedor nos ha indicado el motivo médico por el que ni el medicamento genérico ni otros medicamentos cubiertos que tratan la misma afección funcionarán para usted, entonces cubriremos el medicamento de marca (su parte del costo puede ser mayor para el medicamento de marca que para el medicamento genérico).

Obtener la aprobación anticipada del plan

Para ciertos medicamentos, usted o su proveedor necesitan obtener la aprobación del plan antes de que accedamos a cubrir su medicamento. Esto se denomina **autorización previa**. Esto se implementa para garantizar la seguridad de los medicamentos y ayudar a orientar sobre el uso adecuado de determinados fármacos. Si no obtiene esta aprobación, su medicamento podría no tener la cobertura del plan.

Probar un medicamento diferente primero

Este requisito lo incentiva a probar con medicamentos menos costosos, pero generalmente con una eficacia equivalente, antes de que el plan cubra otro medicamento. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma afección, el plan puede exigir que pruebe primero el medicamento A. Si el medicamento A no funciona para usted, entonces el plan cubrirá el medicamento B. Este requisito de probar un medicamento diferente primero se llama **terapia escalonada**.

Cantidad máxima

Para ciertos medicamentos, limitamos la cantidad de un medicamento que puede obtener cada vez que surte su receta. Por ejemplo, si normalmente se considera que es seguro tomar solo una píldora al día de cierto medicamento, podemos limitar la cobertura de su receta a no más de una píldora al día.

SECCIÓN 5 ¿Qué pasa si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera que a usted le gustaría que lo estuviera?

Sección 5.1 Hay cosas que usted puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera que a usted le gustaría que lo estuviera

Existen situaciones en las que hay un medicamento recetado que está tomando o uno que usted y su proveedor creen que debería tomar que no está en nuestro formulario o que está en nuestro formulario con restricciones. Por ejemplo:

- El medicamento podría no tener ningún tipo de cobertura. O quizá una versión genérica del medicamento está cubierta, pero la versión de marca que usted desea tomar no está cubierta.
- El medicamento está cubierto, pero hay reglas o restricciones adicionales en la cobertura de ese medicamento, como se explica en la Sección 4.
- El medicamento está cubierto, pero está en un nivel de costos compartidos que hace que sus costos compartidos sean más elevados de lo que usted pensaba que serían.
- Hay cosas que usted puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera que a usted le gustaría que lo estuviera. Si su medicamento no está en la “Lista de medicamentos” o si tiene restricciones, consulte la Sección 5.2 para saber qué puede hacer.
- Si su medicamento está en un nivel de costos compartidos que hace que su costo sea más elevado de lo que pensaba que sería, consulte la Sección 5.3 para saber qué puede hacer.

Sección 5.2 ¿Qué puede hacer si su medicamento no está 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 si tiene restricciones, estas son las opciones:

- Puede recibir un suministro temporal del medicamento.
- Puede cambiarse a otro medicamento.
- Puede solicitar una excepción y pedir al plan que cubra el medicamento o elimine las restricciones al medicamento.

Usted puede recibir un suministro temporal

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

Para ser elegible para recibir un suministro temporal, el medicamento que ha estado tomando **ya no debe figurar en la “Lista de medicamentos” del plan O ahora debe estar restringido de alguna manera.**

- **Si es un miembro nuevo**, cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros **108 días** de su membresía en el plan.
- **Si estaba en el plan el año pasado**, cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros 108 días del año calendario.
- Este suministro temporal será para un máximo de 30 días. Si la receta está indicada para menos días, permitiremos que se surta varias veces hasta un máximo de 30 días de medicamento. Las recetas se deben surtir en una farmacia de la red. Tome en cuenta que la farmacia de cuidados a largo plazo puede proporcionar el medicamento en cantidades menores a la vez para evitar residuos.
- **Para los miembros que han estado en el plan por más de 108 días, viven en un centro de cuidados a largo plazo y necesitan un suministro inmediatamente:**
Cubriremos un suministro de emergencia para 31 días de un medicamento en particular, o menor si su receta está indicada para menos días. Esto es una adición al suministro temporal indicado anteriormente.
- Como miembro actual, si está en un centro de LTC y si experimenta un cambio imprevisto de su medicamento debido a un cambio en el nivel de atención, puede solicitar que aprobemos un surtido temporal único del medicamento no cubierto para que tenga tiempo de analizar un plan de transición con el médico. El médico también puede solicitar una excepción a la cobertura para el medicamento no cubierto según la revisión de necesidad médica a continuación del proceso estándar de excepción que se describió anteriormente. El “primer surtido” temporal será, por lo general, un suministro para 31 días, pero se podría extender para darles tiempo a usted y al médico para administrar las complicaciones de varios medicamentos o cuando las circunstancias especiales lo justifiquen. Usted puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros de Tufts Medicare Preferred para solicitar un surtido temporal de la receta.

Tome en cuenta que nuestra política de transición se aplica solo a los medicamentos que son “medicamentos de Part D” y se compran en una farmacia de la red. La política de transición no se puede usar para comprar un medicamento que no es de Part D o un medicamento fuera de la red, a menos que usted cumpla los requisitos para un acceso fuera de la red.

Si tiene preguntas sobre un suministro temporal, llame a Servicios para Miembros.

Durante el tiempo que use un suministro temporal de un medicamento, usted debería conversar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se agote su suministro temporal. Tiene dos opciones:

1) Puede cambiarse a otro medicamento

Hable con su proveedor para saber si hay un medicamento diferente que cubra el plan que pueda funcionar igual de bien para usted. Puede llamar a Servicios para Miembros para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que podría funcionar para usted.

2) Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden pedirle al plan que haga una excepción y cubra el medicamento de la manera que a usted le gustaría que estuviera cubierto. Si su proveedor dice que usted tiene motivos médicos que justifican solicitarnos una excepción, el proveedor puede ayudarlo a solicitar una excepción. Por ejemplo, puede pedirle al plan que cubra un medicamento aun cuando no esté en la “Lista de medicamentos” del plan. También puede solicitarle al plan que haga una excepción y cubra su medicamento sin restricciones.

Si es actualmente un miembro y un medicamento que usted está tomando se eliminará del formulario o se restringirá de alguna manera el próximo año, le informaremos sobre cualquier cambio antes del nuevo año. Puede solicitar una excepción antes del próximo año y le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de que recibamos su solicitud (o la declaración de respaldo de su prescriptor). Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura antes de que el cambio entre en vigor.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9, Sección 6.4 para saber cómo hacerlo. Allí se explican los procedimientos y plazos que ha fijado Medicare para asegurarse de que su solicitud se tramita de manera oportuna y justa.

Sección 5.3 ¿Qué puede hacer si su medicamento está en un nivel de costos compartidos que usted cree que es demasiado alto?

Si su medicamento está en un nivel de costos compartidos que usted cree que es demasiado alto, esto es lo que puede hacer:

Puede cambiarse a otro medicamento

Si su medicamento está en un nivel de costos compartidos que usted cree que es demasiado alto, coménteselo a su proveedor. Posiblemente haya un medicamento diferente en un nivel de costos compartidos más bajo que podría funcionar igual de bien para usted. Llame a Servicios para Miembros para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que podría funcionar para usted.

Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden pedirle al plan que haga una excepción en el nivel de costos compartidos del medicamento de manera que usted pague menos por ese medicamento. Si su proveedor dice que usted tiene motivos médicos que justifican solicitarnos una excepción, el proveedor puede ayudarlo a solicitar una excepción a la regla.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9, Sección 6.4 para saber cómo hacerlo. Allí se explican los procedimientos y plazos que ha fijado Medicare para asegurarse de que su solicitud se tramita de manera oportuna y justa.

Los medicamentos en nuestro *Nivel 5 de costos compartidos* no son elegibles para este tipo de excepción. No bajamos el monto de los costos compartidos para los medicamentos en este nivel.

SECCIÓN 6 ¿Qué pasa si su cobertura cambia para uno de sus medicamentos?

Sección 6.1 La “Lista de medicamentos” puede cambiar durante el año

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos ocurren a comienzos de cada año (1 de enero). Sin embargo, durante el año, el plan puede hacer algunos cambios en la “Lista de medicamentos”. Por ejemplo, el plan podría hacer lo siguiente:

- **Agregar o retirar medicamentos de la “Lista de medicamentos”.**
- **Mover un medicamento a un nivel de costos compartidos más alto o más bajo.**
- **Agregar o retirar una restricción en la cobertura de un medicamento.**
- **Reemplazar un medicamento de marca por un medicamento genérico.**

Debemos seguir los requisitos de Medicare antes de cambiar la “Lista de medicamentos” del plan.

Sección 6.2 ¿Qué ocurre si la cobertura cambia para un medicamento que usted está tomando?

Información sobre cambios en la cobertura de medicamentos

Cuando se realicen cambios en la “Lista de medicamentos”, publicaremos información en nuestro sitio web acerca de esos cambios. También actualizamos nuestra “Lista de medicamentos” en línea periódicamente. A continuación, indicaremos los momentos en que lo notificaremos directamente si se hacen cambios en un medicamento que está tomando.

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

- **Un nuevo medicamento genérico reemplaza un medicamento de marca en la “Lista de medicamentos” (o cambiamos el nivel de costos compartidos o agregamos nuevas restricciones al medicamento de marca, o realizamos ambas cosas)**
 - Podemos retirar de inmediato un medicamento de marca de nuestra “Lista de medicamentos” si lo estamos reemplazando por una versión genérica recientemente aprobada del mismo medicamento. El medicamento genérico aparecerá en el mismo nivel de costos compartidos o en uno más bajo y con las mismas o menos restricciones. Podríamos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra “Lista de medicamentos”, pero moverlo de inmediato a un nivel de costos compartidos más alto o agregarle restricciones nuevas o ambas cosas cuando se agregue el nuevo genérico.
 - Es posible que no le informemos antes de que hagamos el cambio, aun cuando usted esté tomando el medicamento de marca. Si está tomando el medicamento de marca en el momento en que hacemos el cambio, le proporcionaremos información sobre los cambios específicos. Esto también incluirá información sobre los pasos que usted puede seguir para solicitar una excepción para cubrir el medicamento de marca. Es posible que no reciba esta notificación antes de que hagamos el cambio.
 - Usted o su prescriptor pueden pedirnos hacer una excepción y mantener la cobertura del medicamento de marca para usted. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9.
- **Medicamentos inseguros y otros medicamentos de la lista que se retiran del mercado**
 - A veces, un medicamento puede considerarse inseguro o retirarse del mercado por otra razón. Si esto sucede, podemos retirarlo inmediatamente de la “Lista de medicamentos”. Si usted está tomando ese medicamento, le informaremos de inmediato.
 - Su prescriptor también sabrá de este cambio y puede trabajar con usted para encontrar otro medicamento para su afección.
- **Otros cambios en la “Lista de medicamentos”**
 - Podemos hacer otros cambios una vez que el año haya comenzado que afectan los medicamentos que usted está tomando. Por ejemplo, podríamos agregar un medicamento genérico que no es nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca en la “Lista de medicamentos” o cambiar el nivel de costos compartidos o agregar nuevas restricciones al medicamento de marca o ambas cosas. También podemos hacer cambios sobre la base de las advertencias destacadas de la FDA o nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare.
 - Para estos cambios, debemos notificarle el cambio con al menos 30 días de anticipación o notificarle el cambio y darle un resurtido para 30 días del medicamento que está tomando en una farmacia de la red.

- Después de recibir la notificación del cambio, debería analizar con su prescriptor cambiarse a un medicamento diferente que cubramos o cumplir con las nuevas restricciones sobre el medicamento que está tomando.
- Usted o su prescriptor pueden pedirnos hacer una excepción y continuar la cobertura del medicamento para usted. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9.

Cambios en la “Lista de medicamentos” que no le afectan durante este año del plan

Podemos realizar ciertos cambios en la “Lista de medicamentos” que no están descritos anteriormente. En estos casos, el cambio no se aplicará a usted si está tomando el medicamento cuando se realiza el cambio; sin embargo, es probable que estos cambios lo afecten a partir del 1 de enero del próximo año del plan si permanece en el mismo plan.

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

- Movemos su medicamento a un nivel de costos compartidos más alto.
- Ponemos una nueva restricción al uso de su medicamento.
- Retiramos su medicamento de la “Lista de medicamentos”.

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

No le informaremos sobre este tipo de cambios directamente durante el año del plan actual. Tendrá que consultar la “Lista de medicamentos” para el próximo año del plan (cuando la lista esté disponible durante el período de inscripción abierta) para ver si hay algún cambio en los medicamentos que está tomando que le afecte durante el próximo año del plan.

SECCIÓN 7 ¿Qué tipos de medicamentos *no* están cubiertos por el plan?

Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos

Esta sección le indica qué tipos de medicamentos recetados están excluidos. Esto significa que Medicare no paga por estos medicamentos.

Si obtiene medicamentos que están excluidos, debe pagarlos usted mismo, excepto ciertos medicamentos excluidos cubiertos por nuestra cobertura mejorada de medicamentos. Si apela y se determina que el medicamento solicitado no está excluido de Part D, lo pagaremos o lo cubriremos. Para obtener información sobre cómo apelar una decisión, consulte el Capítulo 9.

Aquí hay tres reglas generales sobre medicamentos que los planes de medicamentos de Medicare no cubrirán conforme a Part D:

- La cobertura de medicamentos de Part D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que sería cubierto por Medicare Part A o Part B.
- Nuestro plan no puede cubrir un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos o sus territorios.
- Nuestro plan generalmente no puede cubrir un uso no indicado en la etiqueta. Un **uso no indicado en la etiqueta** se refiere a cualquier uso diferente al especificado en la etiqueta de un medicamento según lo aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos.
- La cobertura para el uso no indicado en la etiqueta se permite solo cuando el uso está respaldado por ciertas referencias, como la Información sobre Medicamentos del Servicio de Formulario de Hospitales Estadounidenses (AHFS Drug Information®) y el sistema de información DRUGDEX.

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

Nuestro plan, a través de nuestra cobertura mejorada de medicamentos, cubre ciertos medicamentos que se indican aquí, por los cuales es posible que se le cobre una prima adicional. Más información se ofrece a continuación.

- Medicamentos de venta sin receta (también llamados medicamentos de venta libre)
- Medicamentos usados para promover la fertilidad
- Medicamentos usados para aliviar la tos o los síntomas del resfrío
- Medicamentos usados para fines cosméticos o para promover el crecimiento del cabello
- Vitaminas y productos minerales recetados, excepto vitaminas prenatales y preparaciones con flúor
- Medicamentos que se usan para el tratamiento de disfunción sexual o eréctil
- Medicamentos usados para el tratamiento de la anorexia, pérdida de peso o aumento de peso
- Medicamentos para pacientes externos para los cuales el fabricante busca exigir que se compren pruebas asociadas o servicios de control exclusivamente al fabricante como una condición de venta

Ofrecemos cobertura adicional de algunos medicamentos recetados (cobertura mejorada de medicamentos) que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos recetados de Medicare. Para los medicamentos excluidos, la cantidad máxima es de 4 por cada 30 días. Además, la vitamina D en cápsulas de 50000 UI tiene una cantidad máxima de 4 por 28 días. El monto que pague por estos medicamentos no cuenta para que pueda optar al Período de cobertura catastrófica (en el Capítulo 6, Sección 7 de este documento se describe el Período de cobertura catastrófica).

Además, si está **recibiendo “Extra Help” de Medicare** para pagar sus recetas, el programa “Extra Help” no pagará los medicamentos que normalmente no están cubiertos (consulte la “Lista de medicamentos” del plan o llame a Servicios para Miembros para obtener más información. Los números de teléfono están impresos en la contraportada de este documento). Sin embargo, si tiene cobertura de medicamentos de Medicaid, su programa estatal de Medicaid puede cubrir algunos medicamentos recetados que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare. Comuníquese con su programa estatal de Medicaid para determinar qué cobertura de medicamentos puede estar disponible para usted. Puede encontrar los números de teléfono e información de contacto de Medicaid en el Capítulo 2, Sección 6.

SECCIÓN 8 Cómo surtir una receta

Sección 8.1 Proporcione información de su membresía

Para surtir su receta, proporcione la información de su membresía en el plan, que puede encontrar en su tarjeta de membresía, en la farmacia de la red que escoja. La farmacia de la red facturará automáticamente al plan *nuestra* parte del costo de su medicamento. Usted tendrá que pagar a la farmacia *su* parte del costo cuando vaya a recoger su receta.

Sección 8.2 ¿Qué pasa si no tiene la información de su membresía con usted?

Si no lleva con usted la información de su membresía en el plan cuando surta su receta, usted o la farmacia pueden llamar al plan para obtener la información necesaria, o puede pedir a la farmacia que busque la información de inscripción en su plan.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, **es posible que usted deba pagar el costo total de la receta cuando la vaya a surtir** (luego puede **pedirnos que le reembolsemos** nuestra parte. Consulte el Capítulo 7, Sección 2.1 para obtener información sobre cómo solicitar el reembolso al plan).

SECCIÓN 9 Cobertura de medicamentos de Part D en situaciones especiales

Sección 9.1 ¿Qué pasa si usted está en un hospital o en un centro de enfermería especializada por una estadía que está cubierta por el plan?

Si lo ingresan a un hospital o a un centro de enfermería especializada para una estadía cubierta por el plan, generalmente cubriremos el costo de los medicamentos recetados durante su estadía. Una vez que deje el hospital o centro de enfermería especializada, el plan cubrirá sus medicamentos recetados mientras los medicamentos cumplan todas nuestras reglas de cobertura descritas en este capítulo.

Sección 9.2 ¿Qué pasa si usted reside en un centro de cuidados a largo plazo (LTC)?

Por lo general, un centro de cuidados a largo plazo (LTC), como una casa de reposo, tiene su propia farmacia o usa una farmacia que suministra medicamentos para todos sus residentes. Si usted es un residente de un centro de LTC, puede recibir sus medicamentos recetados a través de la farmacia del centro o de la que este use, siempre y cuando sea parte de nuestra red.

Revise su *Directorio de farmacias* para averiguar si la farmacia de su centro de LTC o la farmacia que este usa es parte de nuestra red. Si no es así o si necesita más información o ayuda, póngase en contacto con Servicios para Miembros. Si usted está en un centro de LTC, debemos asegurarnos de que pueda recibir de manera regular sus beneficios de Part D a través de nuestra red de farmacias de LTC.

¿Qué sucede si reside en un centro de cuidados a largo plazo (LTC) y necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos o que está restringido de alguna manera?

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

Sección 9.3 ¿Qué pasa si también recibe cobertura de medicamentos de un plan del empleador o grupo de jubilados?

Si actualmente tiene otra cobertura de medicamentos recetados mediante su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge o pareja de hecho), comuníquese con el **administrador de beneficios de ese grupo**. Esta persona puede ayudarlo a determinar cómo funcionará su actual cobertura de medicamentos recetados con nuestro plan.

En general, si tiene cobertura grupal para empleados o jubilados, la cobertura de medicamentos que obtenga de nosotros será *secundaria* a su cobertura grupal. Eso significa que su cobertura grupal pagaría primero.

Nota especial sobre la cobertura acreditable:

Cada año su empleador o grupo de jubilados debería enviarle una notificación que le indique si su cobertura de medicamentos recetados para el próximo año calendario es acreditable.

Si la cobertura del plan grupal es acreditable, significa que la cobertura de medicamentos que se espera pagar, en promedio, sea al menos equivalente a la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare.

Guarde esta notificación sobre la cobertura acreditable porque podría necesitarla después. Si se inscribe en un plan de Medicare que incluya la cobertura de medicamentos de Part D, es posible que necesite estas notificaciones para demostrar que ha mantenido una cobertura acreditable. Si no recibió la notificación sobre cobertura acreditable, solicite una copia al administrador de beneficios de su plan del empleador o de jubilados o al empleador o sindicato.

Sección 9.4 ¿Qué pasa si usted está recibiendo cuidados de hospicio certificados por Medicare?

El hospicio y nuestro plan no cubren el mismo medicamento al mismo tiempo. Si está inscrito en servicios de cuidados de hospicio de Medicare y necesita ciertos medicamentos (por ejemplo, medicamentos contra las náuseas, laxantes, analgésicos o ansiolíticos) que no están cubiertos por estos servicios, ya que no se relacionan con una enfermedad terminal y afecciones asociadas, el prescriptor o su proveedor de cuidados de hospicio deben notificar a nuestro plan que los medicamentos no están relacionados antes de que nuestro plan pueda cubrirlos. Para evitar retrasos en la recepción de estos medicamentos que nuestro plan debería cubrir, solicite al proveedor de cuidados de hospicio o al prescriptor que hagan la notificación antes de que le surtan la receta.

En caso de que usted revoque su elección de cuidados de hospicio o le den el alta del hospicio, nuestro plan debería cubrir sus medicamentos como se explica en este documento. Para evitar retrasos en una farmacia cuando finalice su beneficio de hospicio de Medicare, lleve la documentación a la farmacia para verificar su revocación o alta médica.

SECCIÓN 10 Programas sobre seguridad de medicamentos y cómo administrar los medicamentos

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

Realizamos revisiones de cómo nuestros miembros usan los medicamentos para poder asegurarnos de que reciban una atención segura y adecuada.

Realizamos una revisión cada vez que surte una receta. También revisamos nuestros registros de manera regular. Durante estas revisiones, buscamos problemas potenciales como los siguientes:

- Posibles errores de medicación
- Medicamentos que pueden no ser necesarios porque usted está tomando otro medicamento para tratar la misma afección
- Medicamentos que pueden no ser seguros o adecuados debido a su edad o sexo
- Ciertas combinaciones de medicamentos que podrían dañarlo si los toma al mismo tiempo
- Recetas para medicamentos que tienen ingredientes a los que usted es alérgico
- Posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que usted está tomando
- Cantidades no seguras de analgésicos opioides.

Si ve un posible problema en el uso de medicamentos, trabajaremos con su proveedor para corregir el problema.

Sección 10.2 Programa de Gestión de Medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a utilizar de forma segura sus medicamentos opioides

Tenemos un programa que ayuda a garantizar que los miembros utilicen de forma segura los opioides recetados y otros medicamentos de los que se abusa con frecuencia. Este programa se llama Programa de Gestión de Medicamentos (DMP por sus siglas en inglés). Si utiliza medicamentos opioides que recibe de varios médicos o farmacias, o si ha tenido una sobredosis reciente por opioides, es posible que hablemos con sus médicos para asegurarnos de que su uso de medicamentos opioides sea apropiado y medicamento necesario. En colaboración con sus médicos, si decidimos que el uso de medicamentos opioides recetados quizá no sea seguro en su caso, podríamos limitar la forma en que puede obtener esos medicamentos. Si lo colocamos en nuestro DMP, las limitaciones pueden ser:

- Solicitarle que obtenga todas las recetas de medicamentos opioides en una(s) determinada(s) farmacia(s)
- Solicitarle que obtenga todas las recetas de medicamentos opioides de un(os) determinado(s) médico(s)
- Limitación de la cantidad de medicamentos opioides que cubriremos en su caso

Si tenemos planeado limitar la forma en que puede obtener estos medicamentos o la cantidad que puede obtener, le enviaremos una carta con anticipación. La carta le indicará si limitamos la cobertura de estos medicamentos para usted o si se le exigirá que obtenga las recetas para estos medicamentos solo de un médico o farmacia específicos. Usted tendrá la oportunidad de decirnos qué médicos o farmacias prefiere utilizar y cualquier otra información que considere importante que debamos conocer. Después de que haya tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar la cobertura de estos medicamentos, le enviaremos otra carta confirmando la limitación.

Si cree que cometimos un error o no está de acuerdo con nuestra decisión o con la limitación, usted y su prescriptor tienen derecho a apelar. Si apelan, revisaremos su caso y le comunicaremos nuestra decisión. Si seguimos rechazando cualquier parte de su solicitud relacionada con las limitaciones que se aplican a su acceso a los medicamentos, enviaremos automáticamente su caso a un revisor independiente ajeno a nuestro plan. En el Capítulo 9 encontrará información sobre cómo solicitar una apelación.

No se le incluirá en nuestro DMP si tiene determinadas afecciones, como dolor activo relacionado con el cáncer o anemia de células falciformes, si recibe cuidados de hospicio, paliativos o para enfermos terminales, o si vive en un centro de cuidados a largo plazo.

Sección 10.3 Programa de Administración de Terapias de Medicamentos (MTM) para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos

Tenemos un programa que puede ayudar a nuestros miembros con necesidades complejas de salud. Nuestro programa se llama Administración de Terapias de Medicamentos (MTM por sus siglas en inglés). Este programa es voluntario y gratis. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrolló el programa para ayudarnos a garantizar que nuestros miembros obtengan el máximo beneficio de los medicamentos que toman.

Algunos miembros que toman medicamentos para diferentes afecciones y tienen costos elevados de medicamentos, o están en un DMP para ayudar a los miembros a usar sus opioides de manera segura, pueden obtener servicios a través de un programa MTM. Si cumple los requisitos del programa, un farmacéutico u otro profesional de la salud revisará de manera exhaustiva todos sus medicamentos. Durante la revisión, puede hablar de sus medicamentos, sus costos y cualquier problema o pregunta que tenga sobre sus medicamentos recetados y de venta libre. Usted recibirá un informe escrito con una lista de tareas recomendadas que incluye los pasos que debe seguir para obtener los mejores resultados de sus medicamentos. También recibirá una lista de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que toma, la cantidad que toma y cuándo y por qué los toma. Además, los miembros del programa MTM recibirán información sobre cómo eliminar de forma segura los medicamentos recetados que son sustancias controladas.

Es conveniente que hable con su médico sobre la lista de tareas recomendadas y la lista de medicamentos. Lleve el informe con usted a su consulta o en cualquier momento en que hable con los médicos, farmacéuticos y otros proveedores del cuidado de la salud. Además, mantenga su lista de medicamentos actualizada y con usted (por ejemplo, con su identificación) en caso de que vaya al hospital o a la sala de emergencias.

Si tenemos un programa que se ajusta a sus necesidades, automáticamente lo inscribiremos en ese programa y le enviaremos información. Si decide no participar, notifiquenos y lo retiraremos. Si tiene preguntas sobre este programa, póngase en contacto con Servicios para Miembros.

CAPÍTULO 6:

*Lo que usted paga por sus
medicamentos recetados de Part D*

¿Recibe ayuda actualmente para pagar sus medicamentos?

Si usted está en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos, **es posible que parte de la información que aparece en la *Evidencia de Cobertura sobre los costos de los medicamentos recetados de Part D* no se aplique a usted.** Le enviamos un encarte aparte, llamado *Cláusula adicional de la Evidencia de Cobertura para personas que reciben “Extra Help” para pagar medicamentos recetados* (también conocida como Cláusula adicional de subsidio para bajos ingresos o Cláusula adicional de LIS), que le ofrece información sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene este encarte, llame a Servicios para Miembros y solicite la Cláusula adicional de LIS.

SECCIÓN 1 Introducción

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

Este capítulo se centra en lo que usted paga por los medicamentos recetados de Part D. Para simplificarlo, usaremos el término “medicamento” en este capítulo para referirnos a un medicamento recetado de Part D. Como se explicó en el Capítulo 5, no todos los medicamentos son de Part D: algunos están cubiertos por Medicare Part A o Part B y otros medicamentos están excluidos por ley de la cobertura de Medicare.

Para comprender la información de pago, tendrá que conocer qué medicamentos están cubiertos, dónde surtir sus recetas y qué reglas debe cumplir cuando obtiene sus medicamentos cubiertos. En el Capítulo 5, Sección 1 a la 4, se explican estas reglas. Cuando utiliza la “Herramienta de beneficios en tiempo real” del plan para buscar cobertura de medicamentos (consulte el Capítulo 5, Sección 3.3), el costo que se muestra se proporciona en “tiempo real”, lo que significa que el costo que ve en la herramienta refleja un momento en el tiempo para proporcionar una estimación de los desembolsos que se espera que usted pague. También puede obtener información proporcionada por la “Herramienta de beneficios en tiempo real” llamando a Servicios para Miembros.

Sección 1.2 Tipos de desembolsos que puede pagar por medicamentos cubiertos

Existen diferentes tipos de desembolsos para los medicamentos de Part D. La cantidad que usted paga por un medicamento se llama **costo compartido**, y le pueden pedir pagar de tres maneras.

- **Deducible** es la cantidad que debe pagar por medicamentos antes de que nuestro plan comience a pagar su parte.
- **Copago** es una cantidad fija que usted paga cada vez que surte una receta.
- **Coaseguro** es un porcentaje del costo total que usted paga cada vez que surte una receta.

Sección 1.3 Cómo calcula Medicare sus desembolsos

Medicare tiene reglas sobre lo que cuenta y lo que *no* cuenta para sus desembolsos. Estas son las reglas que debemos seguir para llevar un registro de sus desembolsos.

Estos pagos se incluyen en sus desembolsos

Sus desembolsos incluyen los pagos que se indican a continuación (siempre y cuando sean por medicamentos cubiertos de Part D y usted haya seguido las reglas para la cobertura de medicamentos que se explican en el Capítulo 5):

- La cantidad que paga por medicamentos cuando está en cualquiera de los siguientes períodos de pago de medicamentos:
 - Período de deducible
 - Período de cobertura inicial
 - Período sin cobertura
- Cualquier pago que haya realizado durante este año calendario como miembro de un plan de medicamentos recetados de Medicare diferente antes de afiliarse a nuestro plan.

Importa quién paga:

- Si estos pagos los hace **usted**, se incluyen en sus desembolsos.
- Estos pagos *también se incluyen* en sus desembolsos si son hechos en su nombre por **ciertos terceros u organizaciones**. Esto incluye pagos por sus medicamentos que hayan hecho un amigo o pariente, la mayoría de las organizaciones de beneficencia, los programas de asistencia de medicamentos para el sida, un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica que esté calificado por Medicare o el Servicio de Salud para Indígenas. También se incluyen los pagos hechos por el Programa “Extra Help” de Medicare.
- Algunos pagos hechos por el Programa de Descuentos del Período sin Cobertura de Medicare están incluidos en sus desembolsos. Se incluye la cantidad que paga el fabricante por sus medicamentos de marca. Sin embargo, no se incluye la cantidad que paga el plan por medicamentos genéricos.

Pasar al Período de cobertura catastrófica:

Cuando usted (o aquellos que paguen en su nombre) haya gastado un total de \$8,000 en desembolsos dentro del año calendario, pasará del Período de cobertura inicial al Período de cobertura catastrófica.

Estos pagos no se incluyen en sus desembolsos

Sus desembolsos **no incluyen** ninguno de estos tipos de pagos:

- Su prima mensual.
- Medicamentos que compra fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Medicamentos que no están cubiertos por nuestro plan.
- Medicamentos que obtiene en una farmacia fuera de la red que no cumplan con los requisitos del plan para cobertura fuera de la red.
- Medicamentos recetados cubiertos por Part A o Part B.
- Pagos que hace por medicamentos cubiertos por nuestra cobertura adicional, pero que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos recetados de Medicare.
- Pagos que hace por medicamentos recetados que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos recetados de Medicare.
- Pagos que hace el plan por sus medicamentos de marca o genéricos durante el Período sin cobertura.
- Pagos por sus medicamentos que hacen los planes de salud grupales, incluidos los planes de salud del empleador.
- Pagos por sus medicamentos que hacen ciertos planes de seguro médico y programas de salud financiados por el gobierno, como TRICARE y el Departamento de Asuntos de los Veteranos.
- Pagos por sus medicamentos que hace un tercero con una obligación legal de pagar los costos de recetas (por ejemplo, compensación del trabajador).

Recordatorio: Si cualquier otra organización como las indicadas anteriormente paga parte o la totalidad de sus desembolsos por medicamentos, usted tiene la obligación de informarle a nuestro plan llamando a Servicios para Miembros.

¿Cómo puede llevar un registro de su total de desembolsos?

- **Lo ayudaremos.** El informe de Beneficios (EOB) de Part D que recibe incluye el monto actual de sus desembolsos. Cuando este monto alcance los \$8,000, este informe le avisará que dejó el Período de cobertura inicial y pasó al Período de cobertura catastrófica.
- **Asegúrese de que tengamos la información necesaria.** La Sección 3.2 le indica lo que puede hacer para asegurarse de que nuestros registros de lo que ha gastado estén completos y actualizados.

SECCIÓN 2 Lo que paga por un medicamento depende de en qué “período de pago de medicamentos” se encuentra usted cuando obtiene el medicamento

Sección 2.1 ¿Cuáles son los períodos de pago de medicamentos para los miembros de Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx?

Hay cuatro **períodos de pagos de medicamentos** para su cobertura de medicamentos recetados con Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx. El monto que pague dependerá del período en el que se encuentre cuando le surtan o resurtan una receta. En la Sección 4 a la 7 de este capítulo se explica en detalle cada período. Los períodos son:

Período 1: Período de deducible anual

Período 2: Período de cobertura inicial

Período 3: Período sin cobertura

Período 4: Período de cobertura catastrófica

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

Sección 3.1 Le enviamos un resumen mensual llamado Beneficios de Part D (EOB de Part D)

Nuestro plan lleva un registro de los costos de sus medicamentos recetados y los pagos que ha hecho cuando surte o resurte sus recetas en la farmacia. De esta manera, podemos avisarle cuando pase de un período de pago de medicamentos al siguiente. En particular, llevamos un registro de dos tipos de costos:

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

Si le surtieron una o más recetas a través del plan durante el mes anterior, le enviaremos un EOB de Part D. El EOB de Part D incluye:

- **Información de ese mes.** Este informe ofrece información de pago detallada sobre las recetas que surtió durante el mes anterior. Muestra los costos totales de medicamentos, lo que pagó el plan y lo que usted u otros pagaron en su nombre.
- **Totales del año desde el 1 de enero.** Esto se llama información del año a la fecha. Muestra los costos totales de medicamentos y los pagos totales de sus medicamentos desde que comenzó el año.
- **Información sobre el precio de los medicamentos.** Esta información mostrará el precio total del medicamento e información sobre el aumento de precio desde el primer surtido para cada reclamación de receta de la misma cantidad.
- **Recetas alternativas disponibles de menor costo.** Esto incluirá información sobre otros medicamentos disponibles con costos compartidos más bajos para cada reclamación de receta.

Sección 3.2 Ayúdenos a mantener actualizada nuestra información sobre sus pagos de medicamentos

Para llevar un registro de sus costos de medicamentos y los pagos que hace por medicamentos, usamos los registros que obtenemos de las farmacias. De la siguiente manera nos puede ayudar a mantener su información correcta y actualizada:

- **Muestre su tarjeta de membresía cada vez que surta una receta.** Esto nos permite asegurarnos de que estamos al tanto de las recetas que está surtiendo y lo que está pagando.
- **Asegúrese de que tengamos la información necesaria.** Es posible que en ocasiones pague el costo total de un medicamento recetado. En estos casos, no obtendremos automáticamente la información que necesitamos para llevar el registro de sus desembolsos. Para ayudarnos a llevar un registro de sus desembolsos, entréguenos copias de sus recibos. A continuación, encontrará ejemplos de cuándo debe entregarnos copias de sus recibos de medicamentos:
 - Cuando compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuento que no es parte de los beneficios de nuestro plan.
 - Cuando haga un copago por medicamentos que proporciona un programa de ayuda a pacientes de un fabricante de medicamentos.
 - En cualquier momento que haya comprado medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red o en momentos en los que haya pagado el precio completo de un medicamento cubierto debido a circunstancias especiales.
 - Si le facturan un medicamento cubierto, puede solicitarle a nuestro plan que pague nuestra parte del costo. Para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo, consulte el Capítulo 7, Sección 2.

- **Envíenos información sobre los pagos que otros han hecho por usted.** Los pagos hechos por ciertos terceros y organizaciones también cuentan como desembolsos. Por ejemplo, los pagos hechos por un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica, un Programa de Asistencia de Medicamentos para el Sida (ADAP), el Servicio de Salud para Indígenas y la mayoría de las organizaciones de beneficencia se consideran dentro de sus desembolsos. Lleve un registro de estos pagos y envíenoslo para que podamos llevar un registro de sus costos.
- **Revise el informe escrito que le enviamos.** Cuando reciba el EOB de Part D, revíselo para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si cree que falta información o si tiene alguna pregunta, puede llamarnos a Servicios para Miembros. Asegúrese de guardar estos informes.

SECCIÓN 4 Durante el Período de deducible, usted paga el costo total de sus medicamentos de los Niveles 3, 4 y 5

El Período de deducible es el primer período de pago de su cobertura de medicamentos. Usted pagará un deducible anual de \$225 en los medicamentos del Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5. **Usted debe pagar el costo total de sus medicamentos de Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5** hasta que alcance la cantidad del deducible del plan. Para todos los demás medicamentos, no tendrá que pagar un deducible y comenzará a recibir inmediatamente su cobertura.

- Su “**costo total**” es, por lo general, inferior al precio total normal del medicamento, puesto que nuestro plan ha negociado costos menores para la mayoría de los medicamentos.
- El “**deducible**” es la cantidad que debe pagar por medicamentos recetados de Part D antes de que el plan comience a pagar su parte.
- El deducible no se aplica a los productos de insulina cubiertos ni a la mayoría de las vacunas de Part D para adultos, incluidas las vacunas contra el herpes zóster, el tétanos y las vacunas para viajeros.

Una vez que haya pagado \$225 por sus medicamentos del Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5, dejará el Período de deducible y pasará al siguiente período de pago de medicamentos, que es el Período de cobertura inicial.

SECCIÓN 5 Durante el Período de cobertura inicial, el plan paga su parte de los costos de su medicamento y usted paga su parte

Sección 5.1 Lo que paga por un medicamento depende del medicamento y del lugar donde surte su receta

Durante el Período de cobertura inicial, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos recetados cubiertos y usted paga su parte (su cantidad de copago o coaseguro). Su parte del costo variará dependiendo del medicamento y del lugar donde surte su receta.

El plan tiene 6 niveles de costos compartidos

Cada medicamento en la Lista de medicamentos del plan se ubica en uno de los 6 niveles de costos compartidos. En general, mientras más alto sea el número del nivel de costos compartidos, más alto será el costo del medicamento:

- Nivel 1 de costos compartidos (Genéricos preferidos): incluye medicamentos genéricos de uso frecuente más baratos y una cobertura mejorada de ciertos medicamentos, como medicamentos seleccionados para la disfunción eréctil (ED por sus siglas en inglés), vitaminas y minerales, y productos para la tos/resfriado. Este es el nivel más bajo.
- Nivel 2 de costos compartidos (Genéricos): incluye la mayoría de los medicamentos genéricos y una cobertura mejorada de ciertos medicamentos, como medicamentos seleccionados para la disfunción eréctil (ED), vitaminas y minerales, y productos para la tos/resfriado.
- Nivel 3 de costos compartidos (De marca preferidos): incluye algunos medicamentos genéricos y medicamentos de marca que son más económicos que los medicamentos de marca comparables que se indican en el Nivel 4 de costos compartidos. Usted paga \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.
- Nivel 4 de costos compartidos (Medicamentos no preferidos): incluye medicamentos de marca y genéricos que no ofrecen ventajas clínicas o de costo importantes en relación con los medicamentos en un nivel de costos compartidos inferior. Usted paga \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.
- Nivel 5 de costos compartidos (Nivel de especialidad): incluye algunos de los medicamentos genéricos y de marca que alcanzan o superan el umbral de costos definido por los CMS de \$950 por mes. Este es el nivel más alto de costos compartidos.
- Nivel 6 de costos compartidos (Nivel de vacunas): incluye todas las vacunas genéricas y de marca cubiertas. Este es el nivel más alto.

Para conocer en qué nivel de costos compartidos está su medicamento, búsquelo en la Lista de medicamentos del plan.

Sus opciones de farmacia

Cuánto paga por un medicamento depende del lugar donde obtiene el medicamento:

- Una farmacia minorista de la red que ofrece costos compartidos estándar.
- Una farmacia minorista de la red que ofrece costos compartidos preferidos.

- Una farmacia que no está en la red de nuestro plan. Cubrimos recetas surtidas en farmacias fuera de la red solo en situaciones limitadas. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5 para saber cuándo cubriremos una receta surtida en una farmacia fuera de la red.
- La farmacia de pedidos por correo del plan.

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

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

Durante el Período de cobertura inicial, su parte del costo de un medicamento cubierto será un copago o un coaseguro.

Como se muestra en la siguiente tabla, la cantidad del copago o coaseguro depende del nivel de costos compartidos.

En ocasiones, el costo del medicamento es inferior a su copago. En estos casos, usted paga el precio más bajo del medicamento en lugar del copago.

Su parte del costo cuando obtiene un suministro para *un mes* de un medicamento recetado de Part D cubierto:

	Costo compartido estándar minorista (dentro de la red) (suministro para hasta 30 días)	Costo compartido preferido minorista (dentro de la red) (suministro para hasta 30 días)	Costo compartido pedidos por correo (suministro para hasta 30 días)	Costo compartido cuidados a largo plazo (LTC) (suministro para hasta 31 días)	Costo compartido fuera de la red (La cobertura está limitada a ciertas situaciones; para obtener información detallada, consulte el Capítulo 5). (suministro para hasta 30 días)
Nivel 1					
Nivel 1 de costos compartidos (Genéricos preferidos: incluye medicamentos genéricos de uso frecuente más baratos y una cobertura mejorada de ciertos medicamentos, como medicamentos seleccionados para la disfunción eréctil [ED], vitaminas y minerales, y productos para la tos/resfriado)	\$14	\$0	\$0	\$0	\$14

	Costo compartido estándar minorista (dentro de la red) (suministro para hasta 30 días)	Costo compartido preferido minorista (dentro de la red) (suministro para hasta 30 días)	Costo compartido pedidos por correo (suministro para hasta 30 días)	Costo compartido cuidados a largo plazo (LTC) (suministro para hasta 31 días)	Costo compartido fuera de la red (La cobertura está limitada a ciertas situaciones; para obtener información detallada, consulte el Capítulo 5). (suministro para hasta 30 días)
Nivel 1					
Nivel 2 de costos compartidos (Genéricos: incluye la mayoría de los medicamentos genéricos y una cobertura mejorada de ciertos medicamentos, como medicamentos seleccionados para la disfunción eréctil [ED], vitaminas y minerales, y productos para la tos/resfriado)	\$19	\$4	\$4	\$4	\$19
Nivel 3 de costos compartidos (De marca preferidos: incluye a algunos medicamentos genéricos y medicamentos de marca que son más económicos que los medicamentos de marca comparables que se indican en el Nivel 4 de costos compartidos)	\$47	\$47	\$47	\$47	\$47
Nivel 4 de costos compartidos (Medicamentos no preferidos: incluye medicamentos de marca y genéricos que no ofrecen ventajas clínicas o de costo importantes en relación con los medicamentos en un nivel de costos compartidos inferior)	\$100	\$100	\$100	\$100	\$100
Nivel 5 de costos compartidos (Nivel de especialidad: incluye a algunos de los medicamentos genéricos y de marca que	29 %	29 %	29 %	29 %	29 %

	Costo compartido estándar minorista (dentro de la red) (suministro para hasta 30 días)	Costo compartido preferido minorista (dentro de la red) (suministro para hasta 30 días)	Costo compartido pedidos por correo (suministro para hasta 30 días)	Costo compartido cuidados a largo plazo (LTC) (suministro para hasta 31 días)	Costo compartido fuera de la red (La cobertura está limitada a ciertas situaciones; para obtener información detallada, consulte el Capítulo 5). (suministro para hasta 30 días)
Nivel ¹					
alcanzan o superan el umbral de costos definido por los CMS de \$950 por mes)					
Nivel 6 de costos compartidos (Nivel de vacunas)	\$0	\$0	Pedidos por correo no está disponible para los medicamentos en el Nivel 6	\$0	\$0

¹ No pagará más de \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de gastos compartidos.

Consulte la Sección 8 de este capítulo para obtener más información sobre las vacunas de Part D y los costos compartidos de las vacunas de Part D.

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

Normalmente, la cantidad que paga por un medicamento recetado cubre un suministro para un mes completo. Puede que haya veces que usted o su médico deseen un suministro para menos de un mes de un medicamento (por ejemplo, cuando prueba un medicamento por primera vez). También le puede pedir a su médico que le recete, y a su farmacéutico que le surta, un suministro para menos de un mes completo de sus medicamentos, si esto le ayudará a planificar mejor las fechas de resurtido para distintas recetas.

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

- Si es responsable del coaseguro, usted paga un porcentaje del costo total del medicamento. Dado que el coaseguro se basa en el costo total del medicamento, su costo será menor porque el costo total del medicamento será menor.
- Si es responsable de un copago por el medicamento, usted solo pagará la cantidad de días del medicamento que recibe en lugar del mes completo. Calcularemos la cantidad que paga por día por el medicamento (la “tarifa diaria de costos compartidos”) y la multiplicaremos por la cantidad de días del medicamento que recibe.

Sección 5.4 Una tabla que muestra sus costos por un suministro a largo plazo (90 días) de un medicamento

Para algunos medicamentos, puede obtener un suministro a largo plazo (también llamado un suministro extendido). Un suministro a largo plazo es un suministro para 90 días.

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

- En ocasiones, el costo del medicamento es inferior a su copago. En estos casos, usted paga el precio más bajo del medicamento en lugar del copago.

Su parte del costo cuando obtiene un suministro a largo plazo de un medicamento recetado de Part D cubierto:

	Costo compartido estándar minorista (dentro de la red) (suministro para hasta 90 días)	Costo compartido preferido minorista (dentro de la red) (suministro para hasta 90 días)	Costo compartido pedidos por correo (suministro para hasta 90 días)
Nivel 1			
Nivel 1 de costos compartidos	\$42	\$0	\$0
(Genéricos preferidos: incluye medicamentos genéricos de uso frecuente más baratos y una cobertura mejorada de ciertos medicamentos, como medicamentos seleccionados para la disfunción eréctil [ED], vitaminas y minerales,			

	Costo compartido estándar minorista (dentro de la red) (suministro para hasta 90 días)	Costo compartido preferido minorista (dentro de la red) (suministro para hasta 90 días)	Costo compartido pedidos por correo (suministro para hasta 90 días)
Nivel 1			
y productos para la tos/resfriado)			
Nivel 2 de costos compartidos (Genéricos: incluye la mayoría de los medicamentos genéricos y una cobertura mejorada de ciertos medicamentos, como medicamentos seleccionados para la disfunción eréctil [ED], vitaminas y minerales, y productos para la tos/resfriado)	\$57	\$12	\$8
Nivel 3 de costos compartidos (De marca preferidos: incluye algunos medicamentos genéricos y medicamentos de marca que son más económicos que los medicamentos de marca comparables que se indican en el Nivel 4 de costos compartidos)	\$141	\$141	\$94
Nivel 4 de costos compartidos (Medicamentos no preferidos: incluye medicamentos de marca y genéricos que no ofrecen ventajas clínicas o de costo importantes en relación con los medicamentos en un	\$300	\$300	\$300

	Costo compartido estándar minorista (dentro de la red) (suministro para hasta 90 días)	Costo compartido preferido minorista (dentro de la red) (suministro para hasta 90 días)	Costo compartido pedidos por correo (suministro para hasta 90 días)
Nivel 1 nivel de costos compartidos inferior)			
Nivel 5 de costos compartidos (Nivel de especialidad: incluye algunos de los medicamentos genéricos y de marca que alcanzan o superan el umbral de costos definido por los CMS de \$950 por mes)	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos en el Nivel 5.	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos en el Nivel 5.	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos en el Nivel 5.
Nivel 6 de costos compartidos (Nivel de vacunas)	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos en el Nivel 6.	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos en el Nivel 6.	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos en el Nivel 6.

¹ No pagará más de 70 \$ por un suministro de hasta dos meses o 105 \$ por un suministro de hasta tres meses de cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de gastos compartidos.

Sección 5.5 Permanecerá en el Período de cobertura inicial hasta que sus costos totales de medicamentos del año alcancen los \$5,030

Permanecerá en el Período de cobertura inicial hasta que la cantidad total de los medicamentos recetados que ha surtido alcance el **límite de \$5,030 para el Período de cobertura inicial.**

El informe de EOB de Part D que usted recibe lo ayudará a mantener un registro de la cantidad que usted, el plan y cualquier tercero han gastado en su nombre durante el año. Muchas personas no llegan al límite de \$5,030 en un año.

Le avisaremos si alcanza esta cantidad. Si alcanza esta cantidad, dejará el Período de cobertura inicial y pasará al Período sin cobertura. Consulte la Sección 1.3 sobre cómo calcula Medicare sus desembolsos.

SECCIÓN 6 Costos en el Período sin cobertura

Cuando está en el Período sin cobertura, el Programa de Descuentos del Período sin Cobertura de Medicare ofrece descuentos del fabricante en medicamentos de marca. Usted paga el 25 % del precio negociado y una parte de la tarifa de despacho de los medicamentos de marca. Tanto la cantidad que usted paga como la cantidad descontada por el fabricante se incluyen en sus desembolsos como si usted las hubiera pagado, y esto lo hace pasar por el Período sin cobertura.

También recibe algo de cobertura para medicamentos genéricos. Usted no paga más del 25 % del costo de medicamentos genéricos y el plan paga el resto. Solo la cantidad que usted paga se incluye y lo hace pasar por el Período sin cobertura.

Seguirá pagando estos costos hasta que sus pagos anuales de desembolso alcancen un monto máximo establecido por Medicare. Una vez que alcance este monto de \$8,000, deja el Período sin cobertura y pasa al Período de cobertura catastrófica.

Medicare tiene reglas sobre lo que cuenta y lo que *no* cuenta para sus desembolsos (Sección 1.3).

Los requisitos de coaseguro del Período sin cobertura no se aplican a los productos de insulina cubiertos por Part D ni a la mayoría de las vacunas de Part D para adultos, incluidas las vacunas contra el herpes zóster, el tétanos y las vacunas para viajeros. Usted no pagará más de \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de costos compartidos.

Consulte la Sección 8 de este capítulo para obtener más información sobre las vacunas de Part D y los costos compartidos de las vacunas de Part D.

SECCIÓN 7 Durante el Período de cobertura catastrófica, el plan paga el costo total de los medicamentos cubiertos por Part D

Usted pasa al Período de cobertura catastrófica cuando sus desembolsos hayan alcanzado el límite de \$8,000 durante el año calendario. Una vez que esté en el Período de cobertura catastrófica, permanecerá en ese período de pago hasta el final del año calendario.

- A partir de 2024, si alcanza el Período de cobertura catastrófica, no paga nada por los medicamentos cubiertos por Part D ni por los medicamentos excluidos que estén cubiertos por nuestro beneficio mejorado.

SECCIÓN 8 Vacunas de Part D. Lo que paga depende de cómo y dónde las obtenga

Mensaje importante sobre lo que usted paga por las vacunas: Algunas vacunas se consideran beneficios médicos. Otras vacunas se consideran medicamentos de Part D. Puede encontrar estas vacunas en la “Lista de medicamentos” del plan. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de Part D sin costo alguno para usted, incluso si no ha pagado el deducible. Consulte la “Lista de medicamentos” de su plan o comuníquese con Servicios para Miembros para obtener detalles sobre la cobertura y los costos compartidos de vacunas específicas.

Nuestra cobertura de vacunas de Part D comprende dos partes:

- La primera parte de la cobertura es el costo de **la vacuna en sí**.
- La segunda parte de la cobertura es el costo de **colocar la vacuna** (a esto se le llama a veces la administración de la vacuna).

Sus costos por una vacuna de Part D dependen de tres factores:

1. **Si la vacuna está recomendada para adultos por una organización llamada Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP por sus siglas en inglés).**
 - La mayoría de las vacunas de Part D para adultos están recomendadas por el ACIP y a usted no le cuestan nada.
2. **Dónde obtiene la vacuna.**
 - La vacuna puede ser dispensada por una farmacia o proporcionada en el consultorio del médico.
3. **Quién le coloca la vacuna.**
 - Un farmacéutico u otro proveedor puede administrar la vacuna en la farmacia. Otra posibilidad es que un proveedor se la administre en el consultorio del médico.

Lo que paga al momento de recibir la vacuna de Part D puede variar según las circunstancias y el **período de pago de medicamentos** en el que se encuentre.

- A veces, cuando recibe una vacuna, tiene que pagar el costo total tanto de la vacuna en sí como del costo del proveedor para administrarla. Puede solicitar a nuestro plan que le reembolse nuestra parte del costo. Para la mayoría de las vacunas de Part D para adultos, esto significa que se le reembolsará el costo total que pagó.
- Otras veces, cuando reciba una vacuna, pagará solo su parte del costo según su beneficio de Part D. Para la mayoría de las vacunas de Part D para adultos, usted no pagará nada.

A continuación, encontrará tres ejemplos de formas en las que podría obtener una vacuna de Part D.

Situación 1: Usted obtiene la vacuna de Part D en la farmacia de la red (tener esta opción depende del lugar donde viva. Algunos estados no permiten que las farmacias administren vacunas).

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

Situación 2: Usted obtiene la vacuna de Part D en el consultorio de su médico.

- Cuando reciba la vacuna, es posible que tenga que pagar el costo total de la vacuna en sí y el costo del proveedor para que se la administre.
- Después, siguiendo los procedimientos que se describen en el Capítulo 7, puede solicitar a nuestro plan que pague nuestra parte del costo.
- Para la mayoría de las vacunas de Part D para adultos, se le reembolsará el monto total que haya pagado. Para otras vacunas de Part D, se le reembolsará el monto que pagó menos cualquier copago por la vacuna (incluida la administración) y menos cualquier diferencia entre el monto que cobra el médico y lo que normalmente pagamos (si recibe “Extra Help”, le reembolsaremos esta diferencia).

Situación 3: Usted compra la vacuna de Part D en la farmacia de la red y luego la lleva al consultorio de su médico para la administración.

- Para la mayoría de las vacunas de Part D para adultos, no pagará nada por la vacuna en sí.

- Para otras vacunas de Part D, pagará a la farmacia su copago por la vacuna en sí.
- Cuando su médico le administre la vacuna, es posible que usted tenga que pagar el costo total de este servicio.
- Después, siguiendo los procedimientos que se describen en el Capítulo 7, puede solicitar a nuestro plan que pague nuestra parte del costo.
- Para la mayoría de las vacunas de Part D para adultos, se le reembolsará el monto total que haya pagado. Para otras vacunas de Part D, se le reembolsará el monto que pagó menos cualquier coaseguro por la administración de la vacuna y menos cualquier diferencia entre el monto que cobra el médico y lo que normalmente pagamos (si recibe “Extra Help”, le reembolsaremos esta diferencia).

CAPÍTULO 7:

*Cómo solicitarnos que paguemos
nuestra parte de una factura que
usted recibió por servicios médicos o
medicamentos cubiertos*

SECCIÓN 1 Situaciones en las que nos debe solicitar que paguemos nuestra parte del costo de sus servicios o medicamentos cubiertos

A veces, cuando recibe atención médica o un medicamento recetado, es posible que tenga que pagar el costo total. Otras veces, es posible que haya pagado más de lo que esperaba de acuerdo con las reglas de cobertura del plan. En estos casos, puede solicitarle a nuestro plan que le pague (a este pago se le llama normalmente reembolso). Es su derecho que nuestro plan le pague cuando usted haya pagado más de su parte del costo por servicios médicos o medicamentos que están cubiertos por nuestro plan. Puede haber plazos que debe cumplir para que le devuelvan el dinero. Consulte la Sección 2 de este capítulo.

También puede ocurrir que reciba una factura de un proveedor por el costo total de una atención médica que haya recibido o posiblemente por una cantidad superior a su parte del costo compartido, como se explica en el documento. Primero intente resolver el asunto de la factura con el proveedor. Si eso no funciona, envíenos la factura en lugar de pagarla. Revisaremos la factura y decidiremos si se deben cubrir los servicios. Si decidimos que deben ser cubiertos, le pagaremos directamente al proveedor. Si decidimos no pagarla, se lo notificaremos al proveedor. Usted nunca debe pagar más que el costo compartido permitido por el plan. Si este proveedor está contratado, usted sigue teniendo derecho a recibir tratamiento.

A continuación, hay algunas situaciones en las que es posible que tenga que solicitar a nuestro plan que le pague o que pague una factura que haya recibido:

1. Cuando recibe atención médica de emergencia o de urgencia por parte de un proveedor que no está en la red de nuestro plan

En caso de que se encuentre fuera del área de servicio, puede recibir servicios de emergencia o de urgencia de cualquier proveedor, independientemente de que sea o no parte de nuestra red. En estos casos,

- Usted solo es responsable de pagar su parte del costo de los servicios de emergencia o de urgencia. Los proveedores de emergencia están legalmente obligados a proporcionar atención de emergencia. Si usted accidentalmente paga todo el monto al momento de recibir la atención, solicítenos que le paguemos por nuestra parte del costo. Envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya hecho.
- Es posible que reciba una factura del proveedor que solicita el pago de algo que usted considera que no adeuda. Envíenos esta factura junto con la documentación de cualquier pago que ya haya hecho.
 - Si al proveedor se le adeuda alguna cantidad, se la pagaremos directamente.
 - Si usted ya ha pagado más de la parte que le corresponde del costo del servicio, determinaremos cuánto se le debe y le reembolsaremos nuestra parte del costo.

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

Los proveedores de la red siempre deberían facturarle directamente al plan y a usted solo deberían pedirle su parte del costo. Sin embargo, algunas veces comenten errores y le piden que pague más que su parte.

- Solo tiene que pagar su cantidad de costos compartidos cuando obtenga servicios cubiertos. No permitimos que los proveedores agreguen cargos adicionales por separado, llamados facturación de saldo. Esta protección (que usted nunca pagará más que su monto de costos compartidos) se aplica incluso si pagamos al proveedor menos de lo que cobra ese proveedor por un servicio e incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.
- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red que crea que es más de lo que debería pagar, envíenos la factura. Nos comunicaremos directamente con el proveedor y solucionaremos el problema de facturación.
- Si ya pagó una factura a un proveedor de la red, pero cree que pagó demasiado, envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya hecho y solicítenos pagarle la diferencia entre la cantidad que pagó y la cantidad adeudada según el plan.

3. Si lo inscriben de manera retroactiva en nuestro plan

Algunas veces la inscripción de una persona en el plan es retroactiva (esto significa que ya pasó el primer día de su inscripción. La fecha de inscripción incluso puede haber sido el año pasado).

Si lo inscriben de manera retroactiva en nuestro plan y usted paga desembolsos por alguno de sus servicios o medicamentos cubiertos después de la fecha de inscripción, puede solicitarnos que le paguemos la parte que nos corresponde de los costos. Tendrá que enviarnos el papeleo (como recibos y facturas) para encargarnos del reembolso.

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

Si va a una farmacia fuera de la red, es posible que la farmacia no pueda enviarnos la reclamación directamente. Cuando eso pase, tendrá que pagar el costo total de su receta.

Guarde el recibo y envíenos una copia cuando nos solicite el pago de nuestra parte del costo. Recuerde que solo cubrimos farmacias fuera de la red en circunstancias limitadas. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5 para ver la descripción de estas circunstancias.

5. Cuando paga el costo completo de una receta porque no lleva con usted su tarjeta de membresía del plan

Si no lleva con usted su tarjeta de membresía del plan, puede pedirle a la farmacia que llame al plan o que busque su información de inscripción en el plan. Sin embargo, si la farmacia no puede obtener la información de inscripción que necesita en ese momento, puede que tenga que pagar el costo total de la receta.

Guarde el recibo y envíenos una copia cuando nos solicite el pago de nuestra parte del costo.

6. Cuando paga el costo completo por una receta en otras situaciones

Es posible que tenga que pagar el costo total de la receta porque el medicamento no está cubierto por algún motivo.

- Por ejemplo, puede que el medicamento no esté en la “Lista de medicamentos” del plan; o puede tener un requisito o restricción que no conocía o que pensaba que no se aplicaba para usted. Si decide obtener el medicamento inmediatamente, es posible que tenga que pagar el costo total.
- Guarde el recibo y envíenos una copia cuando nos solicite el pago. En algunas situaciones, es posible que necesitemos obtener más información de parte de su médico para poder pagarle a usted nuestra parte del costo.

Todos los ejemplos anteriores son tipos de decisiones de cobertura. Esto significa que si rechazamos su solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión. El Capítulo 9 de este documento tiene información sobre cómo presentar una apelación.

SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos que le paguemos o que paguemos una factura que haya recibido

Puede solicitarnos que le paguemos enviándonos una solicitud por escrito. Si envía una solicitud por escrito, envíe su factura y la documentación de cualquier pago que haya realizado. Es recomendable sacarles copias a la factura y los recibos para tenerlas en su registro.

Para asegurarse de que le estamos dando toda la información necesaria para tomar una decisión, puede completar nuestro formulario de reclamación para hacer su solicitud de pago.

- No tiene que usar el formulario, pero nos ayudará a procesar la información más rápido.
- Descargue una copia del formulario desde nuestro sitio web (www.thpmp.org) o llame a Servicios para Miembros y solicite el formulario.

Envíenos por correo su solicitud de pago junto con cualquier factura o recibo a esta dirección:

Tufts Medicare Preferred
Claims Department
P.O. Box 518
Canton, MA 02021-1166

Solicitudes de pago de recetas de Part D:

OptumRx Claims Department
P.O. Box 650287
Dallas, TX 75265-0287

Solicitudes de pago de EyeMed:

First American Administrators
Attn: OON Claims
P.O. Box 8504
Mason, OH 45040-7111

SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y la aceptaremos o rechazaremos

Sección 3.1 Revisamos para ver si debemos cubrir el servicio o el medicamento y cuánto es la cantidad adeudada

Cuando recibamos su solicitud de pago, le avisaremos si necesitamos alguna información adicional. De no ser así, analizaremos su solicitud y tomaremos una decisión de cobertura.

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento están cubiertos y usted siguió todas las reglas, le pagaremos nuestra parte del costo. Si ya pagó el servicio o medicamento, le enviaremos por correo el reembolso de nuestra parte del costo. Si todavía no ha pagado el servicio o medicamento, le enviaremos el pago directamente al proveedor.
- Si decidimos que la atención médica o el medicamento *no* están cubiertos o si *no* siguió todas las reglas, no le pagaremos por nuestra parte del costo. Le enviaremos una carta en la que se expliquen los motivos por los cuales no le estamos enviando el pago y los derechos que tiene para apelar esta decisión.

Sección 3.2 Si le decimos que no pagaremos nada o que pagaremos solo una parte de la atención médica o del medicamento, puede presentar una apelación

Si cree que cometimos un error por rechazar su solicitud de pago o la cantidad que estamos pagando, puede presentar una apelación. Presentar una apelación significa que nos está pidiendo cambiar la decisión que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago. Este proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Para conocer los detalles sobre cómo presentar esta apelación, consulte el Capítulo 9 de este documento.

CAPÍTULO 8: *Sus derechos y responsabilidades*

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

Sección 1.1 Debemos proveer la información en una forma que le resulte conveniente y sea compatible con sus particularidades culturales (en idiomas diferentes del inglés, en braille, en letra grande u otros formatos alternativos, etc.)

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

Nuestro plan tiene servicios de interpretación gratuitos disponibles para responder las preguntas de los miembros que no hablan inglés. Si lo necesita, también podemos proporcionarle información en braille, en letra grande o en otros formatos alternativos sin costo para usted. Debemos proporcionarle información sobre los beneficios del plan en un formato que le resulte accesible y apropiado. Para obtener información de nosotros de una manera que funcione para usted, llame a Servicios para Miembros.

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

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

Si tiene inconvenientes para obtener información de nuestro plan en un formato que le resulte accesible y apropiado, para ver a un especialista en salud de la mujer o para encontrar un especialista de la red, llame y presente una queja ante nuestro coordinador de Derechos Civiles (puede encontrar la información de contacto en el Capítulo 11, Sección 5). También puede presentar un reclamo ante Medicare si llama al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente a la Oficina de Derechos Civiles a través del 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

Sección 1.2 Debemos asegurarnos de que obtenga acceso oportuno a sus servicios y medicamentos cubiertos

Tiene derecho a escoger un proveedor primario de cuidados médicos (PCP) en la red del plan para que le proporcione y coordine sus servicios cubiertos. También tiene derecho a ir a un especialista en salud de mujeres (como un ginecólogo) sin un referido.

Tiene derecho a conseguir citas y servicios cubiertos de los proveedores de la red del plan *dentro de un plazo razonable*. Esto incluye el derecho de obtener servicios oportunos de especialistas cuando necesite esa atención. También tiene derecho a obtener recetas surtidas o resurtidas en cualquiera de las farmacias de nuestra red sin esperar demasiado.

Le proveeremos cobertura si está recibiendo tratamiento activo mediante autorización previa. La cobertura incluirá como mínimo a) la aprobación de una solicitud de autorización previa para el tratamiento, y deberá ser válida durante el tiempo que sea médicamente necesario para evitar interrupciones en la atención, de acuerdo con los criterios de cobertura correspondientes, sus antecedentes médicos individuales y la recomendación del proveedor tratante, y b) un período de transición mínimo de 90 días para cualquier ciclo de tratamiento activo cuando se inscriba en el plan después de iniciar un ciclo de tratamiento, incluso si el servicio es provisto por un proveedor fuera de la red. Esto incluye a los miembros que sean nuevos en el plan. No debemos interrumpir ni exigir la reautorización para un ciclo de tratamiento activo para los nuevos miembros durante un período de al menos 90 días.

Si cree que no está recibiendo su atención médica o los medicamentos de Part D dentro de un plazo razonable, consulte el Capítulo 9, el cual le indica lo que puede hacer.

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

Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de su historia clínica e información personal de salud. Protegemos su información personal de salud de acuerdo con lo dispuesto por estas leyes.

- Su información personal de salud incluye la información personal que nos entregó cuando se inscribió en este plan, además de su historia clínica y otra información médica y de salud.
- Usted tiene derechos relacionados con la obtención de información y con el control del uso de su información de salud. Le enviaremos una notificación por escrito, llamada **Notificación de las políticas de privacidad**, que le informa sobre estos derechos y explica cómo protegemos la privacidad de su información de salud.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información de salud?

- Nos aseguramos de que nadie sin autorización vea o cambie sus registros.
- Excepto en las circunstancias que se indican a continuación, si tenemos la intención de dar su información de salud a alguien que no le esté proporcionando atención ni pagando por su atención, *primero debemos obtener un permiso por escrito de usted o de alguien a quien le haya otorgado poder legal para tomar decisiones en su nombre.*
- Hay algunas excepciones donde no es obligatorio obtener su permiso por escrito. Estas excepciones están permitidas o se exigen por ley.
 - Debemos divulgar información de salud a agencias gubernamentales que verifican la calidad de la atención.
 - Debido a que es miembro de nuestro plan a través de Medicare, debemos entregarle su información de salud a Medicare, lo que incluye información sobre sus medicamentos recetados de Part D. Si Medicare divulga su información para investigaciones u otros usos, esto se hará según los estatutos y normativas federales; por lo general, esto requiere que la información que lo identifica de forma única no se comparta.

Puede ver esta información en sus registros y saber cómo se comparte con los demás

Tiene derecho a ver su historia clínica que tiene el plan y obtener una copia de sus registros. Tenemos permitido cobrarle una tarifa por hacer las copias. También tiene derecho a solicitarnos agregar información o hacer correcciones en su historia clínica. Si nos solicita esto, lo veremos con su proveedor del cuidado de la salud para decidir si se deben hacer los cambios.

Tiene derecho a saber cómo se comparte su información de salud con otros por cualquier motivo que no sea de rutina.

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su información personal de salud, póngase en contacto con Servicios para Miembros.

Sección 1.4 Debemos entregarle información sobre el plan, sus proveedores de la red y los servicios cubiertos

Como miembro de Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx, tiene derecho a que le entreguemos varios tipos de información.

Si desea obtener alguno de los siguientes tipos de información, póngase en contacto con Servicios para Miembros:

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la condición financiera del plan.

- **Información sobre los proveedores y farmacias de nuestra red.** Tiene derecho a obtener información sobre las calificaciones de los proveedores y las farmacias en nuestra red y sobre cómo les pagamos a los proveedores en nuestra red.
- **Información sobre su cobertura y las reglas que debe seguir cuando use su cobertura.** Los Capítulos 3 y 4 proporcionan información sobre los servicios médicos. Los Capítulos 5 y 6 proporcionan información sobre la cobertura de medicamentos recetados de Part D.
- **Información sobre por qué algo no está cubierto y qué puede hacer al respecto.** El Capítulo 9 proporciona información sobre cómo solicitar una explicación por escrito de por qué un servicio médico o un medicamento de Part D no está cubierto o si su cobertura está restringida. El Capítulo 9 también proporciona información sobre cómo solicitarnos que cambiemos una decisión, lo que también se llama apelación.

Sección 1.5 Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su atención

Tiene derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a participar en las decisiones sobre su cuidado de la salud

Tiene derecho a obtener información completa de sus médicos y otros proveedores del cuidado de la salud. Sus proveedores deben explicar su afección y sus opciones de tratamiento *de una manera que usted pueda entender*.

También tiene derecho a participar completamente en las decisiones sobre su atención médica. Para ayudarlo a tomar una decisión con sus médicos sobre qué tratamiento es mejor para usted, a continuación le detallamos sus derechos:

- **Conocer todas sus opciones.** Usted tiene derecho a que le indiquen todas las opciones de tratamiento que se recomiendan para su afección, sin importar el costo o si están cubiertas por nuestro plan. También incluye que le informen sobre programas que ofrece nuestro plan para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos y usarlos de manera segura.
- **Conocer los riesgos.** Tiene derecho a que le informen todos los riesgos involucrados con su atención. Le deben informar con anticipación si alguna de las atenciones médicas o tratamientos propuestos son parte de un experimento de investigación. Siempre tiene la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.
- **Derecho a decir que “no”.** Tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a irse del hospital o cualquier otro centro médico, incluso si su médico aconseja lo contrario. También tiene derecho a dejar de tomar su medicamento. Por supuesto, si rechaza el tratamiento o deja de tomar los medicamentos, usted acepta toda responsabilidad por lo que le ocurra a su cuerpo como resultado.

Tiene derecho a dejar instrucciones sobre lo que se hará si no puede tomar decisiones médicas por sí mismo

Algunas veces las personas se vuelven incapaces de tomar decisiones por sí mismas sobre atención médica debido a accidentes o enfermedades graves. Tiene derecho a decir lo que quiere que pase si está en esta situación. Esto significa que, *si lo desea*, puede hacer lo siguiente:

- Llenar un formulario por escrito para darle a **alguien la autoridad legal de tomar decisiones médicas por usted** si alguna vez se vuelve incapaz de tomar las decisiones por sí mismo.
- **Dar instrucciones por escrito a sus médicos** sobre cómo quiere que manejen su atención médica si se vuelve incapaz de tomar decisiones por sí mismo.

Los documentos legales que puede usar para dejar instrucciones con anticipación en estas situaciones se llaman **directivas anticipadas**. Hay diferentes tipos de directivas anticipadas con distintos nombres. Los documentos llamados **testamento en vida** y **poder legal para la atención médica** son ejemplos de directivas anticipadas. También puede usar un “**Poder de atención médica**”. Un Poder de atención médica es un documento que se usa para designar a una persona de confianza, llamada apoderado de atención médica, para tomar decisiones de atención médica en nombre de usted si está incapacitado para hacerlo. Una vez que lo llene, un Poder de atención médica es un documento legal según lo indica la ley de Massachusetts.

Si quiere usar una **directiva anticipada** para dejar instrucciones, a continuación le explicamos cómo:

- **Obtenga el formulario.** Puede solicitarle un formulario de directiva anticipada a su abogado o a un trabajador social o puede obtenerlo en algunas tiendas de artículos de oficina. Algunas veces puede conseguir formularios de directiva anticipada en organizaciones que entregan a las personas información sobre Medicare. También puede comunicarse con Servicios para Miembros para solicitar los formularios.
- **Llénelo y fírmelo.** Sin importar dónde obtenga este formulario, tenga en cuenta que es un documento legal. Debería considerar pedirle a un abogado que lo ayude a prepararlo.
- **Entréguele copias a las personas correspondientes.** Debería entregarles una copia del formulario a su médico y a la persona que nombra en el formulario que puede tomar decisiones por usted si usted no puede hacerlo. Es recomendable entregar copias a amigos cercanos o familiares. Guarde una copia en casa.

Si sabe con anticipación que lo van a hospitalizar y firmó una directiva anticipada, **lleve una copia al hospital.**

- El hospital le preguntará si firmó un formulario de directiva anticipada y si lo llevó al lugar.
- Si no ha firmado un formulario de directiva anticipada, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntará si quiere firmar uno.

Recuerde, es su decisión si quiere llenar una directiva anticipada (incluso si quiere firmar una estando ya en el hospital). De acuerdo con la ley, nadie le puede negar la atención ni discriminarlo por firmar o no una directiva anticipada.

¿Qué pasa si no siguen mis instrucciones?

Si ha firmado una directiva anticipada y cree que un médico u hospital no ha seguido las instrucciones que contiene, puede presentar un reclamo a KEPRO (Organización para el Mejoramiento de la Calidad de Massachusetts) llamando al 1-888-319-8452 (TTY: 711).

Sección 1.6 Tiene derecho a hacer reclamos y solicitarnos que reconsideremos decisiones que hayamos tomado

Si tiene algún problema, inquietud o reclamo y necesita solicitar cobertura o presentar una apelación, consulte el Capítulo 9 de este documento para saber lo que puede hacer. Independientemente de lo que haga (solicitar una decisión de cobertura, presentar una apelación o hacer un reclamo), **debemos tratarlo de manera justa.**

Sección 1.7 ¿Qué puede hacer si cree que lo están tratando injustamente o si no están respetando sus derechos?

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

Si cree que lo trataron injustamente o no se respetaron sus derechos por raza, discapacidad, religión, sexo, salud, credo (creencias), edad, orientación sexual u origen étnico, debe llamar a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697, o a su Oficina de Derechos Civiles local.

¿Se trata de otra cosa?

Si cree que lo trataron injustamente o si no se respetaron sus derechos, *pero no* es por discriminación, puede obtener ayuda para solucionar el problema que está teniendo:

- Puede **llamar a Servicios para Miembros.**
- Puede **llamar al programa SHIP.** Para obtener más información, consulte el Capítulo 2, Sección 3.
- O bien **puede llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 24 horas al día, 7 días a la semana (TTY: 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:

- Puede **llamar a Servicios para Miembros**.
- Puede **llamar al programa SHIP**. Para obtener más información, consulte el Capítulo 2, Sección 3.
- Puede comunicarse con **Medicare**.
 - Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación *Derechos y protecciones de Medicare*. 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) 24 horas al día, 7 días a la semana (TTY: 1-877-486-2048).

SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan

Lo que debe hacer como miembro del plan se indica a continuación. Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros.

- **Conozca sus servicios cubiertos y las reglas que debe seguir para obtenerlos.** Use esta *Evidencia de Cobertura* para conocer lo que se cubre y las reglas que debe seguir para obtener sus servicios cubiertos.
 - Los Capítulos 3 y 4 ofrecen detalles sobre sus servicios médicos.
 - Los Capítulos 5 y 6 ofrecen detalles sobre su cobertura de medicamentos recetados de Part D.
- **Si tiene alguna otra cobertura de seguro médico o cobertura de medicamentos recetados además de nuestro plan, tiene la obligación de informarnos.** El Capítulo 1 le indica cómo coordinar estos beneficios.
- **Informe a su médico y a otros proveedores del cuidado de la salud que está inscrito en nuestro plan.** Muestre su tarjeta de membresía del plan siempre que obtenga atención médica o medicamentos recetados de Part D.
- **Para ayudar a sus médicos y otros proveedores, entrégueles información, formule preguntas y haga un seguimiento de su atención.**
 - Para ayudar a obtener la mejor atención, informe a sus médicos y otros proveedores de salud sobre sus problemas de salud. Siga los planes de tratamiento y las instrucciones que acordó con sus médicos.

- Asegúrese de que sus médicos sepan sobre los medicamentos que está tomando, incluso los medicamentos de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
- Si tiene alguna duda, asegúrese de preguntar y obtener una respuesta que pueda entender.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que actúe de manera que ayude al buen funcionamiento del consultorio de su médico, los hospitales y otras oficinas.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, es responsable de los siguientes pagos:
 - Debe pagar las primas del plan.
 - Debe seguir pagando una prima de Medicare Part B para mantenerse como miembro del plan.
 - Para la mayoría de sus servicios médicos o medicamentos cubiertos por el plan, debe pagar su parte del costo cuando recibe el servicio o medicamento.
 - Si debe pagar una multa por inscripción tardía, debe hacerlo para mantener su cobertura de medicamentos recetados.
 - Si debe pagar una cantidad adicional por Part D debido a su ingreso anual, debe continuar pagándola directamente al gobierno para seguir siendo miembro del plan.
- **Si se muda *dentro* de nuestra área de servicio, necesitamos saberlo** para poder mantener actualizado su registro de membresía y saber cómo comunicarnos con usted.
- **Si se muda *fuera* del área de servicio de nuestro plan, no podrá seguir siendo miembro de nuestro plan.**
- Si se va a mudar, también es importante avisarle al Seguro Social (o a la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios).

CAPÍTULO 9:

Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Qué hacer si tiene un problema o una inquietud

En este capítulo se explican dos tipos de procesos para resolver problemas e inquietudes:

- Para algunos problemas, necesita usar el **proceso para decisiones de cobertura y apelaciones**.
- Para otros problemas, necesita usar el **proceso para hacer reclamos**, también llamados quejas.

Ambos procesos fueron aprobados por Medicare. Cada proceso tiene un conjunto de reglas, procedimientos y plazos que usted y nosotros debemos respetar.

La guía en la Sección 3 le ayudará a identificar el proceso adecuado que debe utilizar y lo que debe hacer.

Sección 1.2 ¿Qué hay sobre los términos legales?

Hay términos legales para algunas de las reglas, procedimientos y tipos de plazos explicados en este capítulo. Muchos de estos términos son poco conocidos para la mayoría de las personas y pueden ser difíciles de entender. Para facilitar las cosas, este capítulo:

- Utiliza palabras más simples, en lugar de ciertos términos legales. Por ejemplo, en este capítulo generalmente se dice hacer un reclamo en vez de presentar una queja; decisión de cobertura en vez de determinación de la organización, determinación de cobertura o determinación de riesgo; y organización de revisión independiente en vez de Entidad de Revisión Independiente.
- También se usan lo menos posible las abreviaturas.

Sin embargo, puede ser útil (y a veces muy importante) para usted conocer los términos legales correctos. Saber qué términos utilizar lo ayudará a comunicarse con mayor precisión para obtener la ayuda o la información adecuada para su situación. Para ayudarlo a saber qué términos usar, incluimos términos legales cuando ofrecemos los detalles para abordar tipos específicos de situaciones.

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada

Siempre estamos disponibles para ayudarlo. Incluso si tiene un reclamo sobre el trato que le damos, estamos obligados a respetar su derecho a reclamar. Por lo tanto, siempre debe dirigirse a

Servicios para Miembros para obtener ayuda. Pero en algunas situaciones, es posible que también desee ayuda u orientación de alguien que no esté relacionado con nosotros. A continuación, se indican dos entidades que pueden ayudarle.

Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (SHIP)

Cada estado tiene un programa gubernamental con asesores capacitados. El programa no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros ni plan de salud. Los asesores de este programa pueden ayudarle a entender qué procesos debería usar para abordar un problema que tenga. También pueden responder sus preguntas, entregarle más información y ofrecer orientación sobre qué hacer.

Los servicios de los asesores del SHIP son gratuitos. Encontrará números de teléfono y las URL de los sitios web en el Capítulo 2, Sección 3 de este documento.

Medicare

También puede comunicarse con Medicare para obtener ayuda. Para comunicarse con Medicare:

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

SECCIÓN 3 ¿Qué proceso debería usar para solucionar el problema?

Si tiene un problema o inquietud, solo necesita leer las partes de este capítulo que se apliquen a su situación. La siguiente guía lo ayudará.

¿Está su problema o inquietud relacionado con sus beneficios o cobertura?

Esto incluye problemas acerca de si la atención médica (artículos médicos, servicios o medicamentos recetados de Part B) está cubierta o no, la forma en que está cubierta y problemas relacionados con el pago de la atención médica.

Sí.

Continúe en la siguiente sección de este capítulo, **Sección 4, Guía sobre lo básico de las decisiones de cobertura y las apelaciones.**

No.

Vaya a la **Sección 10** al final de este capítulo: **Cómo hacer un reclamo sobre calidad de atención, tiempos de espera, servicio al cliente u otras inquietudes.**

DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES

SECCIÓN 4 Guía sobre lo básico de las decisiones de cobertura y las apelaciones

Sección 4.1 Cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: perspectiva general

Las decisiones de cobertura y las apelaciones abordan problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura de su atención médica (servicios, artículos y medicamentos recetados de Part B, incluyendo el pago). Para simplificar las cosas, generalmente nos referimos a artículos médicos, servicios y medicamentos recetados de Medicare Part B como **atención médica**. El proceso de decisión de cobertura y apelaciones se utiliza para determinar, por ejemplo, si algo está cubierto o no y la manera en que está cubierto.

Cómo solicitar decisiones de cobertura antes de recibir los beneficios

Una decisión de cobertura se refiere a una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y cobertura o sobre la cantidad que pagaremos por su atención médica. Por ejemplo, si el médico de la red de su plan lo refiere a un especialista médico que no está dentro de la red, este referido se considera una decisión de cobertura favorable, a menos que su médico de la red pueda demostrar que usted recibió una notificación de denegación estándar para este especialista médico o que la Evidencia de Cobertura deje claro que el servicio referido no estará cubierto bajo ninguna circunstancia. Usted o su médico también pueden comunicarse con nosotros y solicitar una decisión de cobertura si su médico no está seguro de si cubriremos un servicio médico en particular o si se niega a proveer atención médica que usted cree que necesita. En otras palabras, si desea saber si cubriremos la atención médica antes de que la reciba, puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura para usted. En circunstancias limitadas, una solicitud para una decisión de cobertura será desestimada, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de casos en los que se desestimará una solicitud son: si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre pero no está legalmente autorizado para hacerlo o si usted pide que se retire su solicitud. Si desestimamos una solicitud de decisión de cobertura, le enviaremos una notificación explicando por qué se ha desestimado la solicitud y cómo solicitar una revisión de la desestimación.

Tomaremos una decisión de cobertura para usted siempre que decidamos qué está cubierto en su caso y cuánto pagamos. En algunos casos, podríamos decidir que la atención médica no está cubierta o ya no está cubierta por Medicare para usted. Si no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura, ya sea antes o después de recibir un beneficio, y usted no está satisfecho, puede **apelar** la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado. En ciertas circunstancias, que analizaremos más adelante, puede solicitar una apelación acelerada o **apelación rápida** de una decisión de cobertura. Su apelación será gestionada por revisores diferentes a los que tomaron la decisión inicial.

Cuando apela una decisión por primera vez, esto se conoce como apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que tomamos para verificar si estábamos siguiendo las reglas correctamente. Le daremos nuestra decisión cuando hayamos concluido la revisión.

En circunstancias limitadas, una solicitud de apelación de Nivel 1 será desestimada, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de casos en los que se desestimará una solicitud son: si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre pero no está legalmente autorizado para hacerlo o si usted pide que se retire su solicitud. Si desestimamos una solicitud de apelación de Nivel 1, le enviaremos una notificación para explicar por qué se ha desestimado y cómo solicitar una revisión de la desestimación.

Si rechazamos parte o la totalidad de su apelación de Nivel 1 de atención médica, su apelación pasará automáticamente a una apelación de Nivel 2 realizada por una organización de revisión independiente que no está relacionada con nosotros.

- No necesita hacer nada para iniciar una apelación de Nivel 2. Las reglas de Medicare establecen que enviemos automáticamente su apelación de atención médica al Nivel 2 si no estamos por completo de acuerdo con su apelación del Nivel 1.
- Para obtener más información sobre las apelaciones de Nivel 2, consulte la **Sección 5.4** de este capítulo.
- En cuanto a las apelaciones de medicamentos de Part D, si rechazamos parte o la totalidad de su apelación, deberá solicitar una apelación de Nivel 2. En la Sección 6 de este capítulo hay más información sobre las apelaciones de Part D.

Si no está satisfecho con la decisión de la apelación de Nivel 2, puede avanzar a niveles adicionales de apelación (en la Sección 9 de este capítulo se explican los procesos de apelaciones de Nivel 3, 4 y 5).

Sección 4.2 Cómo obtener ayuda cuando solicita una decisión de cobertura o presenta una apelación

Aquí encontrará recursos si opta por solicitar cualquier tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- Puede llamarnos a Servicios para Miembros.
- Puede **obtener ayuda gratis** de su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos.
- **Su médico puede hacer una solicitud por usted.** Si su médico le ayuda con una apelación más allá del Nivel 2, tendrá que ser designado como su representante. Llame a Servicios para Miembros y solicite el formulario de *Designación de representante*. Este 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 www.thpmp.org.
 - En cuanto a la atención médica o los medicamentos recetados de Part B, su médico puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si su apelación es rechazada en el Nivel 1, será remitida automáticamente al Nivel 2.
 - En cuanto a los medicamentos recetados de Part D, su médico u otro prescriptor pueden solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si su apelación de Nivel 1 es rechazada, su médico u otro prescriptor pueden solicitar una apelación de Nivel 2.
- **Puede pedirle a alguien que actúe en su representación.** Si lo desea, puede designar a otra persona para que actúe por usted como su representante para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
 - Si desea que un amigo, pariente u otra persona sea su representante, llame a Servicios para Miembros y solicite el formulario de *Designación de representante*. Este 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 www.thpmp.org. El formulario le otorga autorización a la persona para actuar en su representación. Debe estar firmado por usted y la persona que desea que actúe en su representación. Debe entregarnos una copia del formulario firmado.
 - Aunque podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podremos comenzar o completar nuestra revisión hasta que lo recibamos. Si no recibimos el formulario en un plazo de 44 días calendario después de recibir su solicitud de apelación (nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación), su solicitud de apelación será desestimada. Si esto ocurre, le enviaremos una notificación por escrito que explique su derecho a pedirle a la organización de revisión independiente que revise nuestra decisión de desestimar su apelación.
- **También tiene derecho a contratar a un abogado.** Puede comunicarse con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado de su colegio de abogados cercano u otros servicios de referidos. También hay grupos que le ofrecerán servicios legales gratuitos si cumple los requisitos. Sin embargo, **no tiene la obligación de contratar a un abogado** para solicitar cualquier tipo de decisión de cobertura o para apelar una decisión.

Sección 4.3 ¿Qué sección de este capítulo ofrece detalles sobre su situación?

Hay cuatro situaciones diferentes que involucran decisiones de cobertura y apelaciones. Dado que cada situación tiene reglas y plazos diferentes, ofrecemos los detalles de cada una en una sección aparte:

- **Sección 5** de este capítulo: “Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación”
- **Sección 6** de este capítulo: “Sus medicamentos recetados de Part D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación”
- **Sección 7** de este capítulo: “Cómo solicitarnos que cubramos una estadía hospitalaria como paciente hospitalizado más prolongada si cree que el médico le dará el alta demasiado pronto”
- **Sección 8** de este capítulo: “Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si cree que su cobertura terminará demasiado pronto”. *Se aplica solo a estos servicios:* atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada y servicios de un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF)

Si no está seguro de qué sección debe usar, llame a Servicios para Miembros. También puede obtener ayuda o información de organizaciones gubernamentales, como su SHIP.

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

Sección 5.1 Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura para atención médica o si desea que le paguemos nuestra parte del costo de su atención

Esta sección trata sobre sus beneficios de atención médica. Estos beneficios se describen en el Capítulo 4 de este documento, *Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)*. En algunos casos, se aplican reglas diferentes a una solicitud por medicamentos recetados de Part B. En estos casos, explicaremos cómo las reglas para medicamentos recetados de Part B son diferentes de las reglas para artículos y servicios médicos.

Esta sección le informa qué puede hacer si se encuentra en cualquiera de las siguientes cinco situaciones:

1. No recibe cierta atención médica que desea y cree que esta atención está cubierta por nuestro plan. **Solicitar una decisión de cobertura. Sección 5.2.**
2. Nuestro plan no aprueba la atención médica que su médico u otro proveedor médico desean ofrecerle y que usted cree que está cubierta por el plan. **Solicitar una decisión de cobertura. Sección 5.2.**
3. Recibió atención médica que cree que debería estar cubierta por el plan, pero le hemos comunicado que no pagaremos por esta atención. **Presentar una apelación. Sección 5.3.**
4. Recibió y pagó atención médica que cree que debería estar cubierta por el plan y quiere solicitarle a nuestro plan que le haga un reembolso por esta atención. **Enviarnos la factura. Sección 5.5.**
5. Se le comunica que la cobertura para cierta atención médica que ha recibido y que aprobamos anteriormente se reducirá o cancelará y usted cree que reducir o cancelar esta atención podría dañar su salud. **Presentar una apelación. Sección 5.3.**

Tome en cuenta lo siguiente: Si la cobertura que se cancelará es para los servicios de atención hospitalaria, atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada o los servicios de un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF), debe leer las Secciones 7 y 8 de este capítulo. Se aplican reglas especiales a estos tipos de atención.

Sección 5.2 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura

Términos legales

Cuando una decisión de cobertura involucra su atención médica, esto se conoce como una **determinación de la organización.**

Una decisión rápida de cobertura se conoce como una **determinación acelerada.**

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

Por lo general, se toma una decisión estándar de cobertura en un plazo de 14 días o de 72 horas para los medicamentos de Part B. Una decisión rápida de cobertura generalmente se toma en un plazo de 72 horas para servicios médicos y de 24 horas para medicamentos de Part B. Para obtener una decisión rápida de cobertura, debe cumplir con dos requisitos:

- *Solo puede solicitar* la cobertura de artículos o servicios médicos (no hacer solicitudes de pago de artículos o servicios ya recibidos).
- Puede obtener una decisión rápida de cobertura *solo* si el uso de los plazos estándar pudiera *causar daño grave a su salud o dañar su capacidad de funcionamiento.*

- Si su médico le informa que su salud requiere una decisión rápida de cobertura, aceptaremos automáticamente darle una decisión rápida de cobertura.
- Si solicita una decisión rápida de cobertura por su cuenta, sin la ayuda de su médico, decidiremos si su salud requiere que le demos una decisión rápida de cobertura. Si no aprobamos una decisión rápida de cobertura, le enviaremos una carta que:
 - Explica que usaremos los plazos estándar.
 - Explica que si su médico solicita la decisión rápida de cobertura, automáticamente le daremos una decisión rápida de cobertura.
 - Explica que puede presentar un reclamo rápido sobre nuestra decisión de darle una decisión estándar de cobertura en lugar de la decisión rápida de cobertura que solicitó.

Paso 2: Solicite a nuestro plan que tome una decisión de cobertura o una decisión rápida de cobertura.

- Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitar que autoricemos o proporcionemos cobertura para la atención médica que desea. Esto pueden hacerlo usted, su médico o su representante. El Capítulo 2 tiene información de contacto.

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

Para las decisiones estándar de cobertura, utilizamos los plazos estándar.

Esto significa que le comunicaremos una respuesta en un plazo de 14 días calendario después de que recibamos su solicitud de un artículo o servicio médico. Si solicita un medicamento recetado de Medicare Part B, le comunicaremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de haber recibido su solicitud.

- Sin embargo, si solicita más tiempo o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, podemos tomar hasta 14 días adicionales si su solicitud es por un artículo o servicio médico. Si tomamos días adicionales, le informaremos por escrito. No podemos tomar días adicionales para decidir si la solicitud se relaciona con un medicamento recetado de Medicare Part B.
- Si cree que *no* debemos tomar días adicionales, puede presentar un reclamo rápido. Le daremos una respuesta a su reclamo tan pronto como tomemos la decisión (el proceso para hacer un reclamo es distinto al proceso de decisiones de cobertura y de apelaciones. Consulte la Sección 10 de este capítulo para obtener información sobre reclamos).

Para las decisiones rápidas de cobertura utilizamos un período de tiempo breve.

Una decisión rápida de cobertura significa que responderemos en un plazo de 72 horas si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si solicita un medicamento recetado de Medicare Part B, responderemos en un plazo de 24 horas.

- **Sin embargo**, si solicita más tiempo o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, **podemos tomar hasta 14 días adicionales**. Si tomamos días adicionales, le informaremos por escrito. No podemos tomar días adicionales para decidir si la solicitud se relaciona con un medicamento recetado de Medicare Part B.
- Si cree que *no* debemos tomar días adicionales, puede presentar un reclamo rápido (consulte la Sección 10 de este capítulo para obtener información sobre reclamos). Lo llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.
- **Si nuestra respuesta es desfavorable a parte o a la totalidad de lo que ha solicitado**, le enviaremos una declaración por escrito que explique el motivo de nuestra decisión.

Paso 4: Si damos una respuesta desfavorable a su solicitud de cobertura de atención médica, usted puede apelar.

- Si nuestra respuesta es desfavorable, tiene derecho a solicitarnos que reconsideremos esta decisión mediante una apelación. Esto significa volver a hacer una solicitud para obtener la cobertura de atención médica que desea. Si presenta una apelación, significa que avanza al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 5.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos legales

Una apelación al plan relacionada con una decisión de cobertura de atención médica se conoce como **reconsideración** del plan.

Una apelación rápida también se conoce como una **reconsideración acelerada**.

Paso 1: Decida si necesita una apelación estándar o una apelación rápida.

Una apelación estándar suele presentarse en un plazo de 30 días o de 7 días para los medicamentos de Part B. Una apelación rápida se hace generalmente en un plazo de 72 horas.

- Si está haciendo una apelación por una decisión que hayamos tomado sobre la cobertura de una atención que aún no ha recibido, usted o su médico tendrán que decidir si necesita una apelación rápida. Si su médico nos dice que su salud requiere una apelación rápida, le daremos una.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión rápida de cobertura, indicados en la Sección 5.2 de este capítulo.

Paso 2: Solicite a nuestro plan una apelación o una apelación rápida.

- **Si está solicitando una apelación estándar, envíe su apelación estándar por escrito.** También puede solicitar una apelación llamándonos. El Capítulo 2 tiene información de contacto.
- **Si solicita una apelación rápida, presente su apelación por escrito o llámenos.** El Capítulo 2 tiene información de contacto.
- **Debe presentar la solicitud de apelación en un plazo de 60 días calendario** desde la fecha que aparece en la notificación por escrito en la que enviamos nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si no cumple el plazo y tiene un buen motivo para hacerlo, explique el motivo por el cual su apelación está retrasada cuando la presente. Es posible que le demos más tiempo para que haga su apelación. Algunos ejemplos de causa suficiente pueden incluir una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le proporcionamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información sobre su decisión médica. Usted y su médico pueden agregar más información para respaldar su apelación.**

Paso 3: Consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, examinamos detenidamente toda la información. Verificamos si estábamos siguiendo todas las reglas cuando rechazamos su solicitud.
- Si es necesario, recopilaremos más información y posiblemente nos comunicaremos con usted o con su médico.

Plazos para una apelación rápida

- Para apelaciones rápidas, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 72 horas después de recibir su apelación.** Le daremos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.
 - Sin embargo, si solicita más tiempo o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, **podemos tomar hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es por un artículo o servicio médico. Si tomamos días adicionales, le informaremos por escrito. No podemos tomar días adicionales si la solicitud se relaciona con un medicamento recetado de Medicare Part B.
 - Si no le comunicamos una respuesta en un plazo de 72 horas (o al final del período extendido si tomamos días adicionales), debemos enviar automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente. La Sección 5.4 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es favorable a parte o a la totalidad de lo que ha solicitado,** debemos autorizar o proveer la cobertura que acordamos proveer en un plazo de 72 horas después de haber recibido su apelación.

- **Si nuestra respuesta es desfavorable a parte o a la totalidad de lo que ha solicitado**, le enviaremos nuestra decisión por escrito y automáticamente remitiremos su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación.

Plazos para una apelación estándar

- Para apelaciones estándar, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 30 días calendario** después de recibir su apelación. Si su solicitud es por un medicamento recetado de Medicare Part B que aún no ha recibido, le comunicaremos nuestra respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de haber recibido su apelación. Le comunicaremos nuestra decisión antes si su estado de salud así lo requiere.
 - Sin embargo, si solicita más tiempo o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, **podemos tomar hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es por un artículo o servicio médico. Si tomamos días adicionales, le informaremos por escrito. No podemos tomar días adicionales para decidir si la solicitud se relaciona con un medicamento recetado de Medicare Part B.
 - Si cree que *no* debemos tomar días adicionales, puede presentar un reclamo rápido. Cuando presente un reclamo rápido, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas (consulte la Sección 10 de este capítulo para obtener información sobre reclamos).
 - Si no le damos una respuesta dentro del plazo (o al final del período de tiempo extendido), enviaremos su solicitud a una apelación de Nivel 2, donde una organización de revisión independiente revisará la apelación. La Sección 5.4 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es favorable a parte o a la totalidad de lo que ha solicitado**, debemos autorizar o proveer la cobertura en un plazo de 30 días calendario si su solicitud es por un artículo o servicio médico, o **de 7 días calendario** si su solicitud es por un medicamento recetado de Medicare Part B.
- **Si nuestro plan rechaza parte o la totalidad de su apelación**, enviaremos automáticamente su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.

Sección 5.4 Paso a paso: Cómo se presenta una apelación de Nivel 2

Términos legales

El nombre formal de la organización de revisión independiente es la **Entidad de Revisión Independiente**. En ocasiones se denomina **IRE** (sus siglas en inglés).

La organización de revisión independiente es una organización independiente que tiene contrato con Medicare. No tiene relación con nosotros y no es una agencia del gobierno. Esta organización decide si la decisión que hemos tomado es correcta o si debe cambiarse. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: La organización de revisión independiente revisa su apelación.

- Enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. Esta información se denomina **archivo de caso**. **Tiene derecho a pedirnos una copia de su archivo de caso.**
- Tiene derecho a proporcionarle información adicional a la organización de revisión independiente para respaldar la apelación.
- Los revisores en la organización de revisión independiente examinarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Si tuvo una apelación rápida en el Nivel 1, también tendrá una apelación rápida en el Nivel 2.

- Para la apelación rápida, la organización de revisión debe darle una respuesta sobre su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** desde que recibe su apelación.
- Sin embargo, si su solicitud es por un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita recopilar más información que pueda beneficiarlo, **se puede tomar hasta 14 días calendario adicionales**. La organización de revisión independiente no puede tomarse días adicionales para tomar una decisión si la solicitud se relaciona con un medicamento recetado de Medicare Part B.

Si tuvo una apelación estándar en el Nivel 1, también tendrá una apelación estándar en el Nivel 2

- Para la apelación estándar, si su solicitud es por un artículo o servicio médico, la organización de revisión debe darle una respuesta sobre su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 30 días calendario** desde que recibe su apelación. Si su solicitud es por un medicamento recetado de Medicare Part B, la organización de revisión debe darle una respuesta sobre su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** desde que recibe su apelación.
- Sin embargo, si su solicitud es por un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita recopilar más información que pueda beneficiarlo, **se puede tomar hasta 14 días calendario adicionales**. La organización de revisión independiente no puede tomarse días adicionales para tomar una decisión si la solicitud se relaciona con un medicamento recetado de Medicare Part B.

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

La organización de revisión independiente le informará su decisión por escrito y le explicará los motivos.

- **Si la respuesta de la organización de revisión es favorable a parte o a la totalidad de una solicitud por un artículo o servicio médico,** debemos autorizar la cobertura

de la atención médica en un plazo de 72 horas o proveer el servicio en un plazo de 14 días calendario después de recibir la decisión de la organización de revisión para solicitudes estándar. Para las solicitudes aceleradas, tenemos un plazo de 72 horas desde la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión.

- **Si la respuesta de la organización de revisión es favorable a parte o a la totalidad de una solicitud por un medicamento recetado de Medicare Part B**, debemos autorizar o proveer el medicamento recetado de Part B en un plazo de **72 horas** después de recibir la decisión de la organización de revisión para **solicitudes estándar**. Para las **solicitudes aceleradas**, tenemos un plazo de **24 horas** desde la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión.
- **Si la respuesta de esta organización es desfavorable a parte o a la totalidad de su apelación**, significa que están de acuerdo con nosotros respecto a que no se debería aprobar su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura para atención médica (esto se llama **confirmar la decisión** o **rechazar la apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta para:
 - Explicar su decisión
 - Notificarle su derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de atención médica alcanza un determinado mínimo. La notificación por escrito que recibe de la organización de revisión independiente le indicará la cantidad en dólares que debe alcanzar para continuar el proceso de apelaciones.
 - Indicarle cómo presentar una apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si su caso cumple con los requisitos, usted decide si desea continuar con la apelación.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelación). Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, consulte la información detallada sobre cómo hacerlo que se encuentra en la notificación por escrito que recibe después de su apelación de Nivel 2.
- De la apelación de Nivel 3 se encarga un juez de Derecho Administrativo o un abogado mediador. La Sección 9 de este capítulo contiene más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 5.5 ¿Qué ocurre si nos solicita que le paguemos nuestra parte de una factura que recibió por atención médica?

El Capítulo 7 describe cuándo es posible que necesite solicitar un reembolso o el pago de una factura que recibió de un proveedor. También indica cómo enviarnos el papeleo para la solicitud de pago.

Solicitar el reembolso significa solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura.

Si nos envía la documentación solicitando el reembolso, está solicitando una decisión de cobertura. Para tomar esta decisión, verificaremos si la atención médica que usted pagó está cubierta. También revisaremos si siguió todas las reglas para usar su cobertura para atención médica.

- **Si aceptamos su solicitud:** Si la atención médica está cubierta y usted siguió todas las reglas, le enviaremos el pago por nuestra parte del costo en un plazo de 60 días calendario después de recibir su solicitud. Si no ha pagado por la atención médica, le enviaremos el pago directamente al proveedor.
- **Si rechazamos su solicitud:** Si la atención médica *no* está cubierta o usted *no* siguió las reglas, no enviaremos el pago. En cambio, le enviaremos una carta que indique que no pagaremos por la atención médica y cuáles fueron los motivos.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar la solicitud, **puede presentar una apelación**. Si hace una apelación, significa que nos está solicitando cambiar la decisión de cobertura que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

Para hacer esta apelación, siga los procesos para apelaciones que describimos en la Sección 5.3. Para las apelaciones relativas a reembolsos, tenga en cuenta lo siguiente:

- Debemos darle nuestra respuesta en un plazo de 60 días calendario después de recibir su apelación. Si nos está solicitando el pago de una atención médica que ya recibió y pagó, no puede solicitar una apelación rápida.
- Si la organización de revisión independiente decide que debemos pagar, debemos enviarle el pago a usted o al proveedor en un plazo de 30 días calendario. Si la respuesta a su apelación es favorable en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviar el pago solicitado a usted o al proveedor en un plazo de 60 días calendario.

SECCIÓN 6 Sus medicamentos recetados de Part D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Sección 6.1 Esta sección le informa qué hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de Part D o si quiere que le paguemos por un medicamento de Part D que usted pagó

Sus beneficios incluyen la cobertura de muchos medicamentos recetados. Para la cobertura, el medicamento se debe usar por una indicación médicamente aceptada (para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada, consulte el Capítulo 5). Consulte los Capítulos 5 y 6 para obtener más información sobre las reglas, restricciones y costos de los medicamentos de Part D.

Esta sección es solo sobre los medicamentos de Part D. Para simplificarlo, generalmente diremos *medicamento* en el resto de esta sección, en lugar de repetir todas las veces *medicamento recetado cubierto para pacientes externos* o *medicamento de Part D*. También usaremos el término “Lista de medicamentos” en lugar de *Lista de medicamentos cubiertos* o *Formulario*.

- Si no sabe si un medicamento está cubierto o si usted cumple con las reglas, puede preguntarnos. Algunos medicamentos requieren que obtenga nuestra aprobación antes de que los cubramos.
- Si su farmacia le informa que su receta no se puede surtir como está indicada, la farmacia le dará una notificación por escrito que le explicará cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.

Decisiones de cobertura y apelaciones de Part D

Términos legales
Una decisión inicial de cobertura sobre sus medicamentos de Part D se llama determinación de cobertura .

Una decisión de cobertura se refiere a una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y cobertura o sobre la cantidad que pagaremos por sus medicamentos. Esta sección le informa qué puede hacer si se encuentra en cualquiera de las siguientes situaciones:

- Solicitar cubrir un medicamento de Part D que no esté dentro de la *Lista de medicamentos cubiertos* del plan. **Solicitar una excepción. Sección 6.2**
- Solicitar que se exima una restricción en la cobertura del plan para un medicamento (como límites en la cantidad del medicamento que puede obtener). **Solicitar una excepción. Sección 6.2**
- Solicitar pagar una cantidad de costos compartidos más baja por un medicamento cubierto o en un nivel de costos compartidos más alto. **Solicitar una excepción. Sección 6.2**
- Solicitar la aprobación previa de un medicamento. **Solicitar una decisión de cobertura. Sección 6.4**
- Pago de un medicamento recetado que ya compró. **Solicitar el pago. Sección 6.4**

Si no está de acuerdo con la decisión de cobertura, puede apelar nuestra decisión.

Esta sección le indica cómo solicitar decisiones de cobertura y cómo solicitar una apelación.

Sección 6.2 ¿Qué es una excepción?

Términos legales

Solicitar cobertura de un medicamento que no está en la “Lista de medicamentos” a veces se conoce como solicitar una **excepción del formulario**.

Solicitar el retiro de una restricción de cobertura para un medicamento a veces se conoce como solicitar una **excepción del formulario**.

Solicitar el pago de un precio menor por un medicamento no preferido a veces se conoce como solicitar una **excepción del nivel**.

Si no se cubre un medicamento de la manera que desearía que estuviera cubierto, puede solicitarnos que hagamos una **excepción**. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura.

Para que consideremos su solicitud de excepción, su médico u otro prescriptor tendrán que explicar los motivos médicos para necesitar la aprobación de la excepción. A continuación, hay tres ejemplos de excepciones que nos pueden solicitar usted, su médico u otro prescriptor:

1. **Cobertura de un medicamento de Part D que no está en nuestra “Lista de medicamentos”**. Si aceptamos cubrir un medicamento que no está en la “Lista de medicamentos”, tendrá que pagar la cantidad de costos compartidos que se aplica a los medicamentos en el *Nivel 4*. No puede solicitar una excepción para la cantidad de costos compartidos que requerimos que pague por el medicamento.
2. **Retiro de una restricción para un medicamento cubierto**. El Capítulo 5 describe las reglas o restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos de nuestra “Lista de medicamentos”. Si aceptamos hacer una excepción y eximirlo de una restricción, puede solicitar una excepción para la cantidad del copago o coaseguro que le exigimos pagar por el medicamento.
3. **Cambio de la cobertura de un medicamento a un nivel de costos compartidos más bajo**. Cada medicamento en nuestra “Lista de medicamentos” se ubica en uno de los 6 niveles de costos compartidos. En general, mientras más bajo sea el número del nivel de costos compartidos, menos es lo que pagará por su parte del costo del medicamento.
 - Si su “Lista de medicamentos” tiene medicamentos alternativos para tratar su afección que están en un nivel de costos compartidos más bajo que su medicamento, puede solicitarnos cubrir su medicamento según la cantidad de costos compartidos que se aplica a los medicamentos alternativos.
 - Si el medicamento que está tomando es un producto biológico, puede solicitar que cubramos su medicamento a una cantidad de costos compartidos más baja. Este sería el nivel de costo más bajo que contiene alternativas de productos biológicos para el tratamiento de su afección.

- Si el medicamento que está tomando es un medicamento de marca, puede solicitarnos cubrir su medicamento según la cantidad de costos compartidos que se aplica al nivel más bajo que tenga alternativas de marcas para tratar su afección.
- Si el medicamento que está tomando es un medicamento genérico, puede solicitarnos cubrir su medicamento según la cantidad de costos compartidos que se aplica al nivel más bajo que tenga alternativas genéricas o de marca para tratar su afección.
- No puede pedirnos que cambiemos el nivel de costos compartidos de ningún medicamento en el *Nivel 5*.
- Si aprobamos su solicitud de excepción del nivel y hay más de un nivel de costos compartidos más bajo con medicamentos alternativos que no puede tomar, normalmente tendrá que pagar la cantidad más baja.

Sección 6.3 Datos importantes que debe conocer cuando solicite excepciones

Su médico nos debe informar de los motivos médicos

Su médico u otro prescriptor deben darnos una declaración en la que se expliquen los motivos médicos para solicitar una excepción. Para una decisión más rápida, incluya esta información médica de su médico u otro prescriptor cuando solicite la excepción.

Normalmente, nuestra “Lista de medicamentos” incluye más de un medicamento para tratar una afección en particular. Estas distintas posibilidades se denominan medicamentos **alternativos**. Si se diera el caso de que un medicamento alternativo fuera igual de eficaz que un medicamento que está solicitando y no causara más efectos secundarios u otros problemas de salud, normalmente *no* aprobaríamos su solicitud de una excepción. Si nos solicita una excepción del nivel, normalmente *no* aprobaríamos su solicitud de una excepción a menos que todos los medicamentos alternativos en los niveles de costos compartidos más bajos no funcionen tan bien para usted o puedan causar una reacción adversa u otro daño.

Podemos aceptar o no aceptar su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de una excepción, por lo general, nuestra aprobación es válida hasta el final del año del plan. Esto sucede siempre y cuando su médico siga recetando el medicamento para usted y ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar su afección.
- Si nuestra respuesta a su solicitud es desfavorable, puede pedir otra revisión con una apelación.

Sección 6.4 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

Términos legales

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

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

Las **decisiones estándar de cobertura** se toman en un plazo de **72 horas** después de recibir la declaración de su médico. Las **decisiones rápidas de cobertura** se toman en un plazo de **24 horas** después de recibir la declaración de su médico.

Si su salud lo requiere, solicite que tomemos una decisión rápida de cobertura. Para optar a una decisión rápida de cobertura, debe cumplir dos requisitos:

- Su solicitud debe ser por un medicamento que aún no ha recibido (no puede solicitar una decisión rápida de cobertura para que se le devuelva el dinero por un medicamento que ya compró).
- El uso de los plazos estándar pudiera causar daño grave a su salud o perjudicar su capacidad de funcionamiento.
- **Si su médico u otro prescriptor nos informan que su salud requiere una decisión rápida de cobertura, automáticamente se la daremos.**
- **Si solicita una decisión rápida de cobertura por su cuenta, sin la ayuda de su médico o prescriptor, decidiremos si su salud requiere que le demos una decisión rápida de cobertura.** Si no aprobamos una decisión rápida de cobertura, le enviaremos una carta que:
 - Explica que usaremos los plazos estándar.
 - Explica que si su médico u otro prescriptor solicitan la decisión rápida de cobertura, automáticamente le daremos una decisión rápida de cobertura.
 - Le informa cómo puede presentar un reclamo rápido sobre nuestra decisión de darle una decisión estándar de cobertura en lugar de la decisión rápida de cobertura que solicitó. Responderemos su reclamo en un plazo de 24 horas a partir de su recepción.

Paso 2: Solicite una decisión estándar de cobertura o una decisión rápida de cobertura.

Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitar que autoricemos o proporcionemos cobertura para la atención médica que desea. También puede acceder al proceso de decisión de cobertura en nuestro sitio web. Debemos aceptar toda solicitud por escrito, incluso

una solicitud enviada en el formulario *Modelo de solicitud de determinación de cobertura de los CMS*, disponible en nuestro sitio web. El Capítulo 2 tiene información de contacto. Para ayudarnos a procesar su solicitud, asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información que identifique la reclamación rechazada que está apelando.

Esto pueden hacerlo usted, su médico (u otro prescriptor) o su representante. También puede pedirle a un abogado que actúe en su representación. La Sección 4 de este capítulo explica cómo darle un permiso por escrito a alguien para que actúe como su representante.

- **Si está solicitando una excepción, proporcione la declaración de respaldo**, que es la razón médica de la excepción. Su médico u otro prescriptor pueden enviarnos un fax o correo con la declaración. O bien su médico u otro prescriptor pueden explicarnos por teléfono y enviar por fax o correo una declaración escrita si fuera necesario.

Paso 3: Consideramos su solicitud y le damos nuestra respuesta.

Plazos para una decisión rápida de cobertura

- Por lo general, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 24 horas** después de recibir la solicitud.
 - En el caso de excepciones, le daremos nuestra respuesta en un plazo de 24 horas después de recibir la declaración de respaldo del médico. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.
 - Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si nuestra respuesta es favorable a parte o a la totalidad de lo que ha solicitado**, debemos proporcionar la cobertura que acordamos proporcionar en un plazo de 24 horas después de haber recibido su solicitud o la declaración de su médico que respalda su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es desfavorable a parte o a la totalidad de lo que ha solicitado**, le enviaremos una declaración por escrito que explique el motivo de nuestra decisión y además se indicará cómo puede apelar.

Plazos para una decisión estándar de cobertura sobre un medicamento que no ha recibido.

- Debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud.
 - En el caso de excepciones, le daremos nuestra respuesta en un plazo de 72 horas después de recibir la declaración de respaldo del médico. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.
 - Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si nuestra respuesta es favorable a parte o a la totalidad de lo que ha solicitado**, debemos **proporcionar la cobertura** que acordamos proporcionar **en un plazo de 72 horas** después de haber recibido su solicitud o la declaración de su médico que respalda su solicitud.

- Si nuestra respuesta es desfavorable a parte o a la totalidad de lo que ha solicitado, le enviaremos una declaración por escrito que explique el motivo de nuestra decisión y además se indicará cómo puede apelar.

Plazos para una decisión estándar de cobertura sobre el pago de un medicamento que ya compró

- Tenemos que darle nuestra respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de recibir su solicitud.
 - Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.
- Si nuestra respuesta es favorable a parte o a la totalidad de lo que ha solicitado, también tenemos la obligación de pagarle en un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud.
- Si nuestra respuesta es desfavorable a parte o a la totalidad de lo que ha solicitado, le enviaremos una declaración por escrito que explique el motivo de nuestra decisión y además se indicará cómo puede apelar.

Paso 4: Si damos una respuesta desfavorable a su solicitud de cobertura, usted puede presentar una apelación.

- Si nuestra respuesta es desfavorable, tiene derecho a solicitarnos que reconsideremos esta decisión mediante una apelación. Esto significa volver a hacer una solicitud para obtener la cobertura de medicamentos que desea. Si presenta una apelación, significa que pasa al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 6.5 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos legales

Una apelación al plan relacionada con una decisión de cobertura de medicamento de Part D se conoce como **redeterminación** del plan.

Una apelación rápida también se llama una **redeterminación acelerada**.

Paso 1: Decida si necesita una apelación estándar o una apelación rápida.

Una apelación estándar se hace generalmente en un plazo de 7 días. Una apelación rápida se hace generalmente en un plazo de 72 horas. Si su salud lo requiere, solicite una apelación rápida

- Si está haciendo una apelación por una decisión que hayamos tomado sobre un medicamento que aún no ha recibido, usted, su médico u otro prescriptor 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, indicados en la Sección 6.4 de este capítulo.

Paso 2: Usted, su representante, su médico u otro prescriptor deben ponerse en contacto con nosotros y presentar su apelación de Nivel 1. Si su salud requiere una respuesta rápida, debe solicitar una apelación rápida.

- **Para las apelaciones estándar, llame o presente una solicitud por escrito.** El Capítulo 2 tiene información de contacto.
- **Para apelaciones rápidas, envíe su apelación por escrito o llámenos al 1-800-701-9000.** El Capítulo 2 tiene información de contacto.
- **Debemos aceptar toda solicitud por escrito**, incluso una solicitud enviada en el formulario *Modelo de solicitud de determinación de cobertura de los CMS*, disponible en nuestro sitio web. Asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información sobre su reclamación para ayudarnos a procesar su solicitud.
- **Debe presentar la solicitud de apelación en un plazo de 60 días calendario** desde la fecha que aparece en la notificación por escrito en la que enviamos nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si no cumple el plazo y tiene un buen motivo para hacerlo, explique el motivo por el cual su apelación está retrasada cuando la presente. Es posible que le demos más tiempo para que haga su apelación. Algunos ejemplos de causa suficiente pueden incluir una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le proporcionamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información en su apelación y agregar más información.** Usted y su médico pueden agregar más información para respaldar su apelación.

Paso 3: Consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, volvemos a examinar detenidamente toda la información sobre su solicitud de cobertura. Verificamos si estábamos siguiendo todas las reglas cuando rechazamos su solicitud. Es posible que nos comuniquemos con usted o con su médico u otro prescriptor para obtener más información.

Plazos para una apelación rápida

- Para apelaciones rápidas, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 72 horas después de recibir su apelación.** Le daremos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.
 - Si no le damos una respuesta en un plazo de 72 horas, tenemos la obligación de enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente. La Sección 6.6 explica el proceso de apelación de Nivel 2.

- **Si nuestra respuesta es favorable a parte o a la totalidad de lo que ha solicitado,** debemos proporcionar la cobertura que acordamos proporcionar en un plazo de 72 horas después de haber recibido su apelación.
- **Si nuestra respuesta es desfavorable a parte o a la totalidad de lo que ha solicitado,** le enviaremos una declaración por escrito que explique el motivo de nuestra decisión y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una apelación estándar para un medicamento que no ha recibido

- Para apelaciones estándar, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación. Le comunicaremos nuestra decisión antes si aún no ha recibido el medicamento y su estado de salud así lo requiere.
 - Si no le comunicamos nuestra decisión en un plazo de 7 días calendario, tenemos la obligación de enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente. La Sección 6.6 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
 - **Si nuestra respuesta es favorable a parte o a la totalidad de lo que ha solicitado,** debemos proporcionar la cobertura tan pronto como lo requiera su salud, pero no más allá de **7 días calendario** después de recibir su apelación.
 - **Si nuestra respuesta es desfavorable a parte o a la totalidad de lo que ha solicitado,** le enviaremos una declaración por escrito que explique el motivo de nuestra decisión y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una apelación estándar sobre el pago de un medicamento que ya compró

- Tenemos que darle nuestra respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de recibir su solicitud.
 - Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si nuestra respuesta es favorable a parte o a la totalidad de lo que ha solicitado,** también tenemos la obligación de pagarle en un plazo de **30 días calendario** después de recibir su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es desfavorable a parte o a la totalidad de lo que ha solicitado,** le enviaremos una declaración por escrito que explique el motivo de nuestra decisión y además se indicará cómo puede apelar.

Paso 4: Si nuestra respuesta a su apelación es desfavorable, usted decide si desea continuar con el proceso de apelaciones y hacer otra apelación.

- Si decide presentar otra apelación, significa que su apelación avanza al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Sección 6.6 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2

Términos legales

El nombre formal de la organización de revisión independiente es la **Entidad de Revisión Independiente**. En ocasiones se denomina **IRE** (sus siglas en inglés).

La organización de revisión independiente es una organización independiente que tiene contrato con Medicare. No tiene relación con nosotros y no es una agencia del gobierno. Esta organización decide si la decisión que hemos tomado es correcta o si debe cambiarse. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Usted (o su representante, su médico u otro prescriptor) debe comunicarse con la organización de revisión independiente y solicitarle una revisión de su caso.

- Si nuestra respuesta a su apelación de Nivel 1 es desfavorable, la notificación por escrito que le enviaremos incluirá **instrucciones sobre cómo presentar una apelación de Nivel 2** con la organización de revisión independiente. Estas instrucciones indicarán quién puede presentar una apelación de Nivel 2, los plazos que usted debe cumplir y cómo comunicarse con la organización de revisión. Sin embargo, si no completamos nuestra revisión dentro del plazo aplicable, o tomamos una decisión desfavorable con respecto a la determinación de **en riesgo** según nuestro programa de gestión de medicamentos, automáticamente remitiremos su reclamación a la IRE.
- Enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. Esta información se denomina **archivo de caso**. **Tiene derecho a pedirnos una copia de su archivo de caso.**
- Tiene derecho a proporcionarle información adicional a la organización de revisión independiente para respaldar la apelación.

Paso 2: La organización de revisión independiente revisa su apelación.

Los revisores en la organización de revisión independiente examinarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Plazos para apelaciones rápidas

- Si su salud lo requiere, solicite a la organización de revisión independiente una apelación rápida.
- Si la organización acepta darle una apelación rápida, la organización debe darle una respuesta sobre su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud de apelación.

Plazos para apelaciones estándar

- Para apelaciones estándar, la organización de revisión debe responder a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación si se trata de un medicamento que aún no ha recibido. Si nos está solicitando el pago por un medicamento que ya compró, la organización de revisión debe darle una respuesta sobre su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.

Paso 3: La organización de revisión independiente le da su respuesta.

Para apelaciones rápidas:

- **Si la respuesta de la organización de revisión independiente es favorable a parte o a la totalidad de lo que ha solicitado**, debemos proporcionar la cobertura de medicamentos que aprobó la organización de revisión **en un plazo de 24 horas** después de haber recibido la decisión de la organización de revisión.

Para apelaciones estándar:

- **Si la respuesta de la organización de revisión independiente es favorable a parte o a la totalidad de su solicitud de cobertura**, debemos **proporcionar la cobertura de medicamentos** que aprobó la organización de revisión **en un plazo de 72 horas** después de recibir la decisión de la organización.
- **Si la respuesta de la organización de revisión independiente es favorable a parte o a la totalidad de su solicitud de pago** por un medicamento que ya compró, debemos **enviarle el pago en un plazo de 30 días calendario** después de recibir la decisión de la organización de revisión.

¿Qué ocurre si la respuesta de la organización de revisión a su apelación es desfavorable?

Si la respuesta de esta organización es desfavorable a **parte o a la totalidad** de su apelación, significa que están de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud o parte de su solicitud (esto se llama **confirmar la decisión**. También se llama **rechazar la apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta para:

- Explicar su decisión.
- Notificarle su derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita alcanza un determinado mínimo. Si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que está solicitando es muy bajo, no puede presentar otra apelación y la decisión en el Nivel 2 es definitiva.
- Indicarle el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelaciones.

Paso 4: Si su caso cumple con los requisitos, usted decide si desea continuar con la apelación.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelación).
- Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, consulte la información detallada sobre cómo hacerlo que se encuentra en la notificación por escrito que recibe después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- De la apelación de Nivel 3 se encarga un juez de Derecho Administrativo o un abogado mediador. La Sección 9 de este capítulo contiene más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos que cubramos una estadía hospitalaria como paciente hospitalizado más prolongada si cree que lo darán de alta demasiado pronto

Si lo ingresan a un hospital, tiene derecho a recibir todos los servicios hospitalarios cubiertos que sean necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Durante su hospitalización cubierta, su médico y el personal del hospital trabajarán con usted para prepararlo para el día que lo den de alta del hospital. Le ayudarán a coordinar la atención que pueda necesitar después de que lo den de alta.

- El día que se va del hospital se llama **fecha de alta**.
- Cuando se decida la fecha de alta, su médico o el personal del hospital se lo comunicarán.
- Si cree que le darán el alta demasiado pronto, puede solicitar una hospitalización más prolongada y se considerará su solicitud.

Sección 7.1 Durante su estadía hospitalaria como paciente hospitalizado, recibirá una notificación por escrito de Medicare que le informará sus derechos

Dentro de los dos días siguientes a su ingreso en el hospital, se le entregará una notificación por escrito denominada *Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*. Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de esta notificación. Si no recibe esta notificación de alguien en el hospital (por ejemplo, un asistente social o una enfermera), solicítela a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicios para Miembros al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 24 horas al día, 7 días a la semana (TTY: 1-877-486-2048).

1. **Lea esta notificación detenidamente y pregunte si no entiende algo.** En ella le ofrecerán detalles de lo siguiente:
 - Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de la hospitalización, según lo indique su médico. Esto incluye el derecho de conocer cuáles son estos servicios, quién los pagará y dónde los puede obtener.
 - Su derecho a estar involucrado en todas las decisiones sobre su hospitalización.
 - Dónde informar cualquier inquietud que pueda tener sobre la calidad de su atención hospitalaria.
 - Su derecho a **solicitar una revisión inmediata** de la decisión de darle de alta si cree que le están dando de alta del hospital demasiado pronto. Se trata de una manera formal y legal de solicitar un aplazamiento de la fecha de alta, de manera que cubramos su atención hospitalaria por más tiempo.
2. **Debe firmar la notificación por escrito para indicar que la recibió y entendió sus derechos.**
 - Usted o alguien que actúa en su representación deben firmar la notificación.
 - Firmar la notificación *solo* indica que recibió la información sobre sus derechos. La notificación no indica la fecha de alta. Firmar la notificación **no significa** que está aceptando una fecha de alta.
3. **Mantenga su copia** de la notificación a mano para que tenga la información sobre cómo presentar una apelación (o informar una inquietud relacionada con la calidad de la atención) si la necesita.
 - Si firma la notificación con más de dos días de antelación a la fecha de alta, le darán otra copia antes de que se programe el alta.
 - Para ver una copia de esta notificación con anticipación, puede llamar a Servicios para Miembros o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227) 24 horas al día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede ver esta notificación en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

Sección 7.2 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha de alta del hospital

Si desea solicitarnos prolongar la cobertura de sus servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados, tendrá que usar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de comenzar, debe entender lo que necesita hacer y cuáles son los plazos.

- **Seguir el proceso.**
- **Cumplir los plazos.**

- **Pedir ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios para Miembros. O llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos, una organización gubernamental que brinda asistencia personalizada.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad revisará su apelación. Verificará si la fecha de alta planificada es médicamente apropiada para usted.

La **Organización para el Mejoramiento de la Calidad** es un grupo de médicos y otros profesionales del cuidado de la salud pagados por el gobierno federal para controlar y ayudar a mejorar la calidad de la atención para las personas con Medicare. Esto incluye revisar las fechas de alta del hospital para personas que pertenecen a Medicare. Estos expertos no son parte de nuestro plan.

Paso 1: Comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad en su estado y solicite una revisión inmediata de su alta del hospital. Debe actuar con rapidez.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- La notificación por escrito que recibe (*Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*) explica cómo comunicarse con esta organización. O busque el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad en su estado en el Capítulo 2.

Actúe con rapidez:

- Para presentar una apelación, debe comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad *antes* de dejar el hospital, **a más tardar la medianoche de la fecha de alta.**
 - **Si cumple este plazo**, puede permanecer en el hospital *después* de la fecha de alta *sin pagar por ello* mientras espera la decisión de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.
 - **Si no cumple este plazo** y decide permanecer hospitalizado después de su fecha de alta planificada, *es posible que deba pagar todos los costos* de la atención hospitalaria que recibe después de su fecha de alta planificada.
- Si no cumple el plazo para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, y todavía desea apelar, debe presentar la apelación directamente ante nuestro plan. Para obtener más detalles sobre esta otra forma de presentar una apelación, consulte la Sección 7.4.

Una vez que solicite una revisión inmediata de su alta del hospital, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se pondrá en contacto con nosotros. Antes del mediodía del día después de que nos pongamos en contacto con usted, le entregaremos una **Notificación de alta detallada**. En esta notificación se indica su fecha de alta planificada y se explican en detalle los motivos por los que su médico, el hospital y nosotros consideramos que es adecuado (médicamente apropiado) que le den el alta en esa fecha.

Puede obtener un ejemplo de la **Notificación de alta detallada** con solo llamar a Servicios para Miembros o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 24 horas al día, 7 días a la semana (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). O puede ver un ejemplo de esta notificación en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

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

- Los profesionales de la salud en la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (los *revisores*) le preguntarán a usted, o a su representante, por qué considera que debería continuar la cobertura para los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- Los revisores también examinarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que el hospital y nosotros les hayamos dado.
- Antes del mediodía del día siguiente al que los revisores nos informaron de su apelación, recibirá una notificación por escrito de nuestra parte con la fecha de alta planificada. Esta notificación también explica en detalle los motivos por los que su médico, el hospital y nosotros consideramos que es adecuado (médicamente apropiado) que le den el alta en esa fecha.

Paso 3: En un plazo de un día completo después de que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad tenga toda la información necesaria, le darán la respuesta a su apelación.

¿Qué ocurre si la respuesta es favorable?

- Si la respuesta de la organización de revisión es *favorable*, **debemos seguir proporcionando los servicios hospitalarios cubiertos para pacientes hospitalizados, siempre y cuando sean médicamente necesarios.**
- Usted tendrá que continuar con el pago de su parte de los costos (como deducibles o copagos, si se aplican). Además, es posible que sus servicios hospitalarios cubiertos tengan limitaciones.

¿Qué ocurre si la respuesta es desfavorable?

- Si la respuesta de la organización de revisión es *desfavorable*, significa que su fecha de alta planificada es médicamente apropiada. Si esto ocurre, **terminará nuestra cobertura para sus servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados** al mediodía del día *después* de que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le haya informado su respuesta a la apelación.
- Si la respuesta de la organización de revisión a su apelación es *desfavorable* 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 siguiente a que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le haya informado la respuesta a su apelación.

Paso 4: Si la respuesta a la apelación de Nivel 1 es negativa, usted decide si desea presentar otra apelación.

- Si la respuesta de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad a su apelación es *desfavorable*, y usted permanece en el hospital después de la fecha de alta planificada, puede presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que pasará al **Nivel 2** del proceso de apelaciones.

Sección 7.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha de alta del hospital

Durante una apelación de Nivel 2, usted solicita a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad que reconsidere su decisión durante la primera apelación. Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que usted deba pagar el costo total de su estadía después de la fecha de alta planificada.

Paso 1: Comuníquese nuevamente con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y solicite otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** después de que la respuesta de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad a su apelación de Nivel 1 sea *desfavorable*. Puede solicitar esta revisión solo si permaneció en el hospital después de la fecha de término de la cobertura de la atención.

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

- Los revisores en la Organización para el Mejoramiento de la Calidad volverán a examinar detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En un plazo de 14 días calendario desde la recepción de su solicitud de apelación de Nivel 2, los revisores tomarán una decisión sobre su apelación y se la informarán.

Si la respuesta de la organización de revisión es favorable:

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte del costo de la atención hospitalaria que recibió desde el mediodía del día después que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechazó su primera apelación. **Debemos seguir proporcionando cobertura de la atención hospitalaria para pacientes hospitalizados, siempre y cuando sea médicamente necesaria.**
- Usted debe seguir pagando su parte de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

Si la respuesta de la organización de revisión es desfavorable:

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron en su apelación de Nivel 1 y no la cambiarán. Esto se llama confirmar la decisión.
- La notificación que reciba le indicará por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión.

Paso 4: Si la respuesta es desfavorable, tendrá que decidir si desea continuar con la apelación pasando al Nivel 3.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelación). Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, consulte la información detallada sobre cómo hacerlo que se encuentra en la notificación por escrito que recibe después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- De la apelación de Nivel 3 se encarga un juez de Derecho Administrativo o un abogado mediador. La Sección 9 de este capítulo contiene más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 7.4 ¿Qué ocurre si no cumple el plazo para presentar su apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha de alta del hospital?

Términos legales

Una revisión rápida (o apelación rápida) también se llama una **apelación acelerada**.

Puede presentar su apelación ante nosotros, si desea

Como se explicó anteriormente, debe actuar con rapidez para iniciar la apelación de Nivel 1 de su fecha de alta del hospital. Si no cumple el plazo para ponerse en contacto con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, hay otra forma de presentar su apelación.

Si utiliza 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

Paso 1: Comuníquese con nosotros y solicite una revisión rápida.

- **Solicite una revisión rápida.** Esto quiere decir que nos pide que le demos una respuesta usando los plazos rápidos en lugar de los plazos estándar. El Capítulo 2 tiene información de contacto.

Paso 2: Hacemos una revisión rápida de su fecha de alta planificada y vemos si es médicamente apropiada.

- Durante esta revisión, examinamos toda la información sobre su hospitalización. Verificamos si la fecha de alta planificada es médicamente apropiada. Vemos si la decisión sobre su alta del hospital es justa y si siguió todas las reglas.

Paso 3: Le comunicaremos nuestra decisión en un plazo de 72 horas después de solicitar la revisión rápida.

- **Si nuestra respuesta a su apelación es favorable**, significa que estamos de acuerdo con usted respecto a que debe seguir en el hospital después del alta. Seguiremos proporcionando sus servicios hospitalarios cubiertos para pacientes hospitalizados, siempre y cuando sean médicamente necesarios. Además, quiere decir que hemos acordado reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha que indicamos como la finalización de su cobertura (debe pagar su parte de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura).
- **Si nuestra respuesta a su apelación es desfavorable**, significa que su fecha de alta planificada era médicamente apropiada. Nuestra cobertura de sus servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados terminará a partir del día que indicamos como la finalización de la cobertura.
 - Si permaneció en el hospital *después* de su fecha de alta planificada, **es posible que deba pagar el costo total** de la atención hospitalaria que recibió después de la fecha de alta planificada.

Paso 4: Si nuestra respuesta a su apelación es *desfavorable*, su caso se enviará *automáticamente* al nivel siguiente del proceso de apelaciones.

Paso a paso: Proceso de apelación *alternativa* de Nivel 2

Términos legales
El nombre formal de la organización de revisión independiente es la Entidad de Revisión Independiente . En ocasiones se denomina IRE (sus siglas en inglés).

La organización de revisión independiente es una organización independiente que tiene contrato con Medicare. No tiene relación con nuestro plan y no es una agencia del gobierno. Esta organización decide si la decisión que hemos tomado es correcta o si debe cambiarse. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Remitiremos automáticamente su caso a la organización de revisión independiente.

- Tenemos la obligación de enviar la información de la apelación de Nivel 2 a la organización de revisión independiente en un plazo de 24 horas desde que le informamos que hemos rechazado la primera apelación (si considera que no cumplimos este plazo u otros plazos, puede hacer un reclamo. La Sección 10 de este capítulo indica cómo hacerlo).

Paso 2: La organización de revisión independiente realiza una revisión rápida de su apelación. Los revisores le informan de la respuesta en un plazo de 72 horas.

- Los revisores en la organización de revisión independiente examinarán detenidamente toda la información relacionada con la apelación de su alta del hospital.
- **Si la respuesta de esta organización a su apelación es *favorable***, debemos pagarle la parte que nos corresponde de los costos de la atención hospitalaria que recibió desde la fecha de su alta planificada. También debemos seguir proporcionando la cobertura del plan para los servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados, siempre y cuando sean médicamente necesarios. Usted debe seguir pagando su parte de los costos. Si hay limitaciones de cobertura, estas podrían restringir la cantidad que podríamos reembolsar o el tiempo durante el cual podríamos continuar con la cobertura de los servicios.
- **Si la respuesta de esta organización a su apelación es *desfavorable***, significa que están de acuerdo con respecto a que la fecha de alta planificada era médicamente apropiada.
 - La notificación por escrito que recibe de la organización de revisión independiente le indicará cómo iniciar una apelación de Nivel 3, de la cual se encarga un juez de Derecho Administrativo o un abogado mediador.

Paso 3: Si la organización de revisión independiente rechaza la apelación, usted decide si quiere avanzar con el proceso.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelación). Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 2, usted puede decidir si acepta la decisión o continúa con la apelación de Nivel 3.
- La Sección 9 de este capítulo contiene más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si cree que su cobertura terminará demasiado pronto

Sección 8.1 *Esta sección trata solo sobre tres servicios: Atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada y servicios de un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF)*

Cuando recibe **servicios de salud a domicilio, atención de enfermería especializada o atención de rehabilitación (centro de rehabilitación integral para pacientes externos)** que están cubiertos, tiene derecho a seguir recibiendo los servicios para ese tipo de atención en la medida que la atención sea necesaria para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Cuando decidamos que es momento de dejar de cubrir cualquiera de estos tres tipos de atención para usted, estamos obligados a comunicárselo con anticipación. Cuando termine su cobertura para esa atención, *dejaremos de pagar nuestra parte de los costos de su atención.*

Si cree que terminaremos la cobertura de su atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión.** Esta sección explica cómo presentar una apelación.

Sección 8.2 **Le informaremos con anticipación cuándo terminará su cobertura**

Términos legales

Notificación de no cobertura de Medicare. Le informa sobre cómo solicitar una **apelación por vía rápida.** Solicitar una apelación por vía rápida es una manera legal y formal de solicitar un cambio de nuestra decisión de cobertura sobre cuándo terminar su atención.

- 1. Recibirá una notificación por escrito** al menos dos días antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención. La notificación le dice:
 - La fecha en que dejaremos de cubrir su atención.
 - Cómo solicitar una apelación por vía rápida para pedirnos que sigamos cubriendo su atención durante un período de tiempo más largo.
- 2. Usted, o alguien que actúe en su nombre, debe firmar la notificación por escrito para indicar que la recibió.** Firmar la notificación *solo* indica que recibió la información sobre cuándo se terminará su cobertura. **Firmarla no implica que está de acuerdo** con la decisión del plan con respecto a que es momento de dejar de recibir atención.

Sección 8.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención por más tiempo

Si desea que cubramos su atención durante un período más prolongado, deberá usar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de comenzar, debe entender lo que necesita hacer y cuáles son los plazos.

- **Seguir el proceso.**
- **Cumplir los plazos.**
- **Pedir ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios para Miembros. O llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos, una organización gubernamental que brinda asistencia personalizada.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad revisará su apelación. Ella determina si la fecha de finalización de su atención es médicamente apropiada.

La **Organización para el Mejoramiento de la Calidad** es un grupo de médicos y otros expertos de la atención médica pagados por el gobierno federal para controlar y ayudar a mejorar la calidad de la atención para las personas con Medicare. Esto incluye la revisión de las decisiones del plan sobre cuándo es el momento para dejar de cubrir ciertos tipos de atención médica. Estos expertos no son parte de nuestro plan.

Paso 1: Presente su apelación de Nivel 1: comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad en su estado y solicite una *apelación por vía rápida*. Debe actuar con rapidez.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- La notificación por escrito que recibió (*Notificación de no cobertura de Medicare*) le indica cómo comunicarse con esta organización. O busque el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad en su estado en el Capítulo 2.

Actúe con rapidez:

- Debe comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad para iniciar su apelación **antes del mediodía del día anterior a la fecha de entrada en vigor** de la *Notificación de no cobertura de Medicare*.
- Si no cumple el plazo para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, y todavía desea presentar una apelación, debe presentarla directamente ante nosotros. Para obtener detalles sobre esta otra forma de presentar una apelación, consulte la Sección 8.5.

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

Términos legales

Explicación detallada de no cobertura. Notificación en la que se detallan los motivos para finalizar la cobertura.

¿Qué ocurre durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud en la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (los revisores) le preguntarán a usted, o a su representante, por qué considera que debería continuar la cobertura para los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- La organización de revisión también examinará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que nuestro plan le haya dado.
- Finalmente, los revisores nos informarán sobre su apelación y le entregaremos la **Explicación detallada de no cobertura** para explicarle en detalle nuestros motivos para terminar la cobertura de sus servicios.

Paso 3: En un plazo de un día completo después de que tengan toda la información necesaria, los revisores le comunicarán su decisión.

¿Qué ocurre si los revisores aceptan su apelación?

- Si los revisores la *aceptan*, **debemos seguir proporcionando sus servicios cubiertos durante el tiempo que sea médicamente necesario.**
- Usted tendrá que continuar con el pago de su parte de los costos (como deducibles o copagos, si se aplican). Es posible que sus servicios cubiertos tengan limitaciones.

¿Qué ocurre si los revisores rechazan su apelación?

- Si los revisores la *rechazan*, **su cobertura terminará en la fecha que le comunicamos.**
- Si decide seguir recibiendo atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada o servicios de un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) *después* de la fecha en que termine su cobertura, entonces **tendrá que pagar el costo total** de esta atención.

Paso 4: Si la respuesta a la apelación de Nivel 1 es negativa, usted decide si desea presentar otra apelación.

- Si los revisores *rechazan* su apelación de Nivel 1 y usted decide seguir recibiendo atención después de que la cobertura de su atención haya terminado, puede presentar una apelación de Nivel 2.

Sección 8.4 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra la atención por más tiempo

Durante una apelación de Nivel 2, usted solicita a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad que reconsidere la decisión durante la primera apelación. Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que usted deba pagar el costo total de su atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada o servicios de un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) *después* de la fecha que indicamos como la finalización de su cobertura.

Paso 1: Comuníquese nuevamente con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y solicite otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **en un plazo de 60 días** después de la fecha en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad haya *rechazado* su apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si siguió recibiendo atención después de la fecha en que terminó la cobertura de su atención.

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

- Los revisores en la Organización para el Mejoramiento de la Calidad volverán a examinar detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En un plazo de 14 días desde la recepción de su solicitud de apelación, los revisores tomarán una decisión sobre su apelación y se la informarán.

¿Qué ocurre si la organización de revisión acepta su apelación?

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención que recibió desde la fecha que indicamos como la finalización de su cobertura. **Debemos seguir proporcionando cobertura** para la atención por el tiempo que sea médicamente necesario.
- Usted debe seguir pagando su parte de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

¿Qué ocurre si la organización de revisión rechaza su apelación?

- Significa que están de acuerdo con la decisión tomada sobre su apelación de Nivel 1.
- La notificación que reciba le indicará por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. También le dará los detalles sobre cómo pasar al nivel siguiente de apelación, del cual se encarga un juez de Derecho Administrativo o un abogado mediador.

Paso 4: Si la respuesta es desfavorable, tendrá que decidir si desea continuar con la apelación.

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, para un total de cinco niveles de apelación. Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, consulte la información detallada sobre cómo hacerlo que se encuentra en la notificación por escrito que recibe después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- De la apelación de Nivel 3 se encarga un juez de Derecho Administrativo o un abogado mediador. La Sección 9 de este capítulo contiene más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 8.5 ¿Qué ocurre si no cumple el plazo para presentar una apelación de Nivel 1?

Puede presentar su apelación ante nosotros, si desea

Como se explicó antes, debe actuar rápidamente para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y comenzar su primera apelación (en un plazo de un día o dos, como máximo). Si no cumple el plazo para ponerse en contacto con esta organización, hay otra forma de presentar su apelación. Si utiliza 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

Términos legales

Una revisión rápida (o apelación rápida) también se llama una **apelación acelerada**.

Paso 1: Comuníquese con nosotros y solicite una revisión rápida.

- **Solicite una revisión rápida.** Esto quiere decir que nos pide que le demos una respuesta usando los plazos rápidos en lugar de los plazos estándar. El Capítulo 2 tiene información de contacto.

Paso 2: Realizamos una revisión rápida de la decisión que tomamos sobre cuándo terminar la cobertura de sus servicios.

- Durante esta revisión, examinamos nuevamente toda la información sobre su caso. Verificamos si cumplimos todas las reglas cuando fijamos la fecha para terminar la cobertura del plan de sus servicios cuando los estaba recibiendo.

Paso 3: Le comunicaremos nuestra decisión en un plazo de 72 horas después de solicitar la revisión rápida.

- **Si nuestra respuesta a su apelación es favorable**, significa que estamos de acuerdo con usted respecto a que necesita servicios por más tiempo y seguiremos cubriendo sus servicios mientras sean médicamente necesarios. Además, quiere decir que hemos acordado reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha que indicamos como la finalización de su cobertura (debe pagar su parte de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura).
- **Si nuestra respuesta a la apelación es desfavorable**, su cobertura terminará en la fecha que le informamos y no pagaremos ninguna parte de los costos después de esa fecha.
- Si siguió recibiendo atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada o servicios de un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) *después* de la fecha que indicamos como la finalización de su cobertura, entonces **tendrá que pagar el costo total** de esta atención.

Paso 4: Si nuestra respuesta a su apelación rápida es *desfavorable*, su caso pasará *automáticamente* al nivel siguiente del proceso de apelaciones.

Términos legales

El nombre formal de la organización de revisión independiente es la **Entidad de Revisión Independiente**. En ocasiones se denomina **IRE** (sus siglas en inglés).

Paso a paso: Proceso de apelación alternativa de Nivel 2

Durante la apelación de Nivel 2, la **organización de revisión independiente** revisa la decisión que tomamos sobre su apelación rápida. Esta organización decide si se debe cambiar la decisión. **La organización de revisión independiente es una organización independiente que tiene contrato con Medicare.** Esta organización no tiene relación con nuestro plan y no es una agencia del gobierno. Esta organización es una compañía que Medicare escoge para realizar el trabajo de la organización de revisión independiente. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Remitimos automáticamente su caso a la organización de revisión independiente.

- Tenemos la obligación de enviar la información de la apelación de Nivel 2 a la organización de revisión independiente en un plazo de 24 horas desde que le informamos que hemos rechazado la primera apelación (si considera que no cumplimos este plazo u otros plazos, puede hacer un reclamo. La Sección 10 de este capítulo indica cómo hacerlo).

Paso 2: La organización de revisión independiente realiza una revisión rápida de su apelación. Los revisores le informan de la respuesta en un plazo de 72 horas.

- Los revisores en la organización de revisión independiente examinarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.
- **Si la respuesta de esta organización a su apelación es *favorable***, debemos pagarle la parte que nos corresponde de los costos de la atención que recibió desde la fecha que indicamos como la finalización de su cobertura. También debemos seguir cubriendo la atención durante el tiempo que sea médicamente necesario. Usted debe seguir pagando su parte de los costos. Si hay limitaciones de cobertura, estas podrían restringir cuánto reembolsaríamos o cuánto tiempo continuaríamos cubriendo los servicios.
- **Si la respuesta de la organización a su apelación es *desfavorable***, significa que están de acuerdo con la decisión de nuestro plan respecto a su primera apelación y no la cambiarán.
 - La notificación que recibirá de la organización de revisión independiente le indicará por escrito lo que puede hacer si desea pasar a una apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si la respuesta de la organización de revisión independiente a su apelación es desfavorable, usted decide si desea avanzar con el proceso.

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, para un total de cinco niveles de apelación. Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, consulte la información detallada sobre cómo hacerlo que se encuentra en la notificación por escrito que recibe después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- Una apelación de Nivel 3 es revisada por un juez de Derecho Administrativo o un abogado mediador. La Sección 9 de este capítulo contiene más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 9 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y siguientes

<h3>Sección 9.1 Niveles 3, 4 y 5 de apelación para solicitudes de servicio médico</h3>

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2, y ha recibido una respuesta negativa a ambas.

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico por el que apeló cumple ciertos niveles mínimos, podría seguir con niveles adicionales de apelación. Si el valor en dólares es menor que el nivel mínimo, no podrá seguir apelando. La respuesta por escrito que reciba a su apelación de Nivel 2 explicará con quién comunicarse y qué hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

Para la mayoría de las situaciones que involucran apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan en forma similar. A continuación, indicamos quién está a cargo de revisar la apelación en cada uno de estos niveles:

Apelación de Nivel 3	Un juez de Derecho Administrativo o un abogado mediador que trabaja para el gobierno federal revisará la apelación y le informará de la respuesta.
-----------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

- **Si el juez de Derecho Administrativo o abogado mediador acepta su apelación, el proceso de apelaciones *puede o no haber terminado*.** A diferencia de una decisión en una apelación de Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 que sea favorable para usted. Si decidimos apelar, lo haremos en el Nivel 4.
 - Si decidimos *no* apelar, debemos autorizar o proveerle la atención médica en un plazo de 60 días calendario después de recibir la decisión del juez de Derecho Administrativo o abogado mediador.
 - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 junto con cualquier documento acompañante. Podríamos esperar la decisión de la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o proveer la atención médica en conflicto.
- **Si el juez de Derecho Administrativo o abogado mediador rechaza su apelación, el proceso de apelaciones *puede o no haber terminado*.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones llega a su fin.
 - Si no quiere aceptar la decisión, puede continuar al nivel siguiente del proceso de revisión. La notificación que reciba le indicará lo que debe hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4	El Consejo de Apelaciones de Medicare (el Consejo) revisará su apelación y le comunicará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.
-----------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

- **Si la respuesta es favorable, o si el Consejo rechaza nuestra solicitud de revisar una decisión favorable de una apelación de Nivel 3, el proceso de apelaciones *puede o no haber terminado*.** A diferencia de una decisión en el Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 4 que sea favorable para usted. Decidiremos si llevamos esta apelación al Nivel 5.
 - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proveerle la atención médica en un plazo de 60 días calendario después de recibir la decisión del Consejo.
 - Si decidimos apelar la decisión, le informaremos por escrito.
- **Si la respuesta es desfavorable o si el Consejo rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones *puede o no haber terminado*.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones llega a su fin.
 - Si no quiere aceptar la decisión, quizá pueda avanzar al nivel siguiente del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, la notificación que reciba le informará si

las reglas permiten que pase a una apelación de Nivel 5 y cómo continuar con una apelación de Nivel 5.

Apelación de Nivel 5 Un juez del **Tribunal Federal de Distrito** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si se *acepta* o *rechaza* su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación después del Tribunal Federal de Distrito.

Sección 9.2 Niveles 3, 4 y 5 de apelación para solicitudes de medicamentos de Part D

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2, y ha recibido una respuesta negativa a ambas.

Si el valor del medicamento por el cual apeló es de cierta cantidad en dólares, podría seguir con niveles adicionales de apelación. Si la cantidad en dólares es menor, no podrá seguir apelando. La respuesta por escrito que reciba a su apelación de Nivel 2 explicará con quién comunicarse y qué hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

Para la mayoría de las situaciones que involucran apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan en forma similar. A continuación, indicamos quién está a cargo de revisar la apelación en cada uno de estos niveles:

Apelación de Nivel 3 Un juez de **Derecho Administrativo** o un **abogado mediador que trabaja para el gobierno federal** revisará la apelación y le informará de la respuesta.

- **Si la respuesta es favorable, el proceso de apelaciones llega a su fin.** Debemos **autorizar o proveer la cobertura de medicamentos** que fue aprobada por el juez de Derecho Administrativo o abogado mediador **en un plazo de 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago a más tardar 30 días calendario** después que recibamos la decisión.
- **Si la respuesta es desfavorable, el proceso de apelaciones puede o no haber terminado.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones llega a su fin.
 - Si no quiere aceptar la decisión, puede continuar al nivel siguiente del proceso de revisión. La notificación que reciba le indicará lo que debe hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4 El **Consejo de Apelaciones de Medicare** (el Consejo) revisará su apelación y le comunicará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es favorable, el proceso de apelaciones llega a su fin.** Debemos **autorizar o proveer la cobertura de medicamentos** que fue aprobada por el Consejo **en un plazo de**

72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago a más tardar 30 días calendario después que recibamos la decisión.

- **Si la respuesta es desfavorable, el proceso de apelaciones *puede o no haber terminado.***
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones llega a su fin.
 - Si no quiere aceptar la decisión, quizá pueda avanzar al nivel siguiente del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación o su solicitud de revisar la apelación, la notificación le dirá si las reglas le permiten que continúe con una apelación de Nivel 5. También le indicará con quién debe comunicarse y lo que debe hacer seguidamente si decide continuar con la apelación.

Apelación de Nivel 5 Un juez del **Tribunal Federal de Distrito** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si se *acepta o rechaza* su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación después del Tribunal Federal de Distrito.

COMO HACER RECLAMOS

SECCIÓN 10 Cómo hacer un reclamo sobre calidad de atención, tiempos de espera, servicio al cliente u otras inquietudes

Sección 10.1 ¿Qué tipos de problemas resuelve el proceso de reclamos?

El proceso de reclamos es *solo* para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con calidad de la atención, tiempos de espera y servicio al cliente. A continuación, hay algunos ejemplos de problemas solucionados por el proceso de reclamos.

Reclamo	Ejemplo
Calidad de su atención médica	<ul style="list-style-type: none"> ● ¿Está disconforme con la calidad de la atención que recibió (incluida la atención en un hospital)?
Respeto por su privacidad	<ul style="list-style-type: none"> ● ¿Alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial?

Reclamo	Ejemplo
Falta de respeto, mal servicio al cliente u otras conductas negativas	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Alguien ha sido descortés o irrespetuoso con usted? • ¿No está satisfecho con nuestro Servicios para Miembros? • ¿Siente que lo están alentando a abandonar el plan?
Tiempos de espera	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Tiene problemas para conseguir una cita o espera demasiado para obtenerla? • ¿Lo han hecho esperar demasiado los médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud? ¿O nuestro Servicios para Miembros u otro personal del plan? <ul style="list-style-type: none"> ○ Los ejemplos incluyen esperar demasiado en el teléfono, en la sala de espera o de examen, o para conseguir una receta.
Limpieza	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Está disconforme con la limpieza o estado de una clínica, hospital o el consultorio de un médico?
Información que le entregamos	<ul style="list-style-type: none"> • ¿No le hemos dado la notificación requerida? • ¿Nuestra información escrita es difícil de entender?
Puntualidad (estos tipos de reclamos están relacionados con la puntualidad de nuestras actuaciones respecto a las decisiones de cobertura y apelaciones)	<p>Si solicitó una decisión de cobertura o presentó una apelación y cree que no respondemos con la suficiente prontitud, puede hacer un reclamo sobre nuestra lentitud. Aquí hay algunos ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nos solicitó una decisión rápida de cobertura o una apelación rápida y la rechazamos; puede hacer un reclamo. • Considera que no cumplimos los plazos de las decisiones de cobertura o apelaciones; puede hacer un reclamo. • Considera que no cumplimos los plazos para cubrir o reembolsar determinados artículos o servicios médicos o medicamentos que fueron aprobados; puede hacer un reclamo. • Considera que no hemos cumplido los plazos requeridos para remitir su caso a la organización de revisión independiente; puede hacer un reclamo.

Sección 10.2 Cómo hacer un reclamo

Términos legales

- Un **reclamo** también se conoce como una **queja**.
- **Hacer un reclamo** también se conoce como **presentar una queja**.
- **Usar el proceso de reclamos** también se conoce como **usar el proceso para presentar una queja**.
- Un **reclamo rápido** también se conoce como una **queja acelerada**.

Sección 10.3 Paso a paso: Cómo hacer un reclamo

Paso 1: Comuníquese con nosotros de inmediato, ya sea por teléfono o por escrito.

- **Por lo general, el primer paso es llamar a Servicios para Miembros.** Si hay algo más que deba hacer, Servicios para Miembros se lo hará saber.
- **Si no desea llamar (o llamó y no se sintió satisfecho), puede escribir su reclamo y enviarnoslo.** Si escribe su reclamo, responderemos a su reclamo por escrito.
- Debe presentar una queja a más tardar 60 días después del hecho en cuestión, ya sea que la presente oralmente o por escrito. Puede hacerlo llamando a Servicios para Miembros al 1-800-701-9000 (TTY: 711). Los representantes están disponibles de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. 7 días a la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. Fuera del horario de atención y en días festivos, deje un mensaje y un representante le devolverá la llamada el siguiente día hábil. También puede presentar una queja por escrito. Para ello debe enviarla por correo a: Tufts Medicare Preferred, Attn: Appeals & Grievances Department, P.O. Box 474, Canton, MA 02021. O puede enviarla por fax al: 1-617-972-9516.

Si desea que un amigo, pariente u otra persona sea su representante, llame a Servicios para Miembros y solicite el formulario de *Designación de representante de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid*. Este 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 www.thpmp.org. El formulario le otorga autorización a la persona para actuar en su representación. Debe estar firmado por usted y la persona que desea que actúe en su representación. Debe entregarnos una copia del formulario firmado.

- El **plazo** para hacer un reclamo es de 60 días calendario a partir del momento en que tuvo el problema por el que desea reclamar.

Paso 2: Revisamos su reclamo y le damos una respuesta.

- **De ser posible, le responderemos de inmediato.** Si nos llama con un reclamo, es posible que le comuniquemos una respuesta durante la misma llamada.

- **Se responde a la mayoría de los reclamos en un plazo de 30 días calendario.** Si necesitamos más información y el retraso lo beneficia o si solicita más tiempo, podemos tomarnos hasta 14 días calendario más (44 días calendario en total) para responder su reclamo. Si decidimos tomar días adicionales, le informaremos por escrito.
- **Si hace un reclamo porque rechazamos su solicitud por una decisión rápida de cobertura o una apelación rápida, le otorgaremos automáticamente un reclamo rápido.** Si tiene un reclamo rápido, significa que le daremos **una respuesta en un plazo de 24 horas.**
- **Si no estamos de acuerdo** con parte o la totalidad de su reclamo o no nos hacemos responsables del problema por el cual está reclamando, incluiremos nuestros motivos en la respuesta que le demos.

Sección 10.4 También puede hacer reclamos sobre la calidad de la atención ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad

Cuando su reclamo está relacionado con la *calidad de la atención*, también tiene dos opciones adicionales:

- **Puede hacer su reclamo directamente ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.** La Organización para el Mejoramiento de la Calidad es un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos de la atención médica pagados por el gobierno federal para revisar y mejorar la atención ofrecida a pacientes beneficiarios de Medicare. El Capítulo 2 tiene información de contacto.

O bien

- **Puede hacer su reclamo ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y ante nosotros al mismo tiempo.**

Sección 10.5 También puede informar a Medicare sobre su reclamo

Puede presentar un reclamo sobre Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx directamente a Medicare. Para enviar un reclamo a Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD pueden llamar al 1-877-486-2048.

CAPÍTULO 10:

Fin de su membresía en el plan

SECCIÓN 1 Introducción a la finalización de su membresía en nuestro plan

Finalizar su membresía en Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx puede ser algo **voluntario** (por decisión propia) o **involuntario** (no es su decisión):

- Puede abandonar nuestro plan porque ha decidido que *desea* abandonarlo. Las Secciones 2 y 3 proporcionan información sobre la finalización voluntaria de la membresía.
- Hay también situaciones limitadas en que estamos obligados a finalizar su membresía. La Sección 5 le informa sobre las situaciones en que debemos finalizar su membresía.

Si abandona nuestro plan, nuestro plan debe continuar proporcionándole atención médica y medicamentos recetados, y usted continuará pagando su costo compartido hasta que finalice su membresía.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede finalizar su membresía en nuestro plan?

Sección 2.1 Usted puede finalizar su membresía durante el período de inscripción anual

Puede finalizar su membresía en nuestro plan durante el **período de inscripción anual** (también conocido como el **período de inscripción abierta anual**). Durante este tiempo, revise su cobertura de salud y medicamentos y decida sobre la cobertura para el siguiente año.

- **El período de inscripción anual** es desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre**.
- **Elija mantener su cobertura actual o hacer cambios a su cobertura para el año siguiente.** Si decide cambiarse a un nuevo plan, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de plan:
 - Otro plan de salud de Medicare con o sin cobertura de medicamentos recetados.
 - Original Medicare *con* un plan independiente de medicamentos recetados de Medicare.
 - Original Medicare *sin* un plan independiente de medicamentos recetados de Medicare.
 - Si elige esta opción, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted haya rechazado la inscripción automática.

Tome en cuenta lo siguiente: Si cancela la inscripción de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y se queda sin cobertura de medicamentos recetados acreditable durante 63 días seguidos o más, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía en Part D si se afilia a un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

- **Su membresía finalizará en nuestro plan** cuando comience la cobertura de su nuevo plan, el 1 de enero.

Sección 2.2 Usted puede finalizar su membresía durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage

Tiene la oportunidad de hacer *un* cambio a su cobertura de salud durante el **período de inscripción abierta de Medicare Advantage**.

- El período de inscripción abierta anual de Medicare Advantage es del 1 de enero al 31 de marzo.
- Durante el período de inscripción abierta anual de Medicare Advantage usted puede:
 - Cambiarse a otro plan Medicare Advantage con o sin cobertura de medicamentos recetados.
 - Cancelar la inscripción en nuestro plan y obtener cobertura a través de Original Medicare. Si decide cambiarse a Original Medicare durante este período, también puede afiliarse a un plan independiente de medicamentos recetados de Medicare en ese momento.
- Su membresía finalizará el primer día del mes posterior a su inscripción en un plan diferente de Medicare Advantage o posterior a que recibamos su solicitud para cambiarse a Original Medicare. Si además elige inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare, su membresía en el plan de medicamentos comenzará el primer día del mes después de que el plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

Sección 2.3 En ciertas situaciones, usted puede finalizar su membresía durante un período de inscripción especial

En ciertas situaciones, los miembros de Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx pueden ser elegibles para finalizar su membresía en otros momentos del año. Esto se conoce como **período de inscripción especial**.

Usted puede ser elegible para finalizar su membresía durante un período de inscripción especial si cualquiera de las siguientes situaciones se aplica a su caso. Estos son solo ejemplos; para obtener la lista completa puede comunicarse con el plan, llamar a Medicare o visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov):

- Normalmente, cuando se muda.
- Si tiene Medicaid (MassHealth).
- Si es elegible para el programa “Extra Help” con pago por sus recetas de Medicare.
- Si infringimos nuestro contrato con usted.
- Si recibe atención en una institución, como una casa de reposo u hospital de cuidados a largo plazo (LTC).
- Si se inscribe en el Programa de Cuidado Integral para Ancianos (PACE por sus siglas en inglés).

Tome en cuenta lo siguiente: Si está en un programa de gestión de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de plan. El Capítulo 5, Sección 10, le informa sobre los programas de gestión de medicamentos.

Los períodos de inscripción varían dependiendo de su situación.

Para saber si es elegible para un período de inscripción especial, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 24 horas al día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si es elegible para finalizar su membresía debido a una situación especial, puede optar por cambiar su cobertura de salud y su cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Puede elegir:

- Otro plan de salud de Medicare con o sin cobertura de medicamentos recetados.
- Original Medicare *con* un plan independiente de medicamentos recetados de Medicare.

O bien

- Original Medicare *sin* un plan independiente de medicamentos recetados de Medicare.

Tome en cuenta lo siguiente: Si cancela la inscripción de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y se queda sin cobertura de medicamentos recetados acreditable durante 63 días seguidos o más, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía en Part D si se afilia a un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Su membresía normalmente finalizará el primer día del mes posterior a la recepción de su solicitud de cambiar de plan.

Si recibe “Extra Help” de Medicare para pagar sus medicamentos recetados: si se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan independiente de medicamentos recetados de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted haya rechazado la inscripción automática.

Sección 2.4 ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede usted finalizar su membresía?

Si tiene alguna pregunta sobre cómo finalizar su membresía, puede hacer lo siguiente:

- **Llame a Servicios para Miembros.**
- Busque la información en el manual *Medicare y usted 2024*.
- Comuníquese con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 24 horas al día, 7 días a la semana (TTY: 1-877-486-2048).

SECCIÓN 3 ¿Cómo puede finalizar su membresía en nuestro plan?

La siguiente tabla explica cómo debe finalizar su membresía en nuestro plan.

Si desea cambiarse de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
<ul style="list-style-type: none">Otro plan de salud de Medicare.	<ul style="list-style-type: none">Inscribirse en el nuevo plan de salud de Medicare.Se cancelará automáticamente su inscripción en Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx cuando comience la cobertura del nuevo plan.
<ul style="list-style-type: none">Original Medicare <i>con</i> un plan independiente de medicamentos recetados de Medicare.	<ul style="list-style-type: none">Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos recetados de Medicare.Se cancelará automáticamente su inscripción en Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx cuando comience la cobertura del nuevo plan.
<ul style="list-style-type: none">Original Medicare <i>sin</i> un plan independiente de medicamentos recetados de Medicare.	<ul style="list-style-type: none">Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar su inscripción. Comuníquese con Servicios para Miembros si necesita más información sobre cómo hacerlo.También puede comunicarse con Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 24 horas al día, 7 días a la semana y pedir que cancelen su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.Se cancelará su inscripción en Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx cuando comience la cobertura de Original Medicare.

SECCIÓN 4 Hasta que finalice su membresía, debe seguir obteniendo sus artículos médicos, servicios y medicamentos a través de nuestro plan

Hasta que finalice su membresía y comience su nueva cobertura de Medicare, usted debe continuar obteniendo sus artículos médicos, servicios y medicamentos recetados a través de nuestro plan.

- **Continúe utilizando los proveedores de nuestra red para recibir atención médica.**
- **Continúe utilizando las farmacias de nuestra red o pedidos por correo para surtir sus recetas.**
- **Si está hospitalizado el día que finaliza su membresía, su estadía hospitalaria estará cubierta por nuestro plan hasta que le den el alta** (incluso si lo dan de alta después de que comience su nueva cobertura de salud).

SECCIÓN 5 Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx debe finalizar su membresía en el plan en ciertas situaciones

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos finalizar su membresía en el plan?

Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx debe finalizar su membresía en el plan si ocurre alguna de las siguientes situaciones:

- Si ya no es beneficiario de Medicare Part A y Part B.
- Si se muda fuera del área de servicio.
- Si está fuera de nuestra área de servicio durante más de seis meses.
 - Si se muda o hace un viaje extenso, llame a Servicios para Miembros para saber si el lugar al que se muda o viaja está en el área de nuestro plan.
- Si lo encarcelan (va a prisión).
- Si ya no es ciudadano estadounidense ni tiene residencia legal en los Estados Unidos.
- Si miente u oculta información sobre otro seguro que tenga que proporcione cobertura de medicamentos recetados.
- Si nos proporciona información incorrecta intencionalmente cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan (no podemos obligarlo a dejar nuestro plan por este motivo, a menos que primero obtengamos una autorización de Medicare).
- Si se comporta continuamente de una manera problemática que nos dificulta proveerles atención médica a usted y a otros miembros de nuestro plan (no podemos obligarlo a dejar nuestro plan por este motivo, a menos que primero obtengamos una autorización de Medicare).
- Si permite que otra persona use su tarjeta de membresía para recibir atención médica (no podemos obligarlo a dejar nuestro plan por este motivo, a menos que primero obtengamos una autorización de Medicare).

- Si finalizamos su membresía por este motivo, Medicare podría solicitar que el inspector general investigue su caso.
- Si usted no paga las primas del plan durante *2 meses*.
 - Debemos notificarle por escrito que tiene *2 meses* para pagar la prima del plan antes de que finalicemos su membresía.
- Si se le exige pagar la cantidad adicional de Part D debido a sus ingresos y no la paga, Medicare cancelará su inscripción en nuestro plan y usted perderá la cobertura de medicamentos recetados.

¿Dónde puede conseguir más información?

Si tiene alguna pregunta o si le gustaría obtener más información sobre cuándo podemos finalizar su membresía, llame a Servicios para Miembros.

Sección 5.2 No podemos pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con la salud

Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx no tiene permitido pedirle que abandone nuestro plan por motivos relacionados con su salud.

¿Qué debe hacer si esto ocurre?

Si cree que le están pidiendo que abandone nuestro plan por un motivo relacionado con la salud, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 24 horas al día, 7 días a la semana (TTY: 1-877-486-2048).

Sección 5.3 Tiene derecho a hacer un reclamo si finalizamos su membresía en nuestro plan

Si finalizamos su membresía en nuestro plan, debemos comunicarle por escrito nuestros motivos para finalizar su membresía. También debemos explicar cómo puede presentar una queja o hacer un reclamo sobre nuestra decisión de finalizar su membresía.

CAPÍTULO 11:

Notificaciones legales

SECCIÓN 1 Notificación sobre leyes vigentes

La ley principal que se aplica a este documento de *Evidencia de Cobertura* es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y las normativas creadas al amparo de la Ley del Seguro Social por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Además, podrían aplicarse otras leyes federales y, en ciertas circunstancias, las leyes del estado en que reside. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades, incluso si las leyes no están incluidas o explicadas en este documento.

SECCIÓN 2 Notificación sobre no discriminación

No discriminamos por motivos de raza, origen étnico, color, religión, sexo, género, edad, orientación sexual, discapacidad mental o física, estado de salud, experiencia con reclamaciones, antecedentes médicos, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que proveen planes de Medicare Advantage, como nuestro plan, deben obedecer las leyes federales contra la discriminación, incluyendo el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley contra la Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, el artículo 1557 de la Ley de Asistencia Asequible, todas las otras leyes que se aplican a las organizaciones que reciben financiamiento federal y cualquier otra ley y reglamento que se aplique por cualquier otro motivo.

Si desea obtener más información o si tiene inquietudes sobre discriminación o trato injusto, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY: 1-800-537-7697) o a su Oficina de Derechos Civiles local. También puede consultar la información de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos en <https://www.hhs.gov/ocr/index.html>.

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para acceder a la atención, llame a Servicios para Miembros. Si tiene un reclamo, como, por ejemplo, un problema con el acceso para silla de ruedas, Servicios para Miembros puede ayudarlo.

SECCIÓN 3 Notificación sobre derechos de subrogación de pagadores secundarios de Medicare

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar los servicios cubiertos por Medicare para los cuales Medicare no es el pagador primario. De acuerdo con las normativas de los CMS en las secciones 422.108 y 423.462 del Título 42 del Código de Reglamentos Federales (CFR), Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx, como una organización de Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que ejerce la Secretaría de acuerdo con las normativas de los CMS en las subpartes B hasta D de la parte 411 del Título 42 del CFR, y los reglamentos establecidos en esta sección sustituyen cualquier ley estatal.

SECCIÓN 4 Notificación sobre la relación entre Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx y los proveedores

Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx proporciona cobertura para servicios de cuidado de la salud. Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx no proporciona servicios de cuidado de la salud. Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx sostiene acuerdos contractuales con proveedores que ejercen en centros y consultorios privados a lo largo del área de servicio. Estos proveedores son independientes. No son empleados ni representantes de Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx. Los proveedores no están autorizados a cambiar esta *Evidencia de Cobertura* o suponer o crear alguna obligación para Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx que contradiga esta *Evidencia de Cobertura*.

SECCIÓN 5 Notificación sobre el artículo 1557 de la Ley de Asistencia Asequible

Tufts Health Plan cumple con las leyes federales vigentes sobre derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, color, origen étnico, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual o identidad de género. Tufts Health Plan no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a su raza, color, origen étnico, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual o identidad de género.

Tufts Health Plan:

- Provee ayuda y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que se comuniquen de forma eficaz con nosotros, tales como:
 - Información por escrito en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, etc.)
- Provee servicios lingüísticos gratuitos a personas cuyo idioma principal no es el inglés, tales como:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con Tufts Health Plan al 1-800-701-9000 (TTY: 711).

Si cree que Tufts Health Plan no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de alguna otra manera por motivos de raza, color, origen étnico, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual o identidad de género, puede presentar una queja a:

Tufts Health Plan, Attention:

Civil Rights Coordinator, Legal Dept.

1 Wellness Way

Canton, MA 02021

Teléfono: 1-888-880-8699, ext. 48000

Número de TTY: 1-800-439-2370 o 711

Español: 1-866-930-9252

Fax: 1-617-972-9048

Correo electrónico: OCRCoordinator@point32health.org

Puede presentar una queja en persona o por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, el coordinador de Derechos Civiles de Tufts Health Plan está disponible para ayudarle.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, en forma electrónica a través del portal de reclamos de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, o por correo o teléfono a:

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue, SW

Room 509F, HHH Building,

Washington, DC 20201

1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD).

Los formularios de reclamos están disponibles en <https://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

CAPÍTULO 12:

Definiciones de palabras importantes

Apelación: una apelación es una medida que usted puede tomar si está en desacuerdo con nuestra decisión de rechazar una solicitud de cobertura de servicios de cuidado de la salud o medicamentos recetados o una solicitud de pago por servicios o medicamentos que ya haya recibido. También puede presentar una apelación si está en desacuerdo con nuestra decisión de cancelar los servicios que está recibiendo.

Área de servicio: área geográfica en la que debe vivir para afiliarse a un determinado plan de salud. Para los planes que limitan qué médicos y hospitales puede usar, también es generalmente el área donde puede recibir servicios de rutina (que no son de emergencia). El plan debe cancelar su inscripción si se muda permanentemente fuera del área de servicio del plan.

Atención de emergencia: servicios cubiertos que son: 1) ofrecidos por un proveedor calificado para proporcionar servicios de emergencia; y 2) necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una afección de emergencia.

Atención en un centro de enfermería especializada (SNF): servicios de atención de enfermería especializada y rehabilitación proporcionados de manera continua y diaria en un centro de enfermería especializada. Algunos ejemplos de atención incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo pueden administrar enfermeras registradas o un médico.

Autorización previa: aprobación anticipada para obtener servicios o ciertos medicamentos. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el Cuadro de beneficios en el Capítulo 4. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el formulario.

Auxiliar de salud a domicilio: una persona que provee servicios para los que no se necesitan las habilidades de una enfermera certificada o terapeuta, como ayuda con el cuidado personal (por ejemplo, bañarse, usar el inodoro, vestirse o realizar los ejercicios recetados).

Beneficios complementarios opcionales: beneficios no cubiertos por Medicare que se pueden comprar por una prima adicional y no están incluidos en su paquete de beneficios. Debe elegir voluntariamente los beneficios complementarios opcionales para obtenerlos.

Biosimilar: medicamento recetado que se considera muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Por lo general, los biosimilares funcionan igual de bien y son tan seguros como el producto biológico original; sin embargo, los biosimilares generalmente requieren una nueva receta para sustituir al producto biológico original.

Cancelar o cancelación de inscripción: el proceso de finalizar su membresía en nuestro plan.

Cantidad de ajuste mensual relacionado con el ingreso (IRMAA): si su ingreso bruto ajustado modificado, según lo informado en la declaración de impuestos del IRS de hace 2 años, es superior a cierta cantidad, pagará la cantidad estándar por la prima y una cantidad de ajuste mensual relacionado con el ingreso, también conocida como IRMAA. La IRMAA es un cargo adicional de su prima. Menos del 5 % de las personas con Medicare se ven afectadas, por lo que la mayoría de las personas no pagará una prima mayor.

Cantidades máximas: herramienta de gestión diseñada para limitar el uso de medicamentos seleccionados por motivos de calidad, seguridad o utilización. Se puede limitar la cantidad del medicamento que cubrimos por receta o por un período definido.

Centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF): un centro que proporciona principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, incluyendo fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios de patología del habla-lenguaje y de evaluación del entorno doméstico.

Centro quirúrgico ambulatorio: un centro quirúrgico ambulatorio es una entidad que opera exclusivamente con el propósito de ofrecer servicios quirúrgicos para pacientes externos que no necesitan hospitalización y cuya estadía esperada no excede las 24 horas.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS): la agencia federal que administra Medicare.

Círculo de referidos: cada PCP del plan tiene ciertos especialistas del plan, denominados círculo de referidos, que utiliza para proporcionarle atención médica. Esto significa que, en la mayoría de los casos, usted no tendrá acceso a toda la red de Tufts Medicare Preferred, excepto en situaciones de emergencia o urgencia o para diálisis renal u otros servicios fuera de la red.

Coaseguro: una cantidad expresada como un porcentaje (por ejemplo, 20 %) que pueden exigirle que pague como su parte del costo de los servicios o medicamentos recetados después de que pague los deducibles.

Cobertura de medicamentos recetados acreditable: cobertura de medicamentos recetados (por ejemplo, de un empleador o sindicato) que se espera que pague, en promedio, como mínimo, un equivalente a la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura cuando pasan a ser elegibles para Medicare pueden, generalmente, conservar esa cobertura sin pagar una multa si deciden inscribirse después en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare.

Cobertura de medicamentos recetados de Medicare (Medicare Part D): seguro para ayudar a pagar medicamentos recetados, vacunas, sustancias biológicas y algunos suministros ambulatorios no cubiertos por Medicare Part A o Part B.

Copago: una cantidad que se le puede exigir que pague como su parte del costo de un servicio o suministro médico, como una visita médica, visita hospitalaria como paciente externo o un medicamento recetado. Un copago es una cantidad fija (por ejemplo, \$10), en vez de un porcentaje.

Costo compartido estándar: el costo compartido estándar es el costo compartido distinto del costo compartido preferido que se ofrece en una farmacia de la red.

Costos compartidos preferidos: significa un costo compartido más bajo, en ciertas farmacias de la red, para ciertos medicamentos cubiertos por Part D.

Costos compartidos: los costos compartidos se refieren a las cantidades que un miembro debe pagar cuando recibe servicios o medicamentos (además de la prima mensual del plan). Los costos compartidos incluyen cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pago: (1) cualquier cantidad de deducible que puede imponer un plan antes de que cubra los servicios o medicamentos; (2) cualquier cantidad fija de copago que exige un plan cuando se recibe un servicio o medicamento específico; o (3) cualquier cantidad de coaseguro, es decir, un porcentaje de la cantidad total pagada por un servicio o medicamento que un plan exige cuando se recibe un servicio o medicamento específico.

Cuidado de relevo: el cuidado de relevo es el cuidado personal proporcionado en una casa de reposo, hospicio u otro centro cuando no necesita atención médica especializada o atención de enfermería especializada. El cuidado de relevo, proporcionado por personas que no tienen capacitación o habilidades profesionales, incluye ayuda para las actividades de la vida diaria, como bañarse, vestirse, comer, levantarse o acostarse, sentarse o levantarse de una silla, desplazarse e ir al baño. También puede incluir el tipo de cuidado relacionado con la salud que la mayoría de las personas son capaces de hacer por sí mismas, como usar gotas para los ojos. Medicare no paga el cuidado de relevo.

Deducible: la cantidad que debe pagar por atención médica o recetas antes que nuestro plan comience a pagar.

Desembolsos: consulte la definición anterior de costos compartidos. El requisito que establece que un miembro debe pagar una parte de los servicios o medicamentos recibidos también se conoce como el requisito de desembolso del miembro.

Determinación de cobertura: decisión acerca de si un medicamento que le recetaron está cubierto por el plan y la cantidad, de haberla, que debe pagar por la receta. En general, si lleva su receta a una farmacia y la farmacia le indica que la receta no está cubierta por su plan, esa no es una determinación de cobertura. Debe llamar o escribir a su plan para solicitar una decisión formal sobre la cobertura. Las determinaciones de cobertura se denominan **decisiones de cobertura** en este documento.

Determinación de la organización: una decisión que toma nuestro plan sobre si los artículos o servicios están cubiertos o sobre cuánto tiene que pagar usted por artículos o servicios cubiertos. Las determinaciones de la organización se denominan **decisiones de cobertura** en este documento.

Emergencia: una emergencia médica es cuando usted o cualquier otra persona prudente sin conocimiento especializado (con un conocimiento promedio) de salud y medicina cree que usted presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para impedir la muerte (y, si es una mujer embarazada, la pérdida de un feto), la pérdida de una extremidad o de las funciones de una extremidad, o la pérdida o el deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o una afección que está empeorando rápidamente.

Equipo médico duradero (DME): cierto equipo médico indicado por su médico por motivos médicos. Algunos ejemplos incluyen andadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos para enfermos, suministros para diabéticos, bombas de infusión intravenosa,

dispositivos de generación de habla, equipo de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital indicadas por un proveedor para su uso en el hogar.

Estadía hospitalaria como paciente hospitalizado: una estadía en el hospital cuando lo ingresan formalmente para servicios médicos especializados. Aun cuando pase toda la noche en el hospital, se le podría considerar un paciente externo.

Evidencia de Cobertura (EOC por sus siglas en inglés) e información de divulgación: este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro documento adjunto, cláusulas adicionales u otra cobertura opcional seleccionada, explica su cobertura, qué debemos hacer, sus derechos y qué debe hacer como miembro de nuestro plan.

Excepción: tipo de decisión de cobertura que, de ser aprobado, le permite recibir un medicamento que no está en nuestro formulario (una excepción del formulario) o recibir un medicamento no preferido a un nivel menor de costos compartidos (una excepción del nivel). También puede solicitar una excepción si nuestro plan le exige que pruebe otro medicamento antes de recibir el medicamento que solicita, o si nuestro plan limita la cantidad o dosis del medicamento que solicita (una excepción del formulario).

“Extra Help” (Ayuda Adicional): un programa de Medicare o estatal que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos recetados de Medicare, tales como primas, deducibles y coaseguro.

Facturación de saldo: cuando un proveedor (como un médico u hospital) le factura a un paciente una cantidad mayor que la permitida de costos compartidos del plan. Como miembro de Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx, solo tiene que pagar las cantidades de costos compartidos de nuestro plan cuando recibe servicios cubiertos por el plan. No permitimos que los proveedores **facturen el saldo** o de otra manera le cobren una cantidad superior a los costos compartidos que su plan establece que debe pagar.

Farmacia de la red: una farmacia que tiene contrato con nuestro plan y en la que los miembros de nuestro plan pueden obtener sus beneficios de medicamentos recetados. En la mayoría de los casos, sus recetas están cubiertas solo si se surten en una de las farmacias de nuestra red.

Farmacia fuera de la red: farmacia que no tiene contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. La mayoría de los medicamentos que obtiene de farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que se apliquen ciertas condiciones.

Herramienta de beneficios en tiempo real: un portal o aplicación informática en el que los afiliados pueden consultar información completa, precisa, oportuna, clínicamente adecuada y específica sobre el formulario y los beneficios. Esto incluye cantidades de costos compartidos, medicamentos alternativos del formulario que pueden usarse para la misma afección a la que se destina un medicamento determinado y restricciones de cobertura (autorización previa, terapia escalonada y cantidad máxima) que se aplican a los medicamentos alternativos.

Hospicio: beneficio que proporciona un tratamiento especial a un miembro que ha sido certificado médicamente como enfermo terminal, lo que significa que tiene una esperanza de vida de 6 meses o menos. Nosotros, su plan, debemos proveerle una lista de centros de hospicio en su área geográfica. Si elige recibir cuidados de hospicio y continúa pagando primas, sigue siendo miembro de nuestro plan. Puede seguir recibiendo todos los servicios médicamente necesarios, al igual que los beneficios complementarios que ofrecemos.

Indicación médicamente aceptada: el uso de un medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o respaldado por ciertos libros de referencia.

Ingreso Suplementario del Seguro Social (SSI por sus siglas en inglés): beneficio mensual pagado por el Seguro Social a personas con ingresos y recursos limitados que tengan discapacidad, ceguera o tengan 65 años o más. Los beneficios del SSI no son los mismos que los beneficios del Seguro Social.

Límite de cobertura inicial: el límite máximo de cobertura durante el Período de cobertura inicial.

Lista de medicamentos cubiertos (Formulario o “Lista de medicamentos”): lista de medicamentos recetados cubiertos por el plan.

Medicaid (o ayuda médica): programa conjunto federal y estatal que ayuda con los costos médicos de algunas personas con ingresos y recursos limitados. Los programas estatales de Medicaid varían, pero la mayoría de los costos de cuidado de la salud están cubiertos si usted cumple los requisitos de Medicare y Medicaid.

Medicamento necesario: servicios, suministros o medicamentos necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar su afección y que cumplen las normas aceptadas de práctica médica.

Medicamento de marca: medicamento recetado que es fabricado y vendido por la empresa farmacéutica que originalmente investigó y desarrolló el medicamento. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de ingredientes activos 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 después de que haya vencido la patente del medicamento de marca.

Medicamento genérico: medicamento recetado aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) que garantiza que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Por lo general, un medicamento genérico tiene el mismo efecto que un medicamento de marca y habitualmente cuesta menos.

Medicamentos cubiertos: el término que usamos para referirnos a todos los medicamentos recetados cubiertos por nuestro plan.

Medicamentos de Part D: medicamentos que pueden estar cubiertos por Part D. Podríamos ofrecer o no ofrecer todos los medicamentos de Part D. El Congreso ha excluido ciertas

categorías de medicamentos como medicamentos cubiertos de Part D. Cada plan debe cubrir ciertas categorías de medicamentos de Part D.

Medicare: el programa de seguro médico federal para personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas con enfermedad renal en etapa terminal (generalmente aquellas con insuficiencia renal permanente que necesitan diálisis o un trasplante renal).

Miembro (miembro de nuestro plan o miembro del plan): persona beneficiaria de Medicare que es elegible para recibir servicios cubiertos, que se inscribió en nuestro plan y cuya inscripción fue confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Monto del desembolso máximo: la cantidad máxima de los desembolsos que paga durante el año calendario por servicios cubiertos dentro de la red. Las cantidades que paga por las primas de su plan, primas de Medicare Part A y Part B y por los medicamentos recetados no se incluyen en su monto del desembolso máximo.

Multa por inscripción tardía en Part D: cantidad agregada a su prima mensual de cobertura de medicamentos de Medicare si se queda sin cobertura acreditable (cobertura que se espera que pague, en promedio, como mínimo, un equivalente a la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare) durante un período continuo de 63 días o más después de que sea elegible por primera vez para unirse a un plan de Part D.

Nivel de costos compartidos: cada medicamento que figura en la lista de medicamentos cubiertos está en uno de los 6 niveles de costos compartidos. En general, mientras más alto sea el nivel de costos compartidos, más alto será el costo del medicamento.

Observación: los servicios de observación son servicios hospitalarios para pacientes externos que se proporcionan para ayudar al médico a decidir si el paciente necesita ser ingresado como paciente hospitalizado o puede recibir el alta. Los servicios de observación se pueden proporcionar en el Departamento de Emergencias (ED por sus siglas en inglés) u otra área del hospital.

Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO): grupo de médicos en ejercicio y otros expertos de la atención médica pagados por el gobierno federal para revisar y mejorar la atención ofrecida a pacientes beneficiarios de Medicare.

Original Medicare (Medicare tradicional o Medicare de pago por servicio): Original Medicare es ofrecido por el gobierno, y no es un plan de salud privado como los planes de Medicare Advantage y los planes de medicamentos recetados. En virtud de Original Medicare, los servicios de Medicare están cubiertos mediante el pago de cantidades establecidas por el Congreso a médicos, hospitales y otros proveedores del cuidado de la salud. Puede atenderse con cualquier médico, hospital u otro proveedor del cuidado de la salud que acepte Medicare. Debe pagar el deducible. Medicare paga su parte de la cantidad aprobada por Medicare y usted paga su parte. Original Medicare tiene dos partes: Part A (seguro hospitalario) y Part B (seguro médico), y está disponible en todos los estados de los Estados Unidos.

Part C: consulte Plan de Medicare Advantage (MA).

Part D: programa voluntario de beneficios de medicamentos recetados de Medicare

Período de beneficios: la manera en que nuestro plan y Original Medicare miden su uso de los servicios de hospitales y centros de enfermería especializada (SNF). Un período de beneficios comienza el día que ingresa a un hospital o centro de enfermería especializada. El período de beneficios termina cuando no ha recibido atención hospitalaria para pacientes hospitalizados (o atención especializada en un SNF) durante 60 días seguidos. Si ingresa a un hospital o centro de enfermería especializada después de que ha finalizado un período de beneficios, comienza un nuevo período de beneficios. No hay límite para la cantidad de períodos de beneficios.

Período de cobertura catastrófica: el período en el beneficio de medicamentos de Part D que comienza cuando usted o terceros calificados en su nombre hayan gastado \$8,000 en medicamentos cubiertos de Part D durante el año cubierto. Durante este período de pago, el plan paga el costo total de los medicamentos cubiertos por Part D y de los medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado. Usted no paga nada.

Período de cobertura inicial: este es el período anterior a que sus costos totales por medicamentos, que incluyen las cantidades que usted ha pagado y lo que su plan ha pagado en su nombre durante el año, alcancen los \$5,030.

Período de deducible anual: el período en el beneficio de medicamentos de Part D en que paga el costo total de los medicamentos hasta alcanzar la cantidad del deducible, si corresponde.

Período de inscripción abierta de Medicare Advantage: el período de tiempo desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo durante el cual los miembros de un plan Medicare Advantage pueden cancelar su inscripción en el plan y cambiarse a otro plan Medicare Advantage u obtener cobertura a través de Original Medicare. Si decide cambiarse a Original Medicare durante este período, también puede afiliarse a un plan independiente de medicamentos recetados de Medicare en ese momento. El período de inscripción abierta de Medicare Advantage también está disponible por un período de 3 meses después de que una persona es elegible para Medicare por primera vez.

Período de inscripción anual: el período que va desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre de cada año en que los miembros pueden cambiar sus planes de salud o medicamentos o cambiarse a Original Medicare.

Período de inscripción especial: período establecido en el que los miembros pueden cambiar sus planes de salud o medicamentos o volver a Original Medicare. Las situaciones en las cuales podría ser elegible para un período de inscripción especial incluyen: si se muda fuera del área de servicio, si recibe “Extra Help” con sus costos de medicamentos recetados, si se muda a una casa de reposo o si infringimos nuestro contrato con usted.

Período de inscripción inicial: cuando es elegible para Medicare por primera vez, el período en que puede inscribirse en Medicare Part A y Part B. Si es elegible para Medicare cuando cumple 65 años, su período de inscripción inicial es el período de 7 meses que comienza 3 meses antes

del mes en que cumple 65 años, que incluye el mes en que cumple esa edad, y termina 3 meses después del mes en que cumple 65 años.

Período sin cobertura: el período en el beneficio de medicamentos de Part D en que sus costos totales de medicamentos (sus pagos más cualquier pago del plan de Part D) del año a la fecha alcanzan el límite de cobertura inicial de \$5,030 y los desembolsos (sus pagos) del año a la fecha son menores que \$8,000.

Plan de Medicare Advantage (MA): a veces conocido como Medicare Part C, es un plan ofrecido por una compañía privada que tiene contratos con Medicare para proveerle a usted de todos sus beneficios de Medicare Part A y Part B. Un plan de Medicare Advantage puede ser un i) HMO (Organización para el Mantenimiento de la Salud), ii) PPO (Organización de Proveedores Preferidos), un iii) plan privado de pago por servicio (PFFS por sus siglas en inglés) o un iv) plan de cuenta de ahorros para gastos médicos (MSA por sus siglas en inglés) de Medicare. Además de elegir entre estos tipos de planes, tenemos que un plan Medicare Advantage HMO o uno PPO también puede ser un Plan para Necesidades Especiales (SNP). En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage igualmente ofrecen Medicare Part D (cobertura de medicamentos recetados). Estos planes se conocen como **planes de Medicare Advantage con cobertura de medicamentos recetados**.

Plan de Organización de Proveedores Preferidos (PPO): es un plan de Medicare Advantage que cuenta con una red de proveedores contratados que aceptaron tratar a miembros del plan a cambio del pago de una cantidad especificada. Un plan de PPO debe cubrir todos los beneficios, ya sea que los proporcionen proveedores de la red o fuera de la red. Los costos compartidos del miembro generalmente serán más altos cuando proveedores fuera de la red proporcionen los beneficios del plan. Los planes de PPO tienen un límite anual en sus desembolsos para servicios que reciba de proveedores de la red (preferidos) y un límite mayor en sus desembolsos combinados totales para servicios de proveedores de la red (preferidos) y proveedores fuera de la red (no preferidos).

Plan de salud de Medicare: un plan de salud de Medicare es ofrecido por una compañía privada que tiene contratos con Medicare para proporcionar beneficios de Part A y Part B a personas con Medicare que se inscriban en el plan. Este término incluye todos los planes de Medicare Advantage, los Planes de Costos de Medicare, los Planes para Necesidades Especiales, los Programas de Demostración/Piloto y los Programas de Cuidado Integral para Ancianos (PACE).

Plan PACE: un plan PACE (Programa de Cuidado Integral para Ancianos) combina servicios médicos, sociales, así como servicios y ayudas a largo plazo (LTSS por sus siglas en inglés) para personas frágiles con el objeto de ayudarlas a mantenerse independientes y vivir en su comunidad, en vez de mudarse a una casa de reposo, durante el mayor tiempo posible. Las personas inscritas en planes PACE reciben beneficios de Medicare y Medicaid a través del plan.

Plan para Necesidades Especiales (SNP por sus siglas en inglés) institucional equivalente: un plan que inscribe a personas elegibles que viven en la comunidad, pero que necesitan un nivel de atención institucional basado en la evaluación estatal. Se debe realizar la evaluación con la misma herramienta de evaluación de nivel de atención estatal respectiva y debe ser administrada

por una entidad distinta de la organización que ofrece el plan. El tipo de Plan para Necesidades Especiales puede restringir la inscripción a personas que residan en un centro de vida asistida (ALF por sus siglas en inglés) contratado de ser necesario para garantizar la prestación uniforme de atención especializada.

Plan para Necesidades Especiales (SNP) institucional: un plan que inscribe a personas elegibles que residen continuamente o se espera que residan continuamente durante 90 días o más en un centro de cuidados a largo plazo (LTC). Estos centros pueden incluir un centro de enfermería especializada (SNF), centro de enfermería (NF), SNF/NF; un centro de atención intermedia para personas con discapacidades intelectuales (ICF/IID por sus siglas en inglés), un centro psiquiátrico para pacientes hospitalizados o centros aprobados por los CMS que proporcionan servicios de atención médica a largo plazo similares que están cubiertos por Medicare Part A, Medicare Part B o Medicaid, y cuyos residentes tienen necesidades y estado de atención médica similares a los de los otros tipos de centros mencionados. Un Plan para Necesidades Especiales institucional debe tener un acuerdo contractual con los centros de LTC específicos (o ser dueño de estos y operarlos).

Plan para Necesidades Especiales: tipo especial de plan de Medicare Advantage que proporciona atención médica más centrada para grupos específicos de personas, como aquellas que tienen Medicare y Medicaid, que residen en una casa de reposo o que tienen ciertas condiciones médicas crónicas.

Planes para Necesidades Especiales con Elegibilidad Doble (D-SNP por sus siglas en inglés): los D-SNP inscriben a personas que tienen derecho tanto a Medicare (Título XVIII de la Ley del Seguro Social) como a asistencia médica de un plan estatal con Medicaid (Título XIX). Los estados cubren algunos de los costos de Medicare, dependiendo del estado y de la elegibilidad de la persona.

Póliza de Medigap (seguro complementario de Medicare): seguro complementario de Medicare que ofrecen compañías de seguros privadas para cubrir las *brechas* de Original Medicare. Las pólizas de Medigap solo funcionan con Original Medicare (un plan de Medicare Advantage no es una póliza de Medigap).

Prima: el pago periódico a Medicare, una aseguradora o un plan de atención médica por la cobertura de salud o de medicamentos recetados.

Producto biológico: medicamento recetado que se elabora a partir de fuentes naturales y vivas, como células animales, vegetales, bacterias o levaduras. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no pueden copiarse exactamente, por lo que las formas alternativas se denominan biosimilares. Por lo general, los biosimilares funcionan igual de bien y son tan seguros como los productos biológicos originales.

Programa de Descuentos del Período sin Cobertura de Medicare: programa que ofrece descuentos en la mayoría de los medicamentos de marca cubiertos de Part D a los miembros de Part D que han alcanzado el Período sin cobertura y no reciben “Extra Help”. Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y ciertos fabricantes de medicamentos.

Prótesis y órtesis: dispositivos médicos que incluyen, entre otros, aparatos ortopédicos para brazo, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o función interna del organismo, como suministros para ostomía y terapia de nutrición enteral y parenteral.

Proveedor de la red: proveedor es el término general que usamos para médicos, otros profesionales del cuidado de la salud, hospitales y otros centros de atención médica autorizados o certificados por Medicare y por el estado para proveer servicios de cuidado de la salud. Los **proveedores de la red** tienen un acuerdo con nuestro plan para aceptar nuestro pago como pago total y en algunos casos para coordinar y proveer servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de la red también se llaman **proveedores del plan**.

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red: proveedor o centro que no tiene contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no son empleados ni están operados por nuestro plan, y tampoco le pertenecen a nuestro plan.

Proveedor primario de cuidados médicos (PCP): el médico u otro proveedor al que se acude en primer lugar para la mayoría de los problemas de salud. En muchos planes de salud de Medicare, debe consultar con su proveedor primario de cuidados médicos antes de consultar con cualquier otro proveedor del cuidado de la salud.

Queja: tipo de reclamo que usted hace sobre nuestro plan, proveedores o farmacias, incluyendo un reclamo relacionado con la calidad de su atención. Esto no comprende conflictos en relación con la cobertura o el pago.

Reclamo: el nombre formal de hacer un reclamo es **presentar una queja**. El proceso de reclamos se usa *solo* para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. También incluye reclamos si su plan no sigue los períodos de tiempo en el proceso de apelación.

Referido: la aprobación del PCP de un miembro para recibir atención de otro profesional del cuidado de la salud, normalmente un especialista, para tratamiento o consulta.

Servicios cubiertos por Medicare: servicios cubiertos por Medicare Part A y Part B. Todos los planes de salud de Medicare deben cubrir la totalidad de los servicios cubiertos por Medicare Part A y Part B. El término “servicios cubiertos por Medicare” no incluye los beneficios adicionales, como de la vista, dentales o auditivos, que puede ofrecer un plan Medicare Advantage.

Servicios cubiertos: el término que usamos para referirnos a todos los servicios y suministros de cuidado de la salud cubiertos por nuestro plan.

Servicios de rehabilitación: estos servicios incluyen fisioterapia, terapia del habla y del lenguaje y terapia ocupacional.

Servicios de urgencia: servicios cubiertos que no son de emergencia, prestados cuando los proveedores de la red no están disponibles o son inaccesibles temporalmente o cuando el afiliado está fuera del área de servicio. Por ejemplo, necesita atención inmediata durante el fin de semana. Los servicios deben ser de necesidad inmediata y médicamente necesarios.

Servicios para Miembros: departamento de nuestro plan encargado de responder preguntas sobre su membresía, beneficios, quejas y apelaciones.

Subsidio para bajos ingresos (LIS por sus siglas en inglés): consulte “Extra Help”.

Tarifa de despacho: tarifa cobrada cada vez que se despacha un medicamento cubierto para pagar el costo de surtir una receta, como el tiempo que dedica el farmacéutico para preparar y envasar la receta.

Tarifa diaria de costos compartidos: se podría aplicar una tarifa diaria de costos compartidos cuando su médico recete un suministro para menos de un mes completo de ciertos medicamentos para usted y se le exija pagar un copago. Una tarifa diaria de costos compartidos es el copago dividido entre la cantidad de días del suministro para un mes. A continuación, hay un ejemplo: Si su copago del suministro para un mes de un medicamento es de \$30 y un suministro para un mes en su plan es de 30 días, entonces su tarifa diaria de costos compartidos es de \$1 por día.

Terapia escalonada: una herramienta de utilización para la que se le exige que primero pruebe otro medicamento para tratar su enfermedad antes que cubramos el medicamento que su médico podría haber recetado inicialmente.



Tufts Health Plan cumple con las leyes federales vigentes sobre derechos civiles y no discrimina por motivo de raza, color, origen étnico, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual o identidad de género.

Tufts Health Plan:

- Provee ayuda y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que se comuniquen de forma eficaz con nosotros, tales como:
 - Información por escrito en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros)
- Provee servicios lingüísticos gratuitos a personas cuyo idioma principal no es el inglés, tales como:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con Tufts Health Plan al **1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO)/(TTY: 711)**.

Si cree que Tufts Health Plan no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de alguna otra manera por motivo de raza, color, origen étnico, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual o identidad de género, puede presentar una queja formal a:

Tufts Health Plan, Attention:
Civil Rights Coordinator, Legal Dept.
1 Wellness Way, Canton, MA 02021
Teléfono: 1-888-880-8699 ext. 48000, (TTY: 711).
Fax: 1-617-972-9048
Correo electrónico: OCRCoordinator@point32health.org

Puede presentar una queja formal en persona o por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, el Coordinador de Derechos Civiles de Tufts Health Plan está a su disposición para ayudarle.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, en forma electrónica a través del portal de reclamos de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o teléfono a:

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019 (TDD: 1-800-537-7697)

Los formularios de reclamos están disponibles en www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.
thpmp.org | **1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO)/(TTY: 711)**.

H2256_2023_26_C
H9907_2023_9_C

a Point32Health company

Multi-language Interpreter Services

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO). Someone who speaks English can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO)。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO)。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO)번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، سيقوم شخص ما يتحدث العربية (PPO) 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 ليس عليك سوى الاتصال بنا على بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं। एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO) पर फोन करें। कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है। यह एक मुफ्त सेवा है।

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO). Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Português: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO). Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO). Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO). Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO)にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。

Y0065_2023_138_C

Servicios para Miembros de Tufts Medicare Preferred

Método	Servicios para Miembros: información de contacto
LLAME AL	1-800-701-9000 Las llamadas a este número son gratis. Los representantes están disponibles de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. 7 días a la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. Fuera del horario de atención y en días festivos, deje un mensaje y un representante le devolverá la llamada el siguiente día hábil. Servicios para Miembros también tiene servicios gratis de intérprete disponibles para las personas que requieren servicios de traducción.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratis. Los representantes están disponibles de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. 7 días a la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. Fuera del horario de atención y en días festivos, deje un mensaje y un representante le devolverá la llamada el siguiente día hábil.
FAX	1-617-972-9405
ESCRIBA A	Tufts Medicare Preferred A la atención de: Member Services P.O. Box 494 Canton, MA 02021-1166
SITIO WEB	http://www.thmp.org

SHINE (Al servicio de las necesidades de seguro médico para todos) (SHIP de Massachusetts)

SHINE es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal para proporcionar asesoramiento gratis sobre seguros médicos locales a las personas que tienen Medicare.

Método	Información de contacto
LLAME AL	1-800-243-4636
TTY	1-800-439-2370 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades de audición o del habla.
ESCRIBA A	Llame al número indicado anteriormente para obtener la dirección del programa SHINE en su área.
SITIO WEB	www.mass.gov/health-insurance-counseling

Declaración de divulgación de PRA. De conformidad con la Ley de Reducción de Trámites (PRA por sus siglas en inglés) de 1995, ninguna persona tiene la obligación de responder a una recopilación de información a menos que esta exhiba un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB). El número de control vigente de la OMB para esta solicitud de recopilación de información es 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a la siguiente dirección: CMS, 7500 Security Boulevard. A la atención de: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.