Clover

Plan NJ Classic Aqua PPO

Su Evidencia de Cobertura:
Todos los detalles de su Plan NJ Classic Aqua PPO de 2018

Clover

Desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2018

Evidencia de cobertura:

Los beneficios y servicios de salud y la cobertura para medicamentos con receta de Medicare como miembro de Clover Health NJ Classic Aqua (PPO)

Este folleto proporciona detalles acerca de la cobertura de atención médica y para medicamentos con receta de Medicare desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2018. Explica cómo obtener cobertura para los servicios de atención médica y los medicamentos con receta que necesita. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

Este plan, Clover Health NJ Classic Aqua (PPO), es ofrecido por Clover Health. (Cuando en esta *Evidencia de cobertura* se habla de "nosotros", "nos" o "nuestro/a", se hace referencia a Clover Health. Cuando dice "plan" o "nuestro plan", hace referencia a Clover Health NJ Classic Aqua (PPO).)

Clover Health es un plan de Organización de proveedores preferidos (PPO) que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en este plan depende de la renovación del contrato.

Este documento está disponible sin cargo en español.

Para obtener información adicional, llame al Departamento de Servicios para los miembros al 1-888-657-1207. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Atendemos los 7 días de la semana, de 8am a 8pm, hora local. Desde el 15 de febrero hasta el 30 de septiembre, se usarán tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz) los fines de semana y los feriados.

Este documento puede estar disponible en otros formatos, como braille, tamaño de letra grande u otros formatos alternativos. Para obtener más información, póngase en contacto con el Departamento de Servicios para los miembros.

Los beneficios, la prima, el deducible o los copagos/el coseguro podrían cambiar el 1 de enero de 2019.

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

H5141_004_ANOC_EOC_18_SP_Accepted

Evidencia de cobertura de 2018

Índice

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

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro 5

Explica lo que implica ser miembro de un plan de salud de Medicare y cómo usar este folleto. Detalla la documentación que le enviaremos, la prima del plan, la multa por inscripción tardía de la Parte D, la tarjeta de miembro del plan y cómo mantener actualizado su registro de miembro.

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes 27

Describe cómo puede comunicarse con nuestro plan (Clover Health NJ Classic Aqua (PPO)) y con otras organizaciones, incluso Medicare, el Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP), la Organización para la Mejora de la Calidad, el Seguro Social, Medicaid (el Programa Estatal de Seguros de Salud para personas con bajos ingresos), programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos con receta y la Junta de Retiro Ferroviario.

Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos 52

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

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar) 69

Proporciona detalles sobre cuáles son los tipos de atención médica que están cubiertos y cuáles *no* como miembro de nuestro plan. También explica la parte que le corresponderá pagar a usted del costo de la atención médica cubierta.

Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D..... 118

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

Capítulo 6. Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D..... 149

Explica las cuatro etapas de la cobertura para medicamentos (*Etapa del deducible, Etapa de cobertura inicial, Etapa del período sin cobertura, Etapa de cobertura en situaciones catastróficas*) y de qué manera estas etapas influyen en lo que usted debe pagar por los medicamentos. También detalla los cinco niveles de costo compartido correspondientes a los medicamentos de la Parte D y se incluye lo que le corresponde pagar a usted en cada nivel de costo compartido.

Capítulo 7. Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos..... 172

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

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades 182

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

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)..... 196

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

- Explica cómo solicitar que se tomen decisiones de cobertura y cómo presentar una apelación si tiene problemas para obtener atención

médica o medicamentos con receta que usted piensa que el plan cubre. Esto incluye solicitar que hagamos una excepción a las normas o las restricciones adicionales respecto de su cobertura para medicamentos con receta, y solicitar que sigamos brindándole cobertura para atención hospitalaria y determinados tipos de servicios médicos si cree que la cobertura está terminando demasiado pronto.

- También se explica cómo presentar una queja respecto de la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente y otros temas que le preocupan.

Capítulo 10. Cancelación de la membresía en el plan 268

Se describe cuándo y cómo usted puede cancelar su membresía en el plan. Además, se explican las situaciones en las cuales nuestro plan debe cancelar su membresía.

Capítulo 11. Avisos legales 280

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

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes 283

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

CAPÍTULO 1

Primeros pasos como miembro

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 1 Introducción 7
Sección 1.1 Usted está inscripto en Clover Health NJ Classic Aqua (PPO), que es un plan Medicare PPO 7
Sección 1.2 ¿De qué trata el folleto sobre la *Evidencia de cobertura*? 7
Sección 1.3 Información legal sobre la *Evidencia de cobertura* 7

SECCIÓN 2 ¿Qué requisitos son necesarios para ser miembro del plan? 8
Sección 2.1 Los requisitos de elegibilidad 8
Sección 2.2 ¿Qué es la cobertura de la Parte A y la Parte B de Medicare? 9
Sección 2.3 Esta es el área de servicio del plan para Clover Health NJ Classic Aqua (PPO) 9
Sección 2.4 Presencia legal o ciudadano estadounidense 9

SECCIÓN 3 ¿Qué otra documentación le enviaremos? 10
Sección 3.1 Tarjeta de miembro del plan: úsela para obtener toda la atención y los medicamentos cubiertos 10
Sección 3.2 El *Directorio de proveedores de Clover Health*: su guía para conocer a todos los proveedores de la red del plan 11
Sección 3.3 El *Directorio de farmacias de Clover Health*: su guía para conocer las farmacias de nuestra red 12
Sección 3.4 La *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan 12
Sección 3.5 La *Explicación de beneficios de la Parte D* (“EOB de la Parte D”): informes con un resumen de los pagos efectuados para los medicamentos con receta de la Parte D 13

SECCIÓN 4 Su prima mensual para Clover Health NJ Classic Aqua (PPO) 13
Sección 4.1 ¿A cuánto asciende la prima del plan? 13

SECCIÓN 5 ¿Tiene usted que pagar la “multa por inscripción tardía” de la Parte D? 14
Sección 5.1 ¿Qué es la “multa por inscripción tardía” de la Parte D? 14
Sección 5.2 ¿A cuánto asciende la multa por inscripción tardía de la Parte D? 15
Sección 5.3 En algunos casos, puede inscribirse más tarde y que no se le cobre la multa 16

Sección 5.4 ¿Qué puede hacer si está en desacuerdo con su multa por inscripción tardía de la Parte D? 17

SECCIÓN 6 ¿Debe pagar un monto de la Parte D adicional por sus ingresos? 17

Sección 6.1 ¿Quién paga un monto de la Parte D adicional por sus ingresos? 17

Sección 6.2 ¿De cuánto es el monto adicional de la Parte D? 18

Sección 6.3 ¿Qué puede hacer si está en desacuerdo con pagar un monto adicional de la Parte D? 19

Sección 6.4 ¿Qué ocurre si no paga el monto adicional de la Parte D? 19

SECCIÓN 7 Más información sobre su prima mensual 19

Sección 7.1 Si debe pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D, hay diversas maneras en que puede hacerlo 20

Sección 7.2 ¿Podemos modificar la prima mensual de su plan durante el año? 21

SECCIÓN 8 Mantenga actualizado su registro de miembro del plan 22

Sección 8.1 Cómo puede asegurarse de que tengamos información correcta sobre usted 22

SECCIÓN 9 Protegemos la privacidad de su información personal de salud 23

Sección 9.1 Nos aseguramos de que su información de salud esté protegida 23

SECCIÓN 10 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan 24

Sección 10.1 ¿Qué plan paga primero cuando usted tiene otro seguro? 24

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Usted está inscripto en Clover Health NJ Classic Aqua (PPO), que es un plan Medicare PPO

Usted está cubierto por Medicare y ha elegido recibir la cobertura para medicamentos con receta y atención médica de Medicare a través de nuestro plan, Clover Health NJ Classic Aqua (PPO).

- Hay distintos tipos de planes de salud de Medicare. Clover Health NJ Classic Aqua (PPO) es un plan Medicare Advantage PPO (PPO, en inglés, significa Organización de proveedores preferidos). Como todos los planes de salud de Medicare, este plan PPO de Medicare está aprobado por Medicare y administrado por una compañía privada.

Sección 1.2 ¿De qué trata el folleto sobre la *Evidencia de cobertura*?

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

Los términos “cobertura” y “servicios cubiertos” se refieren a la atención y los servicios médicos, y a los medicamentos con receta a su disposición como miembro de Clover Health NJ Classic Aqua (PPO).

Es importante que sepa cuáles son las normas del plan y cuáles son los servicios que están a su disposición. Le recomendamos que dedique un poco de tiempo a leer este folleto sobre la *Evidencia de cobertura*.

Si hay algún tema que lo confunde o le preocupa, póngase en contacto con el Departamento de Servicios para los miembros del plan (en la portada posterior de este folleto encontrará los números de teléfono).

Sección 1.3 Información legal sobre la *Evidencia de cobertura*

Es parte de nuestro contrato con usted.

Esta *Evidencia de cobertura* es parte de nuestro contrato con usted sobre cómo Clover Health NJ Classic Aqua (PPO) cubre su atención. Las otras partes de este contrato incluyen

el formulario de inscripción, la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* y cualquier aviso que reciba de nuestra parte sobre cambios en su cobertura o condiciones adicionales que la afectan. En ocasiones, estos avisos se denominan "cláusulas adicionales" o "enmiendas".

El contrato estará vigente durante los meses en los que esté inscrito en Clover Health NJ Classic Aqua (PPO), desde el 1 de enero de 2018 hasta el 31 de diciembre de 2018.

Cada año calendario, Medicare nos permite realizar cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de Clover Health NJ Classic Aqua (PPO) después del 31 de diciembre de 2018. También podemos decidir dejar de ofrecer el plan, u ofrecerlo en un área de servicio diferente, después del 31 de diciembre de 2018.

Medicare debe aprobar nuestro plan todos los años

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar todos los años Clover Health NJ Classic Aqua (PPO). Puede seguir obteniendo la cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan solo si decidimos continuar ofreciendo el plan y si Medicare renueva la aprobación del plan.

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

Sección 2.1 Los requisitos de elegibilidad

Usted es elegible para ser miembro de nuestro plan siempre y cuando:

- Tenga la Parte A y la Parte B de Medicare (la Sección 2.2 trata sobre la Parte A y la Parte B de Medicare).
- Viva en nuestra área de servicio geográfica (la Sección 2.3, que se encuentra más abajo, describe el área de servicio).
- Sea ciudadano estadounidense o se encuentre en los Estados Unidos de manera legal.
- *No* padezca de la enfermedad renal terminal (ESRD), excepto por algunas excepciones limitadas; por ejemplo, si la enfermedad renal terminal se manifiesta cuando ya es miembro de un plan que ofrecemos o cuando era miembro de otro plan que terminó.

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

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

- Generalmente, la Parte A de Medicare ayuda a cubrir los servicios prestados por hospitales (para servicios para pacientes internados, centros de atención de enfermería especializada o agencias de atención médica a domicilio).
- La Parte B de Medicare cubre la mayoría de los demás servicios médicos (como los servicios prestados por un médico y otros servicios para pacientes externos) y ciertos artículos (como suministros y equipo médico duradero (DME)).

Sección 2.3 Esta es el área de servicio del plan para Clover Health NJ Classic Aqua (PPO)

Aunque Medicare es un programa federal, Clover Health NJ Classic Aqua (PPO) está disponible solo para personas que residen en el área de servicio de nuestro plan. Para seguir siendo miembro de nuestro plan, debe continuar viviendo en el área de servicio del plan. El área de servicio se describe debajo.

Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados en Nueva Jersey: Atlantic, Bergen, Essex, Mercer, Monmouth, Passaic, Somerset y Union.

Si tiene pensado mudarse fuera del área de servicio, comuníquese con el Departamento de Servicios para los miembros (en la portada posterior de este folleto encontrará los números de teléfono). Si se muda, tendrá un Período de inscripción especial que le permitirá cambiar a Medicare Original o inscribirse en un plan de salud de Medicare o de medicamentos disponible en su nueva ubicación.

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

Sección 2.4 Presencia legal o ciudadano estadounidense

Un miembro de un plan de salud de Medicare debe ser ciudadano estadounidense o encontrarse en los Estados Unidos de manera legal. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificará a Clover Health NJ Classic Aqua (PPO) si usted no reúne las

condiciones para continuar siendo miembro según esta exigencia. Clover Health NJ Classic Aqua (PPO) debe cancelar su inscripción si usted no reúne este requisito.

SECCIÓN 3 ¿Qué otra documentación le enviaremos?

Sección 3.1 Tarjeta de miembro del plan: úsela para obtener toda la atención y los medicamentos cubiertos

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



Mientras sea miembro de nuestro plan, **no debe usar la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare** para obtener los servicios médicos cubiertos (excepto los estudios de investigación clínica de rutina y los servicios de un hospicio). Guarde la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare en un lugar seguro en caso de que deba presentarla más adelante.

Aquí le explicamos por qué esto es tan importante: si mientras sea miembro del plan utiliza los servicios cubiertos con la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare en lugar de su tarjeta de miembro de Clover Health NJ Classic Aqua (PPO), usted deberá pagar el costo total de los servicios.

Si la tarjeta de miembro del plan está dañada, se le pierde o se la roban, llame de inmediato al Departamento de Servicios para los miembros para que le enviemos una tarjeta nueva. (En la portada posterior de este folleto encontrará los números de teléfono del Departamento de Servicios para los miembros).

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

En el *Directorio de proveedores de Clover Health* se mencionan los proveedores de nuestra red y los proveedores de equipo médico duradero.

¿Qué son los "proveedores de la red"?

Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de salud, grupos médicos, proveedores de equipo médico duradero, hospitales y otros centros de atención médica que han acordado con nosotros aceptar nuestros pagos y cualquier costo compartido del plan como pago pleno. Hemos acordado con estos proveedores que les presten servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. La lista de proveedores más actualizada está disponible en nuestro sitio web en https://www.cloverhealth.com/en/members/find-provider.

¿Por qué debe saber qué proveedores forman parte de nuestra red?

Como miembro de nuestro plan, usted puede elegir recibir atención de proveedores fuera de la red. Nuestro plan cubrirá servicios de proveedores dentro o fuera de la red, siempre y cuando los servicios sean beneficios cubiertos y médicamente necesarios. No obstante, si utiliza un proveedor fuera de la red, su parte del costo de los servicios cubiertos puede ser más alta. Consulte el Capítulo 3 (*Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos*) para obtener información más específica.

Si no tiene su copia del *Directorio de proveedores de Clover Health*, puede solicitar una a través del Departamento de Servicios para los miembros (en la portada posterior de este folleto encontrará los números de teléfono). En el Departamento de Servicios para los miembros puede solicitar más información sobre los proveedores de la red, incluyendo sus calificaciones. También puede ver el *Directorio de proveedores de Clover Health* en https://www.cloverhealth.com/en/members/find-provider. Tanto el Departamento de Servicios para los miembros como el sitio web pueden darle la información más actualizada sobre los cambios en los proveedores de la red.

Sección 3.3 El *Directorio de farmacias de Clover Health*: su guía para conocer las farmacias de nuestra red

¿Qué son las "farmacias de la red"?

Las farmacias de la red son todas las farmacias que han aceptado surtir los medicamentos con receta cubiertos para los miembros de nuestros planes.

¿Qué es lo que debe saber sobre las farmacias de la red?

Puede utilizar el *Directorio de farmacias de* ***Clover Health*** para encontrar la farmacia de la red en la que desee comprar los medicamentos. Hay cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. Un Directorio de farmacias actualizado se encuentra en nuestro sitio web en https://www.cloverhealth.com/en/members/find-provider. También puede llamar al Departamento de Servicios para los miembros para obtener información actualizada de los proveedores o para solicitarnos que le enviemos un Directorio de farmacias. **Revise el Directorio de farmacias de *Clover Health* de 2018 para verificar qué farmacias se encuentran en nuestra red.**

En el *Directorio de farmacias de Clover Health*, también se incluyen las farmacias de nuestra red que tienen costo compartido preferido, que puede ser más bajo que el costo compartido estándar que ofrecen otras farmacias de la red para algunos medicamentos.

Si no tiene el *Directorio de farmacias de Clover Health*, puede obtener una copia a través del Departamento de Servicios para los miembros (en la portada posterior de este folleto encontrará los números de teléfono). Puede llamar al Departamento de Servicios para los miembros en cualquier momento para obtener información actualizada sobre los cambios en la red de farmacias. También puede encontrar esta información en nuestro sitio web en https://www.cloverhealth.com/en/members/find-provider.

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

El plan cuenta con una *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*. Nosotros la denominamos "Lista de medicamentos" para abreviarla. Indica qué medicamentos con receta de la Parte D están cubiertos por el beneficio de la Parte D incluidos en Clover Health NJ Classic Aqua (PPO). El plan, con la colaboración de un equipo de médicos y farmacéuticos, selecciona los medicamentos de la lista. La lista debe cumplir con los requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la Lista de medicamentos de Clover Health NJ Classic Aqua (PPO).

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

Le enviaremos una copia de la Lista de medicamentos. Para obtener la información más completa y vigente sobre los medicamentos cubiertos, puede visitar el sitio web del plan https://www.cloverhealth.com/en/members/formulary o llamar al Departamento de Servicios para los miembros (en la portada posterior de este folleto encontrará los números de teléfono).

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

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

La *Explicación de beneficios de la Parte D* le informa el monto total que usted, u otra persona en su nombre, gastó en medicamentos con receta de la Parte D y el monto total que nosotros pagamos por cada uno de los medicamentos con receta de la Parte D durante el mes. En el Capítulo 6 (*Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D*), encontrará más información sobre la *Explicación de beneficios de la Parte D* y de qué manera le puede servir para hacer un seguimiento de su cobertura para medicamentos.

El resumen de las *Explicaciones de beneficios de la Parte D* también se encuentra a disposición de quienes lo soliciten. Para obtener una copia, llame al Departamento de Servicios para los miembros (en la portada posterior de este folleto encontrará impresos los números de teléfono).

SECCIÓN 4 Su prima mensual para Clover Health NJ Classic Aqua (PPO)

Sección 4.1 ¿A cuánto asciende la prima del plan?

No es necesario que pague una prima mensual por separado para Clover Health NJ Classic Aqua (PPO). Usted debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid o cualquier otro tercero pague su prima de la Parte B).

En algunos casos, la prima del plan podría ser mayor

En algunos casos, la prima del plan podría ser superior al monto mencionado antes en la Sección 4.1. Esta situación se describe debajo.

- Algunos miembros deben pagar una **multa por inscripción tardía** de la Parte D porque no se inscribieron en el plan de medicamentos de Medicare cuando fueron elegibles por primera vez o porque hubo un período continuo de 63 días o más en el que no tuvieron una cobertura para medicamentos con receta "acreditable". ("Acreditable" significa que la cobertura para medicamentos es, como mínimo, tan buena como la cobertura para medicamentos estándar de Medicare.) Para estos miembros, la multa por inscripción tardía de la Parte D se suma a la prima mensual del plan. El importe de la prima estará constituido por la prima mensual del plan más el monto de la multa por inscripción tardía de la Parte D.
    - Si debe pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D, el monto correspondiente a la multa dependerá del tiempo que haya dejado pasar antes de inscribirse en la cobertura para medicamentos o de la cantidad de meses en los que no tuvo cobertura para medicamentos después de haberse determinado que era elegible. En la Sección 5 del Capítulo 1, se explica qué es la multa por inscripción tardía de la Parte D.
    - Si tiene una multa por inscripción tardía de la Parte D y no la paga, es posible que se cancele su inscripción en el plan.

SECCIÓN 5 ¿Tiene usted que pagar la "multa por inscripción tardía" de la Parte D?

Sección 5.1 ¿Qué es la "multa por inscripción tardía" de la Parte D?

Nota: Si recibe "Ayuda adicional" de Medicare para pagar sus medicamentos con receta, no pagará una multa por inscripción tardía.

La multa por inscripción tardía es una cantidad que se agrega a su prima de la Parte D. Es posible que deba una multa por inscripción tardía de la parte D si en cualquier momento después de que finaliza su período de inscripción inicial, hay un período de 63 días consecutivos o más en los que usted no tuvo la Parte D u otra cobertura acreditable para medicamentos con receta. (La "cobertura acreditable de medicamentos con receta" es una cobertura que cumple con los estándares mínimos de Medicare ya que se espera que pague, en promedio, al menos la cobertura de medicamentos con receta estándar de Medicare.) El monto de la multa depende de cuánto tiempo esperó para inscribirse en un plan de cobertura acreditable para

medicamentos con receta en algún momento después de finalizar el período de inscripción inicial o cuántos meses calendario completos estuvo sin cobertura acreditable para medicamentos con receta. Tendrá que pagar esta multa mientras tenga la cobertura de la Parte D.

Cuando se inscriba por primera vez en Clover Health NJ Classic Aqua (PPO), le haremos saber el monto de la multa. Su multa por inscripción tardía de la Parte D se considera como la prima de su plan.

Sección 5.2 ¿A cuánto asciende la multa por inscripción tardía de la Parte D?

Medicare determina el monto de la multa. Esta es la manera en que funciona:

- En primer lugar, se cuenta el número de meses completos que se retrasó en la inscripción de un plan de medicamentos de Medicare, después de que fuera elegible para inscribirse. O se cuenta el número de meses completos en los que no tuvo cobertura acreditable para medicamentos con receta, si la interrupción de la cobertura fue de 63 días o más. La multa es del 1% por cada mes que no tuvo cobertura acreditable. Por ejemplo, si pasa 14 meses sin cobertura, la multa será del 14%.
- Luego, Medicare determina el monto de la prima mensual promedio para los planes de medicamentos de Medicare en la nación desde el año anterior. Para 2018, el monto promedio de la prima es de $35.02.
- Para calcular su multa mensual, usted multiplica el porcentaje de la multa y la prima mensual promedio y luego redondea el resultado a los 10 centavos más cercanos. En este ejemplo, sería 14% por $35.02, lo que es igual a $4.9028. Que se redondea en $4.90. Esta suma debe agregarse **a la prima mensual de una persona que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D.**

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

- Primero, **la multa puede cambiar cada año,** ya que la prima mensual promedio puede cambiar cada año. Si la prima promedio nacional (según lo determine Medicare) aumenta, la multa se incrementará.
- Segundo, **seguirá pagando una multa** cada mes durante el tiempo que esté inscrito en un plan que incluya los beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare.
- Tercero, si tiene menos de 65 años y actualmente recibe los beneficios de Medicare, la multa por inscripción tardía de la Parte D se reanudará cuando cumpla 65. Después de los 65 años, la multa por inscripción tardía de la Parte D se basará solo en los

meses en los que no tenga cobertura después del período de inscripción inicial para envejecer en Medicare.

Sección 5.3 En algunos casos, puede inscribirse más tarde y que no se le cobre la multa

Aunque haya retrasado su inscripción en un plan que ofrezca cobertura de la Parte D de Medicare cuando fue elegible por primera vez, algunas veces no tiene que pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D.

Usted no tendrá que pagar una multa por inscripción tardía si se encuentra en cualquiera de estas situaciones:

- Si usted ya tiene una cobertura para medicamentos con receta que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare. Medicare la denomina "**cobertura acreditable de medicamentos**". Tenga en cuenta lo siguiente:
    - La cobertura acreditable puede incluir la cobertura para medicamentos que proporcione un empleador o sindicato, TRICARE o el Departamento de Asuntos de Veteranos. Su aseguradora o el Departamento de Recursos Humanos le avisarán cada año si su cobertura para medicamentos es una cobertura acreditable. Esta información se le enviará por carta o se incluirá en un boletín informativo del plan. Conserve esta información, porque puede necesitarla si se une, en el futuro, al plan de medicamentos de Medicare.
        - **Tenga en cuenta lo siguiente**: si recibe un "certificado de cobertura acreditable" cuando su cobertura médica finalice, puede no significar que su cobertura para medicamentos con receta era acreditable. El aviso debe indicar que tenía una cobertura "acreditable" para medicamentos con receta que se preveía que pagaría el mismo monto que el plan estándar de medicamentos con receta de Medicare.
    - Las siguientes *no* son una cobertura acreditable para medicamentos con receta: tarjetas de descuento para medicamentos con receta, clínicas gratis y sitios web de descuentos en medicamentos.
    - Para obtener información adicional sobre las coberturas acreditables, consulte su manual *Medicare & You 2018* (Medicare y usted 2018) o llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números en forma gratuita, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
- Si estuvo sin cobertura acreditable, pero por menos de 63 días consecutivos.

- Si recibe “Ayuda adicional” de Medicare.

Sección 5.4 ¿Qué puede hacer si está en desacuerdo con su multa por inscripción tardía de la Parte D?

Si está en desacuerdo con su multa por inscripción tardía de la Parte D, usted o su representante pueden solicitar la revisión de la decisión tomada al respecto. Por lo general, debe solicitar la revisión **dentro de los 60 días** a partir de la fecha de la carta que recibió en la que se le informa que debe pagar una multa por inscripción tardía. Para obtener más información sobre cómo hacerlo, puede ponerse en contacto con el Departamento de Servicios para los miembros (en la portada posterior de este folleto encontrará los números de teléfono).

SECCIÓN 6 ¿Debe pagar un monto de la Parte D adicional por sus ingresos?

Sección 6.1 ¿Quién paga un monto de la Parte D adicional por sus ingresos?

La mayoría de las personas paga la prima mensual estándar de la Parte D. Sin embargo, algunas personas pagan un monto adicional debido a sus ingresos anuales. Si su ingreso personal es de $85,000 o más (o personas casadas que hacen la declaración de impuestos de manera separada) o $170,000 o más para las parejas casadas, debe pagar un monto adicional directamente al gobierno para su cobertura de la Parte D de Medicare.

Si tiene que pagar un monto adicional, el Seguro Social, no su plan de Medicare, le enviará una carta en la que le informará de cuánto será ese monto adicional y cómo pagarlo. El monto adicional será retenido de su cheque de beneficios del Seguro Social, de la Junta de Retiro Ferroviario o de la Oficina de Administración de personal, independientemente de cómo pague siempre su prima del plan, a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir el monto adicional adeudado. Si el monto de su cheque de beneficios no cubre el monto adicional, recibirá una factura de Medicare. **Le debe pagar el monto adicional al gobierno. No se puede pagar con su prima mensual del plan.**

Sección 6.2 ¿De cuánto es el monto adicional de la Parte D?

Si su ingreso bruto ajustado modificado (MAGI), como se informó en su declaración de impuestos del IRS, está por encima de cierto monto, pagará una suma adicional además de su prima mensual del plan.

El cuadro que aparece a continuación muestra el monto adicional conforme a sus ingresos.

Si presentó una declaración de impuestos individual y sus ingresos en 2016 fueron:	**Si estaba casado/a, pero presentó una declaración de impuestos separada y sus ingresos en 2016 fueron:**	**Si presentó una declaración de impuestos conjunta y sus ingresos en 2016 fueron:**	**Este es el costo mensual del monto adicional de la Parte D (a pagarse además de la prima del plan)**
Igual o inferior a $85,000	Igual o inferior a $85,000	Igual o inferior a $170,000	$0
Superior a $85,000 e inferior o igual a $107,000		Superior a $170,000 e inferior o igual a $214,000	$13.00
Superior a $107,000 e inferior o igual a $133,500		Superior a $214,000 e inferior o igual a $267,000	$33.60
Superior a $133,500 e inferior o igual a $160,000		Superior a $267,000 e inferior o igual a $320,000	$54.20
Superior a $160,000	Superior a $85,000	Superior a $320,000	$74.80

Sección 6.3 ¿Qué puede hacer si está en desacuerdo con pagar un monto adicional de la Parte D?

Si está en desacuerdo en pagar un monto adicional por sus ingresos, puede solicitar al Seguro Social que revea la decisión. Para obtener más información al respecto, póngase en contacto con el Seguro Social al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

Sección 6.4 ¿Qué ocurre si no paga el monto adicional de la Parte D?

El monto adicional se paga directamente al gobierno (no a su plan de Medicare) por su cobertura de la Parte D de Medicare. Si usted debe pagar un monto adicional y no lo hace, su inscripción en el plan se cancelará y perderá la cobertura para medicamentos con receta.

SECCIÓN 7 Más información sobre su prima mensual

Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare

Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare. Como se explica en la Sección 2, para poder ser elegible para nuestro plan, usted debe tener derecho a la Parte A de Medicare y estar inscrito en la Parte B de Medicare. Por ello, algunos miembros del plan (aquellos que no reúnen los requisitos para obtener la Parte A sin pagar la prima) pagan una prima por la Parte A de Medicare; la mayoría de los miembros del plan paga una prima por la Parte B de Medicare. **Usted debe continuar pagando las primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan**.

Algunas personas pagan un monto adicional para la Parte D debido a sus ingresos anuales; esto se conoce como montos de ajuste mensual relacionado con el ingreso, también conocido como IRMAA. Si su ingreso personal supera los $85,000 en el caso de una persona (o personas casadas que hacen la declaración de impuestos de manera separada) o $170,000 o más para las parejas casadas, **debe pagar un monto adicional directamente al gobierno (no al plan de Medicare)** por su cobertura de la Parte D de Medicare.

- **Si usted debe pagar un monto adicional y no lo hace, su inscripción en el plan se cancelará y perderá la cobertura para medicamentos con receta.**
- Si debe pagar un monto adicional, el Seguro Social, **no su plan de Medicare**, le enviará una carta en la que se le indicará cuál será ese monto adicional.
- Para obtener más información sobre las primas de la Parte D según sus ingresos, consulte la Sección 6 del Capítulo 1 de este folleto. También puede visitar

https://www.medicare.gov en Internet o llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. O bien, puede llamar al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

En el documento denominado *Medicare y usted 2018* se incluye información sobre las primas de Medicare en la sección titulada "Costos de Medicare de 2018". Allí se explica cómo varían las primas de la Parte B y la Parte D de Medicare para las personas que tienen distintos ingresos. Todas las personas que tienen Medicare reciben todos los años, en otoño, una copia del documento *Medicare & You* (Medicare y usted). Los nuevos miembros de Medicare la reciben en el plazo de un mes después de que se inscriban por primera vez. También puede descargar una copia de *Medicare & You 2018* del sitio web de Medicare (https://www.medicare.gov). O bien, puede solicitar una copia impresa por teléfono al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 7.1 Si debe pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D, hay varias maneras en que puede hacerlo

Si debe pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D, hay tres maneras en que puede hacerlo.

Si decide cambiar la forma de pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D, el nuevo método de pago puede tardar hasta tres meses en entrar en vigencia. Mientras procesamos su solicitud para un nuevo método de pago, usted es responsable de asegurarse de que la multa por inscripción tardía de la Parte D se pague a tiempo.

Opción 1: Puede pagar con cheque

- Recibirá un resumen todos los meses por correspondencia en el que se detallará su multa por inscripción tardía de la Parte D. Deberá enviarnos su cheque o giro, pagadero a Clover Health, el día 1 de cada mes. Incluya su número de identificación de miembro en el cheque y envíelo por correspondencia a la siguiente dirección: Clover Health, PO Box 824710, Philadelphia, PA 19182-4710.
- No haga su cheque pagadero a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) o al Departamento de Salud y Servicios Sociales (HHS).

Opción 2: Puede hacer los pagos mediante débito automático mensual de su cuenta bancaria

- En lugar de pagar con cheque, usted puede elegir que la multa por inscripción tardía

de la Parte D se debite automáticamente de su cuenta bancaria. Póngase en contacto con el Departamento de Servicios para los miembros si necesita obtener información adicional para pagar la prima de su plan mediante transferencia electrónica de fondos (EFT).

- Clover Health deducirá automáticamente su multa por inscripción tardía de la Parte D aproximadamente el 5 de cada mes (si el día 5 coincide con un fin de semana, la deducción se realizará al siguiente día hábil).

Opción 3: Puede pedir que la multa por inscripción tardía de la Parte D se descuente de su cheque mensual del Seguro Social

Puede pedir que la multa por inscripción tardía de la Parte D se descuente de su cheque mensual del Seguro Social. Para obtener más información sobre cómo pagar la multa de esta forma, póngase en contacto con el Departamento de Servicios para los miembros. Con gusto le ayudaremos con este asunto. (En la portada posterior de este folleto encontrará los números de teléfono del Departamento de Servicios para los miembros).

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

Si tiene problemas para pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D dentro del plazo establecido, póngase en contacto con el Departamento de Servicios para los miembros con el fin de que le recomendemos programas que le ayuden a pagar la multa. (En la portada posterior de este folleto encontrará los números de teléfono del Departamento de Servicios para los miembros).

Sección 7.2 ¿Podemos modificar la prima mensual de su plan durante el año?

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

No obstante, a veces, usted puede necesitar comenzar a pagar o puede reunir los requisitos para dejar de pagar una multa por inscripción tardía. (Se puede aplicar una multa por inscripción tardía si tuvo un período continuo de 63 días o más sin cobertura “acreditable” para medicamentos con receta). Puede ocurrir si resulta ser elegible para el programa de “Ayuda adicional” o si pierde su elegibilidad para el programa de “Ayuda adicional” durante el año:

- Si usted paga la multa por inscripción tardía de la Parte D y resulta elegible para el programa de "Ayuda adicional" durante el año, podría dejar de pagar la multa.
- Si alguna vez pierde el subsidio por bajos ingresos ("Ayuda adicional"), usted estaría sujeto a la multa mensual por inscripción tardía de la Parte D si alguna vez estuvo sin cobertura acreditable para medicamentos con receta durante 63 días o más.

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

SECCIÓN 8 Mantenga actualizado su registro de miembro del plan

Sección 8.1 Cómo puede asegurarse de que tengamos información correcta sobre usted

Su registro de miembro contiene información del formulario de inscripción, incluyendo su dirección y número de teléfono. Detalla la cobertura específica de su plan, incluido su proveedor de atención primaria.

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

Infórmenos sobre las siguientes modificaciones:

- Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono.
- Cambios en cualquier otra cobertura de salud que tenga (por ejemplo, de su empleador, del empleador de su cónyuge, un seguro de indemnización por accidentes laborales o Medicaid).
- Si existe alguna demanda de responsabilidad civil; por ejemplo, por un accidente automovilístico.
- Si fue ingresado en un hogar de convalecencia.
- Si recibe atención en un hospital o una sala de emergencias que se encuentran fuera del área o fuera de la red.
- Si cambia la persona responsable designada por usted (como un cuidador).
- Si está participando en un estudio de investigación clínica.

Si hay algún cambio, llame al Departamento de Servicios para los miembros (en la portada posterior de este folleto encontrará los números de teléfono).

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

Lea la información que le enviamos sobre la cobertura de cualquier otro seguro que tenga

Medicare exige que le pidamos información sobre la cobertura de cualquier otro seguro médico o para medicamentos que tenga. Esto se debe a que tenemos que coordinar las demás coberturas que tenga con los beneficios que obtiene de nuestro plan. (Para obtener más información sobre cómo funciona nuestra cobertura cuando usted tiene otro seguro, consulte la Sección 10 de este capítulo).

Una vez por año le enviaremos una carta con el detalle de las demás coberturas médicas o para medicamentos de las que tengamos conocimiento. Lea atentamente esta información. Si es correcta, no será necesario que haga nada. Si la información es incorrecta o si tiene alguna otra cobertura que no está incluida en la lista, llame al Departamento de Servicios para los miembros (en la portada posterior de este folleto encontrará los números de teléfono).

SECCIÓN 9 Protegemos la privacidad de su información personal de salud

Sección 9.1 Nos aseguramos de que su información de salud esté protegida

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

Para obtener más información sobre cómo protegemos la información personal de salud, consulte Sección 1.4 del Capítulo 8 de este folleto.

SECCIÓN 10 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

Sección 10.1 ¿Qué plan paga primero cuando usted tiene otro seguro?

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

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

- Si tiene una cobertura de jubilados, Medicare paga primero.
- Si la cobertura del plan de salud grupal se basa en su empleo actual o en el de algún miembro de su familia, la decisión sobre quién paga primero se basa en su edad, la cantidad de personas empleadas por el empleador y si tiene Medicare con base en la edad, discapacidad o enfermedad renal terminal (ESRD):
    - Si usted es menor de 65 años y sufre alguna discapacidad, y usted o un miembro de su familia se encuentran aún trabajando, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 100 o más empleados o al menos es un empleador en un plan de empleador múltiple que tiene más de 100 empleados.
    - Si usted es mayor de 65 años y usted o su cónyuge se encuentran aún trabajando, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 20 o más empleados o al menos es un empleador en un plan de empleador múltiple que tiene más de 20 empleados.
- Si usted tiene Medicare debido a una enfermedad renal terminal (ESRD), su plan de salud grupal pagará primero durante los primeros 30 meses luego de haber sido elegible para Medicare.

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

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

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

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

CAPÍTULO 2

Números de teléfono y recursos importantes

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

SECCIÓN 1 **Contactos de Clover Health NJ Classic Aqua (PPO) (cómo ponerse en contacto con nosotros, incluido cómo puede comunicarse con el Departamento de Servicios para los miembros) 28**

SECCIÓN 2 **Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal de Medicare) 36**

SECCIÓN 3 **Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare) 39**

SECCIÓN 4 **Organización para la Mejora de la Calidad (la paga Medicare para verificar la calidad de la atención que se brinda a las personas que tienen Medicare) 40**

SECCIÓN 5 **Seguro Social 41**

SECCIÓN 6 **Medicaid (un programa conjunto del estado y del gobierno federal que brinda ayuda con los costos médicos a personas con ingresos y recursos limitados) 42**

SECCIÓN 7 **Información sobre programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos con receta 43**

SECCIÓN 8 **Cómo puede ponerse en contacto con la Junta de Retiro Ferroviario 49**

SECCIÓN 9 **¿Tiene un "seguro grupal" u otro seguro de salud de un empleador? 50**

SECCIÓN 1 Contactos de Clover Health NJ Classic Aqua (PPO) (cómo ponerse en contacto con nosotros y cómo puede comunicarse con el Departamento de Servicios para los miembros)

Cómo puede ponerse en contacto con el Departamento de Servicios para los miembros del plan

Para obtener ayuda con las reclamaciones o la facturación, o si tiene alguna pregunta sobre la tarjeta de miembro, llame o escriba al Departamento de Servicios para los miembros de Clover Health NJ Classic Aqua (PPO). Con gusto le ayudaremos.

Método	Departamento de Servicios para los miembros: información de contacto
LLAME AL	1-888-657-1207 Las llamadas a este número son gratuitas. El Departamento de Servicios para los miembros está disponible los 7 días de la semana, de 8am a 8pm, hora local. Desde el 15 de febrero hasta el 30 de septiembre, se usarán tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz) los fines de semana y los feriados. El Departamento de Servicios para los miembros también ofrece servicios gratuitos de intérpretes para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. El Departamento de Servicios para los miembros está disponible los 7 días de la semana, de 8am a 8pm, hora local. Desde el 15 de febrero hasta el 30 de septiembre, se usarán tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz) los fines de semana y los feriados.
ESCRIBA A	Clover Health Member Services PO Box 471 Jersey City, NJ 07303
SITIO WEB	https://www.cloverhealth.com

Cómo puede ponerse en contacto con nosotros para solicitar una decisión de cobertura sobre su atención médica

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y la cobertura o con relación al monto que pagaremos por sus servicios médicos. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura de su atención médica, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas*)).

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

Método	Información de contacto para decisiones de cobertura sobre la atención médica
LLAME AL	1-888-995-1690 Las llamadas a este número son gratuitas. El Departamento de Servicios para los miembros está disponible los 7 días de la semana, de 8am a 8pm, hora local. Desde el 15 de febrero hasta el 30 de septiembre, se usarán tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz) los fines de semana y los feriados.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. El Departamento de Servicios para los miembros está disponible los 7 días de la semana, de 8am a 8pm, hora local. Desde el 15 de febrero hasta el 30 de septiembre, se usarán tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz) los fines de semana y los feriados.
FAX	1-800-308-1107
ESCRIBA A	Clover Health Utilization Management PO Box 471 Jersey City, NJ 07303
SITIO WEB	https://www.cloverhealth.com

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

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

Método	Presentación de apelaciones sobre la atención médica: información de contacto
LLAME AL	1-888-657-1207 Las llamadas a este número son gratuitas. El Departamento de Servicios para los miembros está disponible los 7 días de la semana, de 8am a 8pm, hora local. Desde el 15 de febrero hasta el 30 de septiembre, se usarán tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz) los fines de semana y los feriados.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. El Departamento de Servicios para los miembros está disponible los 7 días de la semana, de 8am a 8pm, hora local. Desde el 15 de febrero hasta el 30 de septiembre, se usarán tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz) los fines de semana y los feriados.
FAX	1-732-412-9706
ESCRIBA A	Clover Health Appeals PO Box 471 Jersey City, NJ 07303
SITIO WEB	https://www.cloverhealth.com

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

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

Método	Presentación de quejas sobre la atención médica: información de contacto
LLAME AL	1-888-657-1207 Las llamadas a este número son gratuitas. El Departamento de Servicios para los miembros está disponible los 7 días de la semana, de 8am a 8pm, hora local. Desde el 15 de febrero hasta el 30 de septiembre, se usarán tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz) los fines de semana y los feriados.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. El Departamento de Servicios para los miembros está disponible los 7 días de la semana, de 8am a 8pm, hora local. Desde el 15 de febrero hasta el 30 de septiembre, se usarán tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz) los fines de semana y los feriados.
FAX	1-551-227-3962
ESCRIBA A	Clover Health Grievances PO Box 471 Jersey City, NJ 07303
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja sobre Clover Health NJ Classic Aqua (PPO) directamente ante Medicare. Para presentar una queja por Internet ante Medicare, ingrese en https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.

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

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y la cobertura o en relación con el monto que pagaremos por sus medicamentos con receta del beneficio de la Parte D incluido en su plan. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura para medicamentos con receta de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas*)).

Método	Decisiones de cobertura sobre los medicamentos con receta de la Parte D: información de contacto
LLAME AL	1-855-479-3657 Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes de Atención al cliente de CVS Caremark están disponibles durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
TTY	1-866-236-1069 Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes de Atención al cliente de CVS Caremark están disponibles durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
FAX	1-855-633-7673
ESCRIBA A	CVS Caremark Part D Services/Exceptions MC109 PO Box 52000 Phoenix, AZ 85072-2000
SITIO WEB	https://www.cloverhealth.com

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

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

Método	Presentación de apelaciones sobre los medicamentos con receta de la Parte D: información de contacto
LLAME AL	1-855-479-3657 Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes de Atención al cliente de CVS Caremark están disponibles durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
TTY	1-866-236-1069 Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes de Atención al cliente de CVS Caremark están disponibles durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
FAX	1-855-633-7673
ESCRIBA A	CVS Caremark Part D Services/Exceptions MC109 PO Box 52000 Phoenix, AZ 85072-2000
SITIO WEB	https://www.cloverhealth.com

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

Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre alguna de nuestras farmacias de la red, incluso respecto de la calidad de su atención. Este tipo de queja no está relacionado con disputas de cobertura ni de pago. (Si su problema es sobre el pago o la cobertura del plan, lea la sección anterior para saber cómo presentar su apelación). Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre los medicamentos con receta de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*).

Método	Presentación de quejas sobre los medicamentos con receta de la Parte D: información de contacto
LLAME AL	1-855-479-3657 Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes de Atención al cliente de CVS Caremark están disponibles durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
TTY	1-866-236-1069 Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes de Atención al cliente de CVS Caremark están disponibles durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
FAX	1-855-633-7673
ESCRIBA A	CVS Caremark Medicare Part D - Grievances MC121 PO Box 53991 Phoenix, AZ 85072-3991
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja sobre Clover Health NJ Classic Aqua (PPO) directamente ante Medicare. Para presentar una queja por Internet ante Medicare, ingrese en https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.

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

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

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

Método	Solicitud de pago de atención médica: información de contacto
LLAME AL	1-888-657-1207 Las llamadas a este número son gratuitas. El Departamento de Servicios para los miembros está disponible los 7 días de la semana, de 8am a 8pm, hora local. Desde el 15 de febrero hasta el 30 de septiembre, se usarán tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz) los fines de semana y los feriados.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. El Departamento de Servicios para los miembros está disponible los 7 días de la semana, de 8am a 8pm, hora local. Desde el 15 de febrero hasta el 30 de septiembre, se usarán tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz) los fines de semana y los feriados.
ESCRIBA A	Clover Health Medical Claims PO Box 471 Jersey City, NJ 07303
SITIO WEB	https://www.cloverhealth.com

Método	Solicitud de pago de medicamento con receta: información de contacto
LLAME AL	1-855-479-3657 Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes de Atención al cliente de CVS Caremark están disponibles durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
TTY	1-866-236-1069 Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes de Atención al cliente de CVS Caremark están disponibles durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
FAX	1-855-633-7673
ESCRIBA A	CVS Caremark PO Box 52066 Phoenix, AZ 85072-2066
SITIO WEB	https://www.cloverhealth.com

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

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

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

Método	Medicare: información de contacto
LLAME AL	1-800-MEDICARE o 1-800-633-4227 Las llamadas a este número son gratuitas. Durante las 24 horas, los 7 días de la semana.

Método	Medicare: información de contacto
TTY	1-877-486-2048 Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.
SITIO WEB	https://www.medicare.gov Este es el sitio web gubernamental oficial de Medicare. Proporciona información actualizada sobre Medicare y cuestiones actuales relacionadas con Medicare. También contiene información sobre hospitales, hogares de convalecencia, médicos, agencias de atención médica a domicilio y centros de diálisis. Incluye folletos que se pueden imprimir directamente de su computadora. También puede encontrar la información de contacto de Medicare en su estado. El sitio de Medicare también tiene información detallada sobre las opciones de elegibilidad e inscripción con las siguientes herramientas: • **Herramienta de elegibilidad de Medicare:** brinda información sobre el estado de elegibilidad de Medicare. • **Buscador de planes de Medicare:** brinda información personalizada sobre las pólizas disponibles de los planes de medicamentos con receta de Medicare, planes de salud Medicare y Medigap (Seguro complementario de Medicare) en su área. Estas herramientas brindan un valor *estimativo* de los costos que podría pagar de su bolsillo en diferentes planes de Medicare. También puede utilizar el sitio web para informarle a Medicare sobre cualquier queja que tenga de Clover Health NJ Classic Aqua (PPO). • **Infórmele a Medicare sobre su queja:** puede presentar una queja sobre Clover Health NJ Classic Aqua (PPO) directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, ingrese en https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx Medicare toma sus quejas de manera seria y utilizará esta información para mejorar la calidad del programa de Medicare. Si no tiene una computadora, la biblioteca o el centro para personas de edad avanzada locales pueden ayudarle a que ingrese en el sitio web con sus computadoras. O bien, puede llamar a Medicare para pedirles la información que está buscando. Ellos buscarán la información en el sitio web, la imprimirán y se la enviarán. (Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE

Método	Medicare: información de contacto
	(1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

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

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP) es un programa gubernamental que cuenta con asesores capacitados en todos los estados. En Nueva Jersey, al SHIP se lo denomina SHIP de Nueva Jersey.

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

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

Método	Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP) de Nueva Jersey: información de contacto
LLAME AL	1-800-792-8820
TTY	711
ESCRIBA A	Division of Aging and Community Services Department of Health PO Box 715 Trenton, NJ 08625-0715
SITIO WEB	www.state.nj.us/humanservices/doas/services/ship

SECCIÓN 4 Organización para la Mejora de la Calidad (Medicare paga para verificar la calidad de la atención que se brinda a las personas que tienen Medicare) En cada estado hay una Organización para la Mejora de la Calidad designada para brindarles servicios a los beneficiarios de Medicare. Para Nueva Jersey, la Organización para la Mejora de la Calidad se llama Livanta.

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

Si se presentan algunas de estas situaciones, debe ponerse en contacto con Livanta:

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

Método	Livanta (Organización para la Mejora de la Calidad de Nueva Jersey): información de contacto
LLAME AL	1-866-815-5440 (de lunes a viernes, de 5:30am a 8pm)

Método	Livanta (Organización para la Mejora de la Calidad de Nueva Jersey): información de contacto
TTY	1-866-868-2289 Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla.
ESCRIBA A	10830 Guilford Rd, Ste 312 Annapolis Junction, MD 20701
SITIO WEB	www.livanta.com/index.html

SECCIÓN 5 Seguro Social

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

El Seguro Social también es responsable de determinar quiénes deben pagar un monto adicional por sus coberturas para medicamentos de la Parte D por tener ingresos más elevados. Si recibió una carta del Seguro Social en la que se le informa que usted debe pagar un monto adicional y tiene preguntas sobre el monto o si sus ingresos disminuyeron debido a un hecho significativo en su vida, puede ponerse en contacto con el Seguro Social para solicitar una reconsideración.

Si se muda o cambia su dirección postal, es importante que se ponga en contacto con el Seguro Social para informarles.

Método	Seguro Social: información de contacto
LLAME AL	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de 7am a 7pm, de lunes a viernes. Puede utilizar los servicios telefónicos automáticos del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunas gestiones durante las 24 horas.
TTY	1-800-325-0778 Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de 7am a 7pm, de lunes a viernes.
SITIO WEB	https://www.ssa.gov

SECCIÓN 6 Medicaid (un programa conjunto del estado y del gobierno federal que brinda ayuda con los costos médicos a personas con ingresos y recursos limitados)

Medicaid es un programa conjunto del estado y del gobierno federal que brinda ayuda con los costos médicos a determinadas personas con ingresos y recursos limitados. Algunos beneficiarios de Medicare también pueden reunir los requisitos para ser beneficiarios de Medicaid.

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

- **Beneficiario calificado de Medicare (QMB):** ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare y otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos). (Algunos beneficiarios de QMB también son elegibles para ser beneficiarios totales de Medicaid (QMB+)).

- **Beneficiario de Medicare con ingreso bajo específico (SLMB):** ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunos beneficiarios de SLMB también son elegibles para ser beneficiarios totales de Medicaid (SLMB+)).
- **Persona calificada (QI):** ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Trabajador discapacitado calificado (QDWI):** ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Para obtener más información sobre Medicaid y sus programas, póngase en contacto con New Jersey Medicaid

Método	New Jersey Medicaid: información de contacto
LLAME AL	1-800-356-1561 (de 8:30am a 4:30pm, de lunes a viernes)
TTY	711
ESCRIBA A	Department of Human Services of New Jersey PO Box 712 Trenton, New Jersey 08625-0712
SITIO WEB	www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid

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

Programa de “Ayuda adicional” de Medicare

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

Las personas con recursos e ingresos limitados pueden reunir los requisitos para recibir la “Ayuda adicional”. Algunas personas reúnen los requisitos para la “Ayuda adicional” en forma automática y no necesitan presentar la solicitud. Medicare envía por correo una carta a las personas que reúnen los requisitos para la “Ayuda adicional” en forma automática.

Usted puede obtener “Ayuda adicional” para pagar las primas y los costos de los medicamentos con receta. Para saber si reúne los requisitos para recibir “Ayuda adicional”, llame:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, durante las 24 horas, los 7 días de la semana;
- a la Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213, entre las 7am y las 7pm, de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes); o
- a la Oficina de Medicaid de su estado (solicitudes). (Consulte la Sección 6 de este capítulo para obtener información de contacto).

Si cree que reúne los requisitos para recibir “Ayuda adicional” y que cuando va a la farmacia a comprar un medicamento con receta está pagando una cantidad incorrecta correspondiente al costo compartido, nuestro plan ha establecido un proceso que le permite solicitar ayuda para conseguir las pruebas que demuestren cuál es su nivel de copago correcto, o que le permite entregarlas si es que ya tiene las pruebas.

Si necesita ayuda para obtener la evidencia que se enumera a continuación, llame al Departamento de Servicios para los miembros al número que se detalla en la portada posterior de este folleto). Si ya tiene la evidencia, envíe una copia por correspondencia a la siguiente dirección: Clover Health, PO Box 471, Jersey City, NJ 07303.

- **Cualquiera de las siguientes puede considerarse evidencia:**

  — Una copia de la tarjeta del beneficiario de Medicaid que incluye el nombre del beneficiario y una fecha de elegibilidad durante un mes después de junio del año calendario anterior.

  — Una copia de un documento del estado que confirme el estado activo en Medicaid durante un mes después de junio del año calendario anterior.

  — Una copia impresa del archivo electrónico de inscripción del estado en el que se muestre su estado en Medicaid durante un mes después de junio del año calendario anterior.

  — Una impresión de la pantalla del sistema de Medicaid del estado en la que se muestre su estado en Medicaid durante un mes después de junio del año calendario anterior.

  — Otro documento proporcionado por el estado en el que se muestre su estado en Medicaid durante un mes después de junio del año calendario anterior.

— Una carta de la Administración del Seguro Social (SSA) en la que se indica que la persona recibe ingresos complementarios administrados por el Seguro Social (SSI).

— Una copia del aviso Solicitud enviada por considerarse elegible que confirme que el beneficiario es automáticamente elegible para recibir ayuda adicional.

- **Si vive en una residencia o recibe servicios de cuidado en el hogar y la comunidad (HCBS):**

  — Un pago de un centro de atención que muestre el pago de Medicaid para un mes calendario completo del individuo durante un mes después de junio del año calendario anterior.

  — Una copia de un documento del estado que confirme el pago a Medicaid en representación de la

  persona al establecimiento durante un mes calendario completo después de junio del año calendario anterior.

  — Una impresión de la pantalla del sistema de Medicaid del estado en la que se muestre la situación institucional sobre la base de una estadía de un mes calendario completo por razones de pago de Medicaid, durante un mes después de junio del año calendario anterior.

  — Un Aviso de acción, Aviso de determinación o Aviso de inscripción enviado por el estado que incluya el nombre del beneficiario y la fecha de elegibilidad para los HCBS durante un mes después de junio del año calendario anterior.

  — Plan de servicios de HCBS aprobado por el estado que incluya el nombre del beneficiario y la fecha de entrada en vigencia durante un mes después de junio del año calendario anterior.

  — Una carta de aprobación de la autorización previa emitida por el estado para los HCBS que incluya el nombre del beneficiario y la fecha de entrada en vigencia durante un mes después de junio del año calendario anterior.

  — Otro documento proporcionado por el estado donde se muestre el estado de elegibilidad para los HCBS durante un mes después de junio del año calendario anterior.

  — Un documento emitido por el estado, como una notificación de remesa, que confirme el pago para los HCBS, incluidos el nombre del beneficiario y las fechas de los HCBS.

Cuando recibamos las pruebas que demuestren su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que pueda abonar el copago correcto cuando obtenga su próximo medicamento con receta en la farmacia. Si el copago que abona es superior a lo que le correspondería pagar, le reembolsaremos la diferencia. Para ello le enviaremos un cheque

por la diferencia o haremos una compensación en los futuros copagos. Si la farmacia no le ha cobrado el copago y lo tiene registrado como un monto que usted le adeuda, es posible que efectuemos el pago directamente a la farmacia. Si el estado pagó en su nombre, tal vez le paguemos directamente al estado. Si tiene alguna pregunta, póngase en contacto con el Departamento de Servicios para los miembros (en la portada posterior de este folleto encontrará los números de teléfono).

Programa de Descuentos para el Período sin Cobertura de Medicare

El Programa de Descuentos para el Período sin Cobertura de Medicare brinda descuentos del fabricante para los medicamentos de marca a los miembros de la Parte D que hayan alcanzado la Etapa del período sin cobertura y que no estén recibiendo "Ayuda adicional". Para los medicamentos de marca, el 50% de descuento que ofrecen los fabricantes excluye la tarifa de suministro para los costos en el período sin cobertura. Los miembros pagan el 35% del precio negociado y una parte del costo de suministro de los medicamentos de marca.

Si alcanza la Etapa del período sin cobertura, automáticamente le aplicaremos el descuento cuando su farmacia le facture por su receta y su *Explicación de beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D) mostrará cualquier descuento aplicado. Tanto el monto que usted paga como el monto descontado por el fabricante son tenidos en cuenta para los costos que paga de su bolsillo como si usted hubiera pagado esa cantidad y lo desplazara a lo largo del período sin cobertura. El monto pagado por el plan (15%) no se considera para los costos que paga de su bolsillo.

También recibe cierto grado de cobertura para los medicamentos genéricos. Si alcanza la Etapa del período sin cobertura, el plan paga el 56% del precio por los medicamentos genéricos y usted el 44% restante del precio. Para los medicamentos genéricos, el monto pagado por el plan (56%) no se considera para los costos que paga de su bolsillo. Solo el monto que usted paga es considerado y lo desplaza a lo largo del período sin cobertura. También, el costo de suministro se incluye como parte del costo del medicamento.

Si tiene alguna pregunta sobre la posibilidad de descuentos para los medicamentos que está tomando, o acerca del Programa de Descuentos para el Período sin Cobertura de Medicare en general, póngase en contacto con el Departamento de Servicios para los miembros (en la portada posterior de este folleto encontrará los números de teléfono).

¿Qué ocurre si tiene cobertura del Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP)?

Si está inscrito en un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP) o cualquier otro programa que brinda cobertura para los medicamentos de la Parte D (que no sea la "Ayuda adicional"), aún conservará el 50% de descuento sobre los medicamentos de marca

cubiertos. Además, el plan paga el 15% de los costos de los medicamentos de marca en el período sin cobertura. Tanto el 50% de descuento como el 15% que paga el plan se aplican al precio del medicamento antes que cualquier SPAP u otra cobertura.

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

¿Qué es el Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP)?

El Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP) ayuda a las personas elegibles para el ADAP que viven con VIH/SIDA a acceder a medicamentos para el VIH esenciales para salvar la vida. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el ADAP califican para la asistencia de costo compartido para medicamentos con receta del Programa de distribución de medicamentos para el SIDA de Nueva Jersey. *Nota*: Para ser elegible para el ADAP que funciona en su estado, las personas deben cumplir ciertos criterios, que incluyen el comprobante de residencia del estado y estado del VIH, de ingresos bajos según lo definido por el estado y de estado de sin seguro o infraseguro.

Si actualmente está inscrito en el ADAP, este puede continuar proporcionándole la asistencia de costo compartido para medicamentos con receta de la Parte D de Medicare para medicamentos incluidos en el formulario del ADAP. Para asegurarse de seguir recibiendo esta asistencia, notifique al encargado de inscripciones del ADAP de su área sobre cualquier cambio en el número de póliza o el nombre del plan de la Parte D de Medicare. Se puede comunicar con el Programa de Distribución de Medicamentos para el SIDA de Nueva Jersey (ADAP) llamando por teléfono al 1-877-613-4533 o, por Internet, visitando www.state.nj.us/health/aids/freemeds.shtml.

¿Qué ocurre si recibe "Ayuda adicional" de Medicare para poder cubrir los costos de los medicamentos con receta? ¿Obtiene los descuentos?

No. Si recibe "Ayuda adicional", usted ya tiene una cobertura para los costos de medicamentos con receta durante la Etapa del período sin cobertura.

¿Qué sucede si usted no obtiene un descuento y cree que debería tenerlo?

Si considera que ha alcanzado el período sin cobertura y no obtuvo un descuento cuando pagó por el medicamento de marca, deberá revisar el próximo aviso de la *Explicación de beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D). Si el descuento no aparece en su *Explicación de beneficios de la Parte D*, deberá contactarnos para asegurarse de que sus registros de medicamentos con receta estén correctos y actualizados. Si consideramos que no le corresponde un descuento, puede apelar. Puede obtener ayuda para presentar una apelación

del SHIP, los números de teléfono se encuentran en la Sección 3 de este capítulo, o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Programas estatales de asistencia farmacéutica

En muchos estados existen Programas estatales de asistencia farmacéutica que ayudan a algunas personas a pagar los medicamentos con receta según la necesidad económica, la edad, la condición médica o discapacidad. Cada estado se rige por distintas normas para brindar cobertura para medicamentos a las personas.

En Nueva Jersey, el Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica es la Asistencia farmacéutica para personas de edad avanzada y discapacitadas (PAAD) y el Programa de Descuento de Recetas Senior Gold de Nueva Jersey.

Método	Programa de Asistencia Farmacéutica para Personas de Edad Avanzada y Discapacitadas (PAAD) de Nueva Jersey: información de contacto
LLAME AL	1-800-792-9745 (durante las 24 horas, los 7 días de la semana)
TTY	711
ESCRIBA A	PAAD-HAAAD Department of Human Services P.O. Box 715 Trenton, NJ 08625
SITIO WEB	www.state.nj.us/humanservices/doas/services/paad

Método	Programa de Descuento de Recetas Senior Gold de Nueva Jersey**: información de contacto**
LLAME AL	1-800-792-9745 (durante las 24 horas, los 7 días de la semana)
TTY	711
ESCRIBA A	New Jersey Department of Health and Senior Services Senior Gold Prescription Discount Program P.O. Box 715 Trenton, NJ 08625
SITIO WEB	http://www.state.nj.us/humanservices/doas/services/seniorgold/

SECCIÓN 8 Cómo puede ponerse en contacto con la Junta de Retiro Ferroviario

La Junta de Retiro Ferroviario es una agencia federal independiente que administra los programas integrales de beneficios destinados a los trabajadores ferroviarios del país y a sus familias. Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios de la Junta de Retiro Ferroviario, póngase en contacto con la agencia.

Si recibe Medicare a través de la Junta de Retiro Ferroviario, es importante que les informe si se muda o cambia su dirección postal.

Método	Junta de Retiro Ferroviario: información de contacto
LLAME AL	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de 9am a 3:30pm, de lunes a viernes Si tiene un teléfono de tonos, tendrá a su disposición información grabada y servicios automatizados durante las 24 horas, incluso los fines de semana y días feriados.
TTY	1-312-751-4701 Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número *no* son gratuitas.
SITIO WEB	https://secure.rrb.gov

SECCIÓN 9 ¿Tiene un “seguro grupal” u otro seguro de salud de un empleador?

Si usted (o su cónyuge) recibe beneficios de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge) como parte de este plan, debe llamar al administrador de beneficios de su empleador o sindicato o al Departamento de Servicios para los miembros si tiene alguna pregunta. Puede preguntar acerca de los beneficios de salud, las primas o el período de inscripción de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge). (En la portada posterior de este folleto encontrará los números de teléfono del Departamento de Servicios para los miembros). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY: 1-877-486-2048) si tiene preguntas relacionadas con su cobertura de Medicare en este plan. Si tiene otra cobertura para medicamentos con receta a través de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge), póngase en contacto con el **administrador de beneficios de ese grupo**. El administrador de beneficios puede ayudarle a determinar cómo funcionará su cobertura actual para medicamentos con receta en relación con nuestro plan.

CAPÍTULO 3

Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos

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

SECCIÓN 1 Lo que debe saber sobre cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan 54

Sección 1.1 ¿Qué son los "proveedores de la red" y los "servicios cubiertos"? 54

Sección 1.2 Normas básicas para obtener la atención médica cubierta por su plan 54

SECCIÓN 2 Cómo usar proveedores de la red y fuera de la red para obtener atención médica 55

Sección 2.1 Puede elegir a un proveedor de atención primaria (PCP) para que brinde y supervise su atención médica 55

Sección 2.2 Cómo puede obtener atención de especialistas y otros proveedores de la red 57

Sección 2.3 Cómo puede obtener atención de proveedores fuera de la red 58

SECCIÓN 3 Cómo puede obtener los servicios cubiertos cuando tiene una emergencia o necesidad urgente de recibir atención o durante un desastre 59

Sección 3.1 Cómo obtener atención ante una emergencia médica 59

Sección 3.2 Cómo obtener atención ante una necesidad urgente de recibir servicios 61

Sección 3.3 Cómo obtener atención durante un desastre 61

SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de los servicios cubiertos? 62

Sección 4.1 Puede solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde del costo de los servicios cubiertos 62

Sección 4.2 Si nuestro plan no cubre los servicios, usted debe pagar el costo total 62

SECCIÓN 5 ¿Cómo se cubren los servicios médicos cuando participa en un "estudio de investigación clínica"? 63

Sección 5.1 ¿Qué es un "estudio de investigación clínica"? 63

Sección 5.2 Cuando participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién paga cada cosa? 64

SECCIÓN 6 Normas para obtener atención en una "institución religiosa de atención sanitaria no médica"..... 65

Sección 6.1 ¿Qué es una institución religiosa de atención sanitaria no médica? 65

Sección 6.2 ¿Qué tipo de atención de una institución religiosa de atención sanitaria no médica cubre nuestro plan? 66

SECCIÓN 7 Normas para la posesión de equipo médico duradero 67

Sección 7.1 ¿Puede quedarse con el equipo médico duradero después de haber realizado cierta cantidad de pagos dentro de nuestro plan? 67

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

Este capítulo explica lo que usted debe saber sobre cómo utilizar el plan para obtener la cobertura de atención médica. En él se incluyen definiciones de términos y se explican las normas que deberá respetar para obtener tratamientos médicos, servicios y otro tipo de atención médica que cubre el plan.

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

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

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

- Los **“proveedores”** son los médicos y otros profesionales de la salud autorizados por el estado para brindar atención y servicios médicos. El término “proveedores” también incluye hospitales y otros centros de atención médica.
- Los **“proveedores de la red”** son los médicos y otros profesionales de la salud, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que han acordado con nosotros aceptar nuestros pagos y su monto de costo compartido como pago pleno. Hemos acordado con estos proveedores que les presten servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red nos facturan directamente la atención que le brindan a usted. Cuando consulta con un proveedor de la red, solo paga la parte que le corresponde del costo de los servicios.
- Los **“servicios cubiertos”** incluyen toda la atención médica, los servicios de atención médica, los suministros y los equipos que cubre nuestro plan. Los servicios cubiertos de atención médica se incluyen en la tabla de beneficios del Capítulo 4.

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

Como un plan de salud de Medicare, Clover Health NJ Classic Aqua (PPO) debe cubrir todos los servicios cubiertos por Medicare Original y debe seguir las normas de cobertura de Medicare Original.

Clover Health NJ Classic Aqua (PPO) cubrirá, por lo general, su atención médica siempre y cuando:

- **La atención que reciba se incluya en la Tabla de beneficios médicos del plan** (la tabla se encuentra en el Capítulo 4 de este folleto).
- **La atención que reciba se considere médicamente necesaria.** "Médicamente necesario" significa que los medicamentos, servicios o suministros son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su condición médica y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.
- **Usted reciba la atención por parte de un proveedor que es elegible para proporcionar servicios conforme a Medicare Original.** En su condición de miembro de nuestro plan, puede recibir atención de un proveedor de la red o de un proveedor fuera de la red (para obtener más información al respecto, consulte la Sección 2 de este capítulo).
    - Los proveedores de nuestra red se encuentran enumerados en el *Directorio de proveedores*.
    - Si utiliza un proveedor fuera de la red, su parte del costo de los servicios cubiertos puede ser más alta.
    - **Tenga en cuenta lo siguiente:** aunque puede recibir atención de un proveedor fuera de la red, ese proveedor debe ser elegible para participar en Medicare. Excepto por la atención de emergencia, no podemos pagarle a un proveedor que no es elegible para participar en Medicare. Si recibe atención de un proveedor que no es elegible para participar en Medicare, usted será responsable por el costo total de los servicios que reciba. Consulte con su proveedor antes de recibir servicios para verificar que sean elegibles para participar en Medicare.

SECCIÓN 2 Cómo usar proveedores de la red y fuera de la red para obtener atención médica

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

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

Un proveedor de atención primaria (PCP) es la persona a quien recurre para cubrir todas sus necesidades médicas básicas, como atención preventiva, tratamiento de una enfermedad y de lesiones. Aunque nuestro plan no exige que seleccione un PCP, le recomendamos

encarecidamente que lo haga, ya que podría haber muchos beneficios por tener uno. Por lo general, un PCP lo asiste en las derivaciones a especialistas y proveedores de atención médica conductual. Un PCP también puede coordinar el acceso a servicios hospitalarios cuando sea necesario. Cuando necesite una autorización previa para recibir un servicio, su PCP se pondrá en contacto con nosotros antes de que reciba los servicios, a fin de determinar si estarán cubiertos.

Nuestro plan considera como proveedor de atención médica a los siguientes:

- Médico clínico
- Médico familiar
- Médico geriatra
- Ginecólogo, obstetra/ginecólogo
- Profesional de medicina interna
- Pediatra
- Profesional en enfermería
- Asistente médico

Dado que el PCP brindará y coordinará su atención médica, debe enviar todos sus registros médicos anteriores al consultorio del PCP.

¿Cómo elige al PCP?

Puede seleccionar un PCP en el momento de la inscripción o en otro momento, desde el Directorio de proveedores de Clover Health que se encuentra en https://www.cloverhealth.com/en/members/find-provider o bien, puede ponerse en contacto con el Departamento de Servicios para los miembros llamando a los números de teléfono que se encuentran en la portada posterior de este folleto.

Cómo cambiar de PCP

Usted puede cambiar de PCP por cualquier motivo y en cualquier momento. Además, también existe la posibilidad de que su PCP deje de estar en la red de proveedores del plan, en cuyo caso usted deberá elegir a un nuevo PCP en nuestro plan.

Para cambiar de PCP o si necesita ayuda para buscar uno nuevo, llame al Departamento de Servicios para los miembros (en la portada posterior de este folleto encontrará los números de teléfono). Durante su llamada, notifique al Departamento de Servicios para los miembros si está viendo a un especialista o si actualmente está recibiendo servicios cubiertos que estaban coordinados por su PCP. Al momento de su llamada, se actualizará su registro de membresía para mostrar el nombre de su nuevo PCP.

Sección 2.2 Cómo puede obtener atención de especialistas y otros proveedores de la red

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

- Oncólogos: tratan a los pacientes que tienen cáncer.
- Cardiólogos: tratan a los pacientes que tienen afecciones cardíacas.
- Ortopedistas: tratan a los pacientes que tienen determinadas afecciones óseas, articulares o musculares.
- Como miembro de nuestro plan, no es necesario que su PCP le realice una derivación para que vea a un especialista; sin embargo, su PCP puede ayudarlo a decidir con qué especialista, establecimiento u otro proveedor de atención médica puede atenderse para recibir un tratamiento especializado.

Para ciertos tipos de servicios o suministros cubiertos, su PCP y otros proveedores tendrán que obtener la autorización previa de Clover Health. Estos servicios cubiertos están marcados en la Tabla de beneficios del Capítulo 4.

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

Durante el año, es posible que realicemos cambios en hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que son parte de su plan. Existen varias razones por las cuales su proveedor puede dejar de estar en su plan, pero si su médico o especialista deja de estar en su plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Aunque puede que haya cambios en nuestra red de proveedores durante el año, Medicare exige que nosotros le proporcionemos a usted acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Haremos un esfuerzo de buena fe para enviarle con, al menos, 30 días de anticipación un aviso en el que se explicará que su proveedor dejará el plan para que tenga tiempo de elegir un proveedor nuevo.
- Le ayudaremos a elegir un nuevo proveedor calificado para que continúe administrando sus necesidades de atención médica.

- Si está realizando un tratamiento médico, tiene derecho a solicitar, y trabajaremos con usted para garantizar que no se interrumpa el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no está siendo administrada de manera apropiada, tiene derecho a presentar una apelación de nuestra decisión.
- Si se entera de que su médico o especialista dejará su plan, póngase en contacto con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor y a administrar su atención llamando al Departamento de Servicios para los miembros al 1-888-657-1207 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), los 7 días de la semana, de 8am a 8pm, hora local. Desde el 15 de febrero hasta el 30 de septiembre, se usarán tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz) los fines de semana y los feriados.

Sección 2.3 Cómo puede obtener atención de proveedores fuera de la red

Como miembro de nuestro plan, usted puede elegir recibir atención de proveedores fuera de la red. Sin embargo, tenga en cuenta que los proveedores que no tienen contrato con nosotros no tienen la obligación de tratarlo, excepto en situaciones de emergencia. Nuestro plan cubrirá servicios de proveedores de la red y fuera de la red, siempre y cuando los servicios sean beneficios cubiertos y sean médicamente necesarios. No obstante, **si utiliza un proveedor fuera de la red, su parte del costo de los servicios cubiertos puede ser mayor**. Aquí le presentamos otros datos importantes que se deben tener en cuenta al utilizar proveedores fuera de la red:

- Aunque puede recibir atención de un proveedor fuera de la red, en la mayoría de los casos, ese proveedor debe ser elegible para participar en Medicare. Excepto por la atención de emergencia, no podemos pagarle a un proveedor que no es elegible para participar en Medicare. Si recibe atención de un proveedor que no es elegible para participar en Medicare, usted será responsable del costo total de los servicios que reciba. Consulte con su proveedor antes de recibir servicios para verificar que sean elegibles para participar en Medicare.
- No es necesario que obtenga una remisión o autorización previa cuando recibe atención de proveedores fuera de la red. Sin embargo, antes de obtener servicios de proveedores fuera de la red, es posible que deba solicitar una decisión de cobertura antes de la consulta para confirmar que los servicios que recibe están cubiertos y son médicamente necesarios. (Para obtener información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura, consulte la Sección 4 del Capítulo 9). Esto es importante porque:

- Si no cuenta con una decisión de cobertura antes de la consulta y si más adelante determinamos que los servicios no están cubiertos o que no eran médicamente necesarios, podemos negar la cobertura y usted será responsable del costo total. Si le comunicamos que no cubriremos los servicios, tiene derecho a apelar nuestra decisión de no cubrir su atención. Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja*).

- Es mejor pedirle a un proveedor fuera de la red que primero le facture al plan. Pero, si ya ha pagado por los servicios cubiertos, le reembolsaremos la parte del costo que nos corresponde pagar por los servicios cubiertos. O, si un proveedor fuera de la red le envía una factura a usted y usted considera que nosotros deberíamos pagarla, puede enviárnosla para que realicemos el pago. Consulte el Capítulo 7 (*Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos*) para obtener información sobre qué hacer si recibe una factura o si necesita solicitar un reembolso.
- Si utiliza un proveedor fuera de la red para recibir atención de emergencia, atención de urgencia o servicios de diálisis fuera de área, es posible que no deba pagar un monto de costo compartido más alto. Para obtener más información sobre estas situaciones, consulte la Sección 3.

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

Sección 3.1 Cómo obtener atención ante una emergencia médica

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

Una **“emergencia médica”** se produce cuando usted, o cualquier otra persona prudente, con un conocimiento normal sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren de atención médica inmediata para evitar que pierda la vida, un miembro o la función del miembro. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o condición médica que se agrava rápidamente.

Si tiene una emergencia médica:

- **Busque ayuda lo más rápido posible.** Llame al 911 para pedir ayuda o acuda a la sala de emergencias u hospital más cercano. Si la necesita, llame para pedir una ambulancia.

No es necesario que primero obtenga la aprobación o un referido del PCP. **Asegúrese lo antes posible de que le hayan avisado al plan acerca de la emergencia.** Necesitamos hacer el seguimiento de la atención de emergencia que reciba. Usted o alguna otra persona deben llamarnos para avisarnos sobre la atención de emergencia, por lo general, en el plazo de 48 horas al 1-888-657-1207 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Estamos disponibles de 8am a 8pm, hora local, los 7 días de la semana. Desde el 15 de febrero hasta el 30 de septiembre, se usarán tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz) los fines de semana y los feriados.

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

Usted puede obtener atención médica de emergencia cubierta cuando lo necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios. El plan cubre los servicios de ambulancia en los casos en los que ir a la sala de emergencias de alguna otra manera podría poner en peligro su salud. Para obtener más información, consulte la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4 de este folleto.

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

Una vez que finaliza la emergencia, usted tiene derecho a recibir atención de seguimiento para garantizar que siga estando estable. El plan cubre la atención de seguimiento. Si recibe atención de seguimiento de un proveedor fuera de la red, quizás tenga que pagar el costo compartido más alto para proveedores fuera de la red.

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

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

Sin embargo, después de que el médico haya dicho que *no* era una emergencia, el monto del costo compartido que usted paga dependerá de si recibe atención de proveedores de la red o fuera de la red. Si recibe la atención de proveedores de la red, su parte del costo será, generalmente, menor que si recibe atención de proveedores fuera de la red.

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

¿Qué son los “servicios de urgencia”?

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

¿Qué sucede si se encuentra en el área de servicio del plan y tiene una necesidad urgente de recibir atención?

Si usted se encuentra en el área de servicio del plan y utiliza un proveedor fuera de la red, la parte del costo que le corresponde pagar por su atención será mayor.

Si necesita ayuda para localizar los servicios de atención urgente, llame al Departamento de Servicios para los miembros al número que aparece al dorso de este folleto o visite https://www.cloverhealth.com/en/members/find-provider para ubicar un proveedor de la red.

¿Qué sucede si se encuentra fuera del área de servicio del plan y tiene una necesidad urgente de recibir atención?

Cuando está fuera del área de servicio y no puede recibir atención de un proveedor de la red, el plan cubrirá los servicios de urgencia que reciba de cualquier proveedor por un monto de costo compartido menor dentro de la red.

Nuestro plan no cubre servicios de urgencia ni ningún otro servicio si los recibe fuera de los Estados Unidos o sus territorios.

Sección 3.3 Cómo obtener atención durante un desastre

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

Visite los siguientes sitios web: www.nj.gov/health/er/natural.shtml o www.ready.nj.gov para obtener información sobre cómo obtener la atención necesaria durante un desastre.

Generalmente, si no puede utilizar un proveedor de la red durante un desastre, su plan le permitirá obtener la atención de proveedores fuera de la red con un costo compartido dentro de la red. Si no puede usar una farmacia de la red durante un desastre, puede obtener sus medicamentos con receta en una farmacia fuera de la red. Para obtener más información, consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5.

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

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

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

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

Clover Health NJ Classic Aqua (PPO) cubre todos los servicios médicos que son médicamente necesarios, los que se encuentran en la Tabla de beneficios médicos del plan (esta tabla está en el Capítulo 4 de este folleto) y los que cumplen con las normas del plan. Usted es responsable de pagar el costo total de los servicios que no cubra el plan, ya sea porque se trate de servicios que el plan no cubre o porque no se haya cumplido con las normas del plan.

Si tiene alguna duda sobre si pagaremos algún tipo de atención o servicio médico que piensa obtener, tiene derecho a preguntarnos si lo cubriremos antes de que lo reciba. También tiene derecho de solicitarlo por escrito. Si le comunicamos que no cubriremos los servicios, tiene derecho a apelar nuestra decisión de no cubrir su atención.

En el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas*)), encontrará más información sobre lo que debe hacer si necesita que tomemos una decisión de cobertura o si quiere apelar una decisión que hayamos tomado. También puede llamar al Departamento de Servicios para los miembros para obtener más información (en la portada posterior de este folleto encontrará los números de teléfono).

Para los servicios cubiertos que tienen un límite para los beneficios, usted paga el costo total de los servicios que reciba después de haber utilizado la totalidad del beneficio para ese tipo de servicio cubierto. Una vez que alcance un límite de beneficios, cualquier servicio que pague en su totalidad no se tendrá en cuenta para su máximo de bolsillo. Si quiere saber cuánto ha utilizado del límite del beneficio, puede llamar al Departamento de Servicios para los miembros.

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

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

Un estudio de investigación clínica (también denominado un "estudio clínico") es una manera que tienen los médicos y científicos de probar nuevos tipos de atención médica; por ejemplo, para averiguar la eficacia de un nuevo medicamento contra el cáncer. Los médicos y científicos prueban nuevos medicamentos o procedimientos de atención médica, para lo cual piden la colaboración de voluntarios para el estudio. Este tipo de estudio constituye una de las fases finales del proceso de investigación que ayuda a los médicos y científicos a determinar si un nuevo enfoque funciona y es seguro.

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

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

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Medicare Original paga la mayor parte de los costos por los servicios cubiertos que reciba usted como parte del estudio. Mientras participa en un estudio de investigación clínica, puede seguir inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo la atención restante (la atención que no esté relacionada con el estudio) a través del plan.

Si quiere participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* es necesario que el plan o el PCP lo aprueben. *No* es necesario que los proveedores que le

brindan atención como parte del estudio de investigación clínica formen parte de la red de proveedores del plan.

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

Si tiene pensado participar en un estudio de investigación clínica, comuníquese con el Departamento de Servicios para los miembros (en la portada posterior de este folleto encontrará los números de teléfono) para notificar que participará en un ensayo clínica y para conocer más detalles específicos sobre lo que cubrirá su plan.

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

Una vez que se inscriba en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, tendrá cobertura para productos y servicios de rutina que reciba como parte del estudio de investigación, incluso los siguientes:

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

Medicare Original paga la mayor parte del costo de los servicios cubiertos que usted recibe como parte del estudio. Después de que Medicare haya pagado su parte del costo de estos servicios, nuestro plan también pagará parte de los costos. Nosotros pagaremos la diferencia entre el costo compartido de los gastos en Medicare Original y su participación en los costos como miembro de nuestro plan. Esto significa que usted pagará el mismo monto por los servicios que recibe como parte del estudio igual que si recibiera estos servicios de nuestro plan.

A continuación, se muestra un ejemplo de cómo funciona el costo compartido: supongamos que tiene un análisis de laboratorio que cuesta $100, como parte del estudio de investigación. También supongamos que tendría que pagar $20 como su parte de los costos para este análisis según Medicare Original, pero el análisis sería de $10 conforme a los beneficios de nuestro plan. En este caso, Medicare Original pagaría $80 por el análisis y nosotros pagaríamos otros $10. Esto significa que usted pagaría $10, que es el mismo monto que pagaría según los beneficios del plan.

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

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

- Por lo general, Medicare *no* pagará los nuevos productos o servicios que se estén evaluando en el estudio, a menos que Medicare cubriera dicho producto o servicio incluso si usted no participara en un estudio.
- Los productos y servicios que el estudio le brinde a usted, o a cualquier participante, en forma gratuita.
- Los productos o servicios que se proporcionen solo para recabar datos y que no se utilicen en su atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no cubriría las tomografías computarizadas mensuales que se realicen como parte del estudio si su condición médica normalmente requiriese una sola tomografía.

¿Desea obtener más información?

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

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

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

Una institución religiosa de atención sanitaria no médica es un establecimiento que brinda atención para una afección que normalmente se trataría en un hospital o centro de atención de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o centro de atención de enfermería especializada va en contra de las creencias religiosas de un miembro, se brindará

cobertura para su atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica. Puede optar por recibir atención médica en cualquier momento y por cualquier motivo. Este beneficio se brinda solo para los servicios para pacientes internados de la Parte A (servicios de atención no médica). Medicare solo pagará los servicios de atención no médica que se presten en instituciones religiosas de atención sanitaria no médica.

Sección 6.2 ¿Qué tipo de atención de una institución religiosa de atención sanitaria no médica cubre nuestro plan?

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

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

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

- La institución que brinde atención debe estar certificada por Medicare.
- La cobertura del plan para los servicios que reciba se limita a los aspectos no religiosos de la atención.
- Si obtiene servicios de esta institución en un centro, se aplicarán las siguientes condiciones:
    - Debe tener una condición médica que le permitiría recibir los servicios cubiertos correspondientes a atención para pacientes internados en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada.
    - *Y* debe obtener la aprobación del plan por adelantado antes de que lo ingresen en el centro, porque de lo contrario, su estadía no estará cubierta.

Usted está cubierto por una cantidad limitada de días de internación médicamente necesaria en el hospital. Consulte el Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar).

SECCIÓN 7 Normas para la posesión de equipo médico duradero

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

Se considera equipo médico duradero (DME) a lo siguiente: suministros y equipos de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, sistemas de colchones eléctricos, muletas, suministros para diabéticos, dispositivos de generación de voz, bombas de infusión intravenosa (IV), nebulizadores y camas de hospital solicitados por un proveedor para uso en el hogar. Ciertos artículos, como las prótesis, son propiedad del miembro. En esta sección, hablaremos sobre otros tipos de DME que debe alquilar.

En Medicare Original, las personas que alquilan ciertos tipos de DME pueden quedarse con el equipo después de pagar el copago del artículo durante 13 meses. Sin embargo, como miembro de Clover Health NJ Classic Aqua (PPO), generalmente, no tendrá posesión de los artículos de DME alquilado, independientemente de la cantidad de copagos que haya realizado por el artículo siendo miembro de nuestro plan. Conforme a ciertas circunstancias limitadas, le transferiremos la titularidad del DME. Llame a Servicios para los miembros (en la portada posterior de este folleto encontrará los números de teléfono) para conocer los requisitos que debe cumplir y la documentación que tiene que brindar.

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

Si no obtuvo la posesión del DME mientras estaba en nuestro plan, deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos después de haber cambiado a Medicare Original para tener la posesión del artículo. Los pagos que hizo mientras estaba en el plan, no se considerarán como parte de los 13 pagos consecutivos.

Si realizó menos de 13 pagos por el DME en Medicare Original *antes* de unirse a nuestro plan, sus pagos anteriores tampoco se tendrán en cuenta para los 13 pagos consecutivos. Deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos después de haber cambiado a Medicare Original para tener la posesión del artículo. No hay excepciones a este caso cuando regresa a Medicare Original.

CAPÍTULO 4

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

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

SECCIÓN 1 Cómo comprender los costos que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos 70

Sección 1.1 Tipos de costos que es posible que deba pagar de su bolsillo por los servicios cubiertos 70

Sección 1.2 ¿Cuál es el monto máximo que pagará por los servicios médicos cubiertos de las Partes A y B de Medicare? 70

Sección 1.3 Nuestro plan no permite que los proveedores le “facturen saldos” 71

SECCIÓN 2 Utilice la *Tabla de beneficios médicos* para averiguar qué es lo que está cubierto y cuánto le corresponderá pagar 72

Sección 2.1 Sus beneficios y costos médicos como miembro del plan 72

SECCIÓN 3 ¿Qué servicios no cubre el plan? 111

Sección 3.1 Servicios que *no* cubrimos (exclusiones) 111

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

Este capítulo se centra en los servicios cubiertos y lo que paga por sus beneficios médicos. Se incluye una Tabla de beneficios médicos que proporciona una lista de los servicios cubiertos y la cantidad que deberá pagar por cada uno como miembro de Clover Health NJ Classic Aqua (PPO). Más adelante en este capítulo, encontrará información sobre los servicios médicos que no están cubiertos. También se explican los límites en determinados servicios.

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

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

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

La mayoría de las personas que reúnen las condiciones para Medicaid o para el Programa Beneficiario Calificado de Medicare (QMB) nunca debe pagar deducibles, copagos o coseguro. Si corresponde, asegúrese de mostrarle a su proveedor un comprobante de elegibilidad de Medicaid o QMB. Si considera que es incorrecto el pago que le están solicitando que haga, comuníquese con el Departamento de Servicios para los miembros.

Sección 1.2 ¿Cuál es el monto máximo que pagará por los servicios médicos cubiertos de las Partes A y B de Medicare?

En nuestro plan, existen dos límites diferentes que se aplican a lo que debe pagar de su bolsillo por los servicios médicos cubiertos:

- El **monto máximo que paga de su bolsillo dentro de la red** es de $6,700. Es el monto máximo que usted paga durante un año calendario por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B de Medicare que recibe de proveedores de la red. Los montos que paga por los copagos y el coseguro para los servicios cubiertos de proveedores de la red se tienen en cuenta para el monto máximo dentro de la red que paga de su bolsillo. (Los montos que paga en concepto de multa por inscripción tardía (si corresponde), de medicamentos con receta de la Parte D y de servicios que recibe de proveedores fuera de la red no se tienen en cuenta para el monto máximo dentro de la red que paga de su bolsillo. Asimismo, (los montos que paga por algunos servicios no se tienen en cuenta para el monto máximo dentro de la red que paga de su bolsillo. Estos servicios están marcados con un asterisco en la Tabla de beneficios médicos). Si ha pagado $6,700 por servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B recibidos de proveedores de la red, no deberá pagar ningún costo de su bolsillo durante el resto del año cuando consulte a proveedores dentro de nuestra red. No obstante, debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid o cualquier otro tercero pague su prima de la Parte B).
- El **monto máximo combinado que paga de su bolsillo** es de $6,700. Es el monto máximo que usted paga durante un año calendario por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B de Medicare que recibe de proveedores dentro y fuera de la red. Los montos que paga por los copagos y el coseguro para los servicios cubiertos se tienen en cuenta para el monto máximo combinado que paga de su bolsillo. Los montos que paga en concepto de multa por inscripción tardía (si corresponde) y de medicamentos con receta de la Parte D no se tienen en cuenta para el monto máximo combinado que paga de su bolsillo. Asimismo, los montos que paga por algunos servicios no se tienen en cuenta para el monto máximo combinado que paga de su bolsillo. Estos servicios están marcados con un asterisco en la Tabla de beneficios médicos). Si ya ha pagado $6,700 por los servicios cubiertos, tendrá cobertura del 100% y no deberá pagar ningún costo de su bolsillo para el resto del año por servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. No obstante, debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid o cualquier otro tercero pague su prima de la Parte B).

Sección 1.3 Nuestro plan no permite que los proveedores le “facturen saldos”

Como miembro de Clover Health NJ Classic Aqua (PPO), una protección importante para usted es que solo tiene que pagar el monto del costo compartido del plan cuando obtiene servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos a los proveedores agregar cargos adicionales,

denominados “facturación de saldos”. Esta protección (que nunca paga más que el monto de su costo compartido) se aplica aun cuando pagamos menos de lo que el proveedor factura por un servicio, incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.

Aquí le mostramos cómo funciona esta protección.

- Si su costo compartido es un copago (una cantidad determinada de dinero; por ejemplo, $15.00), entonces usted paga solamente ese monto por cualquier servicio cubierto del proveedor de la red. Generalmente, tendrá copagos más altos cuando reciba atención de proveedores fuera de la red.
- Si su costo compartido es un coseguro (un porcentaje de los cargos totales), entonces nunca paga más que ese porcentaje. Sin embargo, su costo depende del tipo de proveedor:
    - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor de la red, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de reembolso del plan (como quedó estipulado en el contrato entre el proveedor y el plan).
    - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red y que participa con Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores participantes.
    - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que no participa con Medicare, entonces usted paga el monto del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores no participantes.
- Si cree que un proveedor le ha “facturado el saldo”, llame al Departamento de Servicios para los miembros (en la portada posterior de este folleto encontrará los números de teléfono).

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

Sección 2.1 Sus beneficios y costos médicos como miembro del plan

La Tabla de beneficios médicos de las páginas siguientes enumera los servicios cubiertos por Clover Health NJ Classic Aqua (PPO) y lo que usted paga de su bolsillo por cada uno de ellos. Los servicios descritos en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos solo cuando se cumple con los siguientes requisitos de cobertura:

- Los servicios que cubre Medicare deben brindarse de conformidad con las reglas de cobertura establecidas por Medicare.
- Sus servicios (incluida la atención médica, los servicios, los suministros y los equipos) *deben* ser médicamente necesarios. "Médicamente necesario" significa que los medicamentos, servicios o suministros son necesarios para el diagnóstico o tratamiento de su condición médica y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.
- Algunos de los servicios mencionados en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos como servicios dentro de la red solo si el médico u otro proveedor de la red obtiene la aprobación por adelantado (esto suele denominarse "autorización previa") de Clover Health NJ Classic Aqua (PPO).
    - Los servicios cubiertos que deben aprobarse por adelantado para recibir cobertura como servicios dentro de la red están señalizados según "Se pueden aplicar normas de autorización" en la tabla de beneficios médicos.
    - No necesita obtener aprobación por adelantado para los servicios de proveedores fuera de la red.
    - Aunque no necesita obtener aprobación previa para proveedores fuera de la red, usted o su médico pueden solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura por adelantado.

Otra información importante que debe saber sobre su cobertura:

- En el caso de los beneficios en los que el monto del costo compartido es un porcentaje del coseguro, el monto que usted paga depende del tipo de proveedor del cual recibe los servicios:
    - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor de la red, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de reembolso del plan (como quedó estipulado en el contrato entre el proveedor y el plan).
    - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red y que participa con Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores participantes.
    - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red y que no participa en Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores no participantes.
- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Medicare Original. Para algunos de estos beneficios, usted paga *más* en nuestro plan de lo que

pagaría en Medicare Original. Por otros, usted paga *menos*. (Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte su manual *Medicare & You 2018 (Medicare y Usted 2018)*. Consúltelo por Internet en https://www.medicare.gov o solicite una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

- Para todos los servicios preventivos que están cubiertos sin costo por Medicare Original, nosotros también cubrimos el servicio sin costo para usted. No obstante, si recibe tratamiento o se somete a un control debido a una condición médica existente durante la consulta en la que recibe el servicio preventivo, se aplicará un copago por la atención recibida para tratar dicha condición médica.
- A menudo, Medicare agrega la cobertura de Medicare Original para nuevos servicios durante el año. Si Medicare agrega cobertura para algún servicio durante el año 2018, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.

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

* Verá este asterisco junto a los servicios que se incluyen como parte del monto máximo que paga de su bolsillo en la tabla de beneficios.

Tabla de beneficios médicos

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal Un ultrasonido de detección por única vez para las personas en riesgo. El plan solo cubre esta prueba de detección si usted tiene ciertos factores de riesgo y si obtiene un referido por parte de su médico, auxiliar médico, profesional en enfermería o especialista en enfermería clínica.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para miembros elegibles para esta prueba de detección preventiva.
Servicios de ambulancia • Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen servicios de ambulancia terrestre y aérea con aeronaves de ala fija o rotatoria hasta el centro apropiado más cercano que	Los costos compartidos son los mismos para los proveedores dentro y

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
puede brindar atención solo si se trata de un miembro cuya condición médica es tal que cualquier otro medio de transporte podría poner en peligro la salud de la persona o si está autorizado por el plan. • El transporte en ambulancia, si no se trata de una emergencia, es adecuado si se documenta que la condición del miembro es tal que cualquier otro medio de transporte podría poner en peligro la salud de la persona y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario. **Es posible que se apliquen normas de autorización.**	fuera de la red. Copago de $250 para cada tramo del traslado en ambulancia cubierto por Medicare.
Consulta anual de bienestar Si ha tenido la Parte B por más de 12 meses, puede tener una consulta anual de bienestar para establecer o actualizar un plan de prevención personalizado basado en los factores de riesgo y salud actuales. Está cubierta una vez cada 12 meses. **Nota**: Su primera consulta anual de bienestar no puede realizarse dentro de los 12 meses de su consulta preventiva "Bienvenido a Medicare". No obstante, no es necesario haber realizado la consulta "Bienvenido a Medicare" para estar cubierto para las consultas anuales de bienestar después de haber tenido la Parte B durante 12 meses.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta anual de bienestar.
Medición de la masa ósea Para las personas que reúnan los requisitos (generalmente, personas en riesgo de pérdida de la masa ósea o de osteoporosis), están cubiertos los siguientes servicios cada 24 meses o con mayor frecuencia si se considera médicamente necesario: procedimientos para determinar la densidad ósea, detectar la pérdida de masa ósea o	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la medición de la masa ósea cubierta por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
determinar la calidad ósea (incluye la lectura de los resultados por parte del médico).	
Prueba de detección de cáncer de mama (mamografías) Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • Una mamografía inicial entre los 35 y 39 años. • Una mamografía de control cada 12 meses para las mujeres de 40 años o más. • Exámenes clínicos de mamas una vez cada 24 meses.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para mamografías de control cubiertas.
Servicios de rehabilitación cardíaca Programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicios, educación y asesoramiento que están cubiertos para miembros que cumplen con determinadas condiciones con una orden del médico. El plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca que son habitualmente más rigurosos o intensos que los programas de rehabilitación cardíaca. **Es posible que se apliquen normas de autorización.**	Los costos compartidos son los mismos para los proveedores dentro y fuera de la red. **Servicios de rehabilitación cardíaca y de rehabilitación cardíaca intensiva cubiertos por Medicare:** Copago de $25 para cada servicio.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Consulta para disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (tratamiento para las enfermedades cardiovasculares) Cubrimos una consulta por año con su médico de atención primaria para ayudarlo a disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Durante esta consulta, su médico puede analizar el uso de aspirina (si corresponde), medir su presión arterial y brindarle consejos para asegurarse de que usted esté comiendo bien.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo para el tratamiento conductual intensivo de enfermedades cardiovasculares.
Análisis para detectar enfermedades cardiovasculares Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas al riesgo elevado de enfermedades cardiovasculares) una vez cada 5 años (60 meses).	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los análisis para detectar enfermedades cardiovasculares que se cubre una vez cada 5 años.
Prueba de detección de cáncer de cuello de útero y de vagina Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • Para todas las mujeres: pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses. • Si corre alto riesgo de padecer cáncer de cuello de útero o de vagina, está en edad de procrear y ha obtenido un resultado anormal en una prueba de Papanicolaou en los últimos 3 años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para exámenes pélvicos y pruebas de Papanicolaou preventivos cubiertos por Medicare.
Servicios de quiropráctica	Los costos compartidos

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • Solo cubrimos la manipulación de la columna para corregir una subluxación.	son los mismos para los proveedores dentro y fuera de la red. Copago de $20 para cada consulta cubierta por Medicare.
Prueba de detección de cáncer colorrectal Para las personas de 50 años o más, están cubiertos los siguientes estudios: • Sigmoidoscopia flexible (o enema de bario de detección como alternativa) cada 48 meses. Uno de los siguientes cada 12 meses: • Prueba Guaiac de sangre oculta en materia fecal (gFOBT). • Prueba inmunoquímica fecal (PIF). Examen colorrectal basado en ADN cada 3 años Para las personas que tienen alto riesgo de padecer cáncer colorrectal cubrimos lo siguiente: • Colonoscopia de detección (o enema de bario de detección como alternativa) cada 24 meses. Para las personas que no tienen alto riesgo de padecer cáncer colorrectal cubrimos lo siguiente: • Colonoscopia de detección cada 10 años (120 meses), pero	No se requiere coseguro, copago ni deducible para una prueba de detección de cáncer colorrectal cubierta por Medicare. Si se realiza un procedimiento quirúrgico durante una colonoscopia de detección, se aplicará el costo compartido de cirugía para pacientes externos. Los costos compartidos son los mismos para los proveedores dentro y fuera de la red. **Colonoscopía de diagnóstico (centro de cirugía ambulatoria):** Copago de $225 para cada colonoscopia de diagnóstico cubierta por

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
no dentro de los 48 meses de una sigmoidoscopia de detección.	Medicare. **Colonoscopía de diagnóstico (servicios hospitalarios para pacientes externos):** Copago de $325 para cada colonoscopia de diagnóstico cubierta por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios odontológicos En general, los servicios odontológicos preventivos (como limpieza dental, exámenes odontológicos de rutina y radiografía de dientes) no están cubiertos por Medicare Original. Cubrimos lo siguiente: • Hasta 2 exámenes odontológicos de rutina por año. • Hasta 2 limpiezas dentales por año. • Hasta 1 radiografía por año.	Los costos compartidos son los mismos para los proveedores dentro y fuera de la red. Copago de $0 para servicios cubiertos por Medicare durante una hospitalización de gravedad si son necesarios en términos médicos. Se aplican normas relativas al copago para pacientes internados en un hospital. *Copago de $0 para cada examen odontológico de rutina, hasta 2 por año. *Copago de $0 para cada limpieza dental, hasta 2 por año. *Copago de $0 para 1 radiografía por año. El plan cubre hasta $140 para servicios odontológicos preventivos dentro y fuera de la red.
Prueba de detección de depresión Cubrimos una prueba de detección de depresión por año. La	No se requiere coseguro, copago ni deducible para

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
prueba de detección debe realizarse en un establecimiento de atención primaria que pueda brindar referidos y tratamiento de seguimiento.	una consulta anual para la prueba de detección de depresión.
Prueba de detección de diabetes Cubrimos esta prueba (incluidas pruebas rápidas de glucosa) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), niveles históricos anormales de triglicéridos y colesterol (dislipidemia), obesidad o historial de niveles elevados de azúcar en sangre (glucosa). Las pruebas también pueden estar cubiertas si cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso y tener antecedentes familiares de diabetes. Según los resultados de estas pruebas, puede ser elegible para realizarse hasta dos pruebas de detección de diabetes cada 12 meses.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.
Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para la diabetes Para todas las personas que padecen diabetes (ya sea que usen insulina o no). Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • Suministros para controlar la glucosa en sangre: glucómetro, tiras reactivas para pruebas de glucosa en sangre, dispositivos de lancetas y lancetas, y soluciones de control de glucosa para verificar la precisión de las tiras reactivas y de los glucómetros. • Para las personas que padecen diabetes y pie diabético grave: un par de zapatos terapéuticos a medida por año calendario (con los zapatos se incluyen las plantillas	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los suministros, servicios y sesiones de capacitación de diabetes cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
ortopédicas) y dos pares extra de plantillas ortopédicas, o un par de zapatos profundos y tres pares de plantillas ortopédicas (con los zapatos no se incluyen las plantillas ortopédicas extraíbles que no están hechas a medida). La cobertura incluye adaptación. • La capacitación para lograr un autocontrol de la enfermedad está cubierta siempre que se cumpla con ciertos requisitos.	
Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados (En el Capítulo 12 de este folleto, encontrará una definición de "equipo médico duradero"). Los artículos cubiertos incluyen, entre otros: sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, camas de hospital por un proveedor para uso en el hogar, bombas de infusión intravenosa (IV), dispositivos de generación de voz, equipos de oxígeno, nebulizadores y andadores. Cubrimos todos los DME médicamente necesarios por Medicare Original. Si nuestro proveedor en su área no trabaja con una marca o fabricante en particular, puede preguntarles si pueden hacer un pedido especial para usted. También puede acceder a la lista de proveedores más actualizada en nuestro sitio web https://www.cloverhealth.com. **Es posible que se apliquen normas de autorización.**	Los costos compartidos son los mismos para los proveedores dentro y fuera de la red. Copago de $0 para suministros para diabetes cubiertos por Medicare. El 20% del costo del equipo médico duradero cubierto por Medicare.
Atención de emergencia La atención de emergencia hace referencia a los servicios que cumplen con las siguientes características:	Los costos compartidos son los mismos para los proveedores dentro y fuera de la red.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
• Son brindados por un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia. • Son necesarios para evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia. Una emergencia médica sucede cuando usted, o cualquier otra persona prudente, con un conocimiento normal sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren de atención médica inmediata para evitar que pierda la vida, un miembro o la función del miembro. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o condición médica que se agrava rápidamente. El costo compartido para servicios que se necesitan de manera urgente y que se prestan fuera de la red es el mismo que para dichos servicios prestados dentro de la red. Clover Health NJ Classic Aqua (PPO) no ofrece cobertura internacional para atención médica urgente o de emergencia.	Copago de $75 para cada consulta en la sala de emergencias cubierta por Medicare. El copago se exonera si usted ingresa al hospital dentro de las 24 horas.
Programas educativos sobre salud y bienestar Los miembros de Clover Health NJ Classic Aqua (PPO) pueden unirse a la Membresía del Programa de Preparación Física de SilverSneakers® a través de los centros de preparación física de la red. Los miembros participan en actividades de natación recreativa, actividades aeróbicas, control del peso y asesoramiento sobre nutrición, así como en programas de preparación física individualizados. Cuando hace uso de los servicios de los proveedores de la red, los integrantes de la membresía básica no pagan tarifas de visita o de uso. Visite https://www.silversneakers.com/locations para ver información sobre proveedores contratados.	Copago de $0 para miembros de SilverSneakers® dentro de la red solamente.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios auditivos	
Las evaluaciones auditivas de diagnóstico y las relacionadas con el equilibrio realizadas por su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico tienen cobertura como atención para pacientes externos cuando las realiza un médico, un audiólogo u otro proveedor calificado. • Exámenes auditivos: hasta 1 examen auditivo de rutina por año. • Audífonos: hasta 2 audífonos TruHearing Flyte por año calendario (uno por oído, por año). • Las compras de audífonos incluyen: – 3 consultas al proveedor durante el primer año posterior a la compra del audífono. – Período de prueba de 45 días. – Garantía extendida de 3 años. – 48 baterías por audífono. Debe atenderse con el proveedor de TruHearing para utilizar el servicio de exámenes auditivos de rutina y los beneficios de audífonos.	Los costos compartidos son los mismos para los proveedores dentro y fuera de la red. Copago de $25 para cada examen auditivo de diagnóstico cubierto por Medicare. *Copago de $0 para 1 examen auditivo de rutina por año como máximo dentro de la red solamente. *Copago de $0 para cada consulta para el ajuste de audífonos dentro de la red solamente. *Copago de $699 para cada audífono Flyte Advanced o $999 para cada audífono Flyte Premium, hasta 2 audífonos TruHearing Flyte por año calendario (uno por oído, por año), dentro de la red solamente.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Prueba de detección de VIH Para personas que solicitan una prueba de detección de VIH o que están en mayor riesgo de infección por el VIH, cubrimos: • Una prueba de detección cada 12 meses. Para mujeres embarazadas, cubrimos lo siguiente: • Hasta tres pruebas de detección durante el embarazo.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para miembros elegibles para pruebas de detección de VIH preventivas cubiertas por Medicare.
Atención médica a domicilio Antes de recibir los servicios de atención médica a domicilio, un médico debe certificar que usted necesita estos servicios y solicitará que una agencia de atención médica a domicilio le brinde estos servicios. El requisito es que usted no pueda salir de su casa, lo que significa que hacerlo implica un gran esfuerzo. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios de enfermería especializada o de un auxiliar de atención médica a domicilio en forma intermitente o de medio tiempo (se cubrirán en función del beneficio de atención médica a domicilio; los servicios de enfermería especializada y de un auxiliar de atención médica a domicilio combinados deben totalizar menos de 8 horas por día y 35 horas por semana). • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Servicios médicos y sociales. • Equipos y suministros médicos. **Es posible que se apliquen normas de autorización.**	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los servicios de atención médica a domicilio cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Atención en un hospicio Es posible que reciba atención a través de un programa de hospicio certificado por Medicare. Usted reunirá los requisitos para el beneficio de hospicio cuando su médico y el director médico del hospicio le hayan dado un diagnóstico de enfermedad terminal en el que se certifique que tiene una enfermedad terminal y 6 meses o menos de vida si su enfermedad sigue su curso normal. El médico del hospicio puede ser un proveedor de la red o fuera de la red. Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • Medicamentos para controlar síntomas y aliviar el dolor. • Cuidados paliativos a corto plazo. • Atención médica a domicilio. <u>Para los servicios en un hospicio y para los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que se relacionan con su diagnóstico de enfermedad terminal:</u> Medicare Original (en lugar de nuestro plan) pagará sus servicios en un hospicio y cualquier servicio de la Parte A y la Parte B relacionado con su diagnóstico de enfermedad terminal. Mientras esté en el programa de hospicio, su proveedor del hospicio facturará a Medicare Original por los servicios que Medicare Original cubre. <u>Para los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que no se relacionan con su diagnóstico de enfermedad terminal:</u> si necesita servicios que no sean de urgencia o de emergencia que están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que no están relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal, el costo para estos servicios depende de si usted utiliza un proveedor de la red de	Cuando se inscribe en un programa de hospicio certificado por Medicare, los servicios de hospicio y los servicios de la Parte A y Parte B relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal los paga Medicare Original, y no Clover Health NJ Classic Aqua (PPO). Clover Health pagará una consulta de asesoramiento antes de que elija el hospicio.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
nuestro plan: • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red, solo pagará el monto de costo compartido del plan para los servicios dentro de la red. • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, pagará el costo compartido del plan correspondiente al pago por servicios fuera de la red. Para los servicios cubiertos por Clover Health NJ Classic Aqua (PPO) pero que no están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare: Clover Health NJ Classic Aqua (PPO) seguirá cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no estén cubiertos por la Parte A o la Parte B o que no estén relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal. Usted paga el monto del costo compartido de su plan por estos servicios. Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por los beneficios de la Parte D del plan: los medicamentos nunca están cubiertos por el hospicio y nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte la Sección 9.4 del Capítulo 5 (*¿Qué sucede si se encuentra en un hospicio certificado por Medicare?*). **Nota:** Si necesita atención médica que no sea en un hospicio (atención que no está relacionada con su diagnóstico de enfermedad terminal), debería contactarnos para coordinar los servicios. Nuestro plan cubre los servicios de consulta con hospicios (una única vez) para una persona que padece una enfermedad terminal y no ha optado por el beneficio de hospicios.	
Inmunizaciones	lo se requiere coseguro,

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Los servicios de la Parte B cubiertos por Medicare incluyen los siguientes: • Vacuna contra la neumonía. • Vacunas antigripales una vez por año en el otoño o el invierno. • Vacuna contra la hepatitis B si corre riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B. • Otras vacunas si su salud está en peligro y si cumple con los requisitos de cobertura de la Parte B de Medicare. También cubrimos vacunas en virtud de los beneficios de cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.	copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, gripe y hepatitis B.
Atención para pacientes internados en un hospital Incluye cuidados agudos, rehabilitación para pacientes internados, servicios hospitalarios de atención a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes internados. La atención para pacientes internados en un hospital comienza el día en que formalmente ingresa al hospital con una orden del médico. El día antes de recibir el alta es su último día como paciente internado. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario). • Comidas, incluidas dietas especiales. • Servicios de enfermería permanentes. • Costos de las unidades de cuidados especiales (por ejemplo, unidades de cuidados intensivos o coronarios). • Medicamentos. • Análisis de laboratorio.	Los costos compartidos son los mismos para los proveedores dentro y fuera de la red. Se cobra un costo compartido por cada hospitalización. Copago de $290 por día para los días 1 a 6 para cada hospitalización. Copago de $0 por día para los días 7 a 365 para cada hospitalización. Excepto en casos de emergencia, su médico debe informar al plan que usted está ingresando al

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
• Radiografías y otros servicios radiológicos. • Suministros médicos y quirúrgicos necesarios. • Uso de aparatos, como sillas de ruedas. • Costos de la sala de operaciones y de recuperación. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje. • Servicios por abuso de sustancias para pacientes internados. • En determinadas condiciones, están cubiertos los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, páncreas y riñón, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinos/múltiples vísceras. Si necesita un trasplante, organizaremos la evaluación de su caso en un centro de trasplantes aprobado por Medicare, que decidirá si es candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplante pueden ser locales o fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de trasplantes dentro de la red están fuera de la estructura de atención de la comunidad, usted puede elegir recibir estos servicios localmente siempre que los proveedores de trasplantes locales estén dispuestos a aceptar la tarifa de Medicare Original. Si Clover Health NJ Classic Aqua (PPO) brinda servicios de trasplante en un lugar fuera de la estructura de atención para trasplantes en su comunidad y usted elige llevar a cabo el trasplante en este lugar alejado, coordinaremos o pagaremos los costos de transporte y alojamiento correspondientes para usted y un acompañante. • Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre total y de concentrado de glóbulos rojos (así como de otros componentes de la sangre) comienza con la primera pinta de sangre que necesite. • Servicios médicos.	hospital.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Nota: Para ser un paciente internado, su proveedor deberá redactar la orden de admisión hospitalaria formal. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un "paciente externo". Si no está seguro si es un paciente internado o externo, consulte con el personal del hospital. Puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada "¿Está usted internado o es un paciente externo? Si tiene Medicare, ¡consulte!". La hoja de datos se encuentra disponible en Internet en https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11435.pdf o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números en forma gratuita, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. **Es posible que se apliquen normas de autorización.**	

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Atención de salud mental para pacientes internados • Los servicios cubiertos incluyen servicios de atención de salud mental que requieren hospitalización. **Es posible que se apliquen normas de autorización.**	Los costos compartidos son los mismos para los proveedores dentro y fuera de la red. Se cobra un costo compartido por cada hospitalización. Copago de $260 por día para los días 1 a 6 para cada hospitalización. Copago de $0 por día para los días 7 a 365 para cada hospitalización.
Hospitalización: servicios cubiertos recibidos en un hospital o SNF durante una hospitalización no cubierta Si la hospitalización no es razonable ni necesaria, no la cubriremos. Sin embargo, en algunos casos, cubriremos ciertos servicios que recibe mientras está en el hospital o en el centro de atención de enfermería especializada (SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios médicos. • Pruebas de diagnóstico (como los análisis de laboratorio). • Tratamiento con radiografías, radio e isótopos, incluso los servicios y materiales de los técnicos. • Vendajes quirúrgicos. • Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones. • Dispositivos ortésicos y protésicos (excepto los dentales) que sustituyen una parte o la totalidad de un órgano interno del	Usted puede pagar el costo compartido correspondiente por otros servicios, como si se estuvieran prestando para un paciente externo. Consulte los beneficios correspondientes en la sección de esta Evidencia de cobertura.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
cuerpo (incluso tejido contiguo), o bien parte o la totalidad del funcionamiento de un órgano interno del cuerpo que no funciona bien o que permanentemente no funciona, incluso la sustitución o reparación de dichos dispositivos. • Dispositivos ortopédicos para piernas, brazos, espalda y cuello; trusas; y piernas, brazos y ojos artificiales, incluso ajustes, reparaciones y sustituciones que se necesiten debido a roturas, desgaste, pérdida o cambio en el estado físico del paciente. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. **Es posible que se apliquen normas de autorización.**	
Terapia médica nutricional Este beneficio es para las personas con diabetes o enfermedad renal (del riñón) (pero no con tratamiento de diálisis), o después de un trasplante cuando el médico así lo indique. Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento individual durante el primer año que recibe los servicios de terapia médica nutricional en virtud de Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier plan Medicare Advantage u Medicare Original) y 2 horas cada año, después de este. Si cambia su afección, tratamiento o diagnóstico, podrá recibir más horas de tratamiento con una orden del médico. Un médico debe recetar estos servicios y renovar su orden cada año si necesita el tratamiento el siguiente año calendario.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para miembros elegibles para los servicios de terapia médica nutricional cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Programa de Medicare para la prevención de la diabetes (MDPP) A partir del 1 de abril del 2018 los servicios de MDPP estarán cubiertos para los beneficiarios elegibles de Medicare en todos los planes de salud de Medicare. El MDPP es una intervención estructurada de cambio conductual en la salud que ofrece capacitación práctica sobre cambios a largo plazo en la alimentación, aumento de la actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar los desafíos de mantener el peso bajado y un estilo de vida saludable.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio del MDPP.
Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare La Parte B de Medicare Original cubre estos medicamentos. Los miembros de nuestro plan reciben la cobertura de estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen los siguientes: • Medicamentos que no suelen ser administrados por el paciente mismo y que se deben inyectar mientras recibe servicios médicos, servicios para pacientes externos o servicios en un centro quirúrgico ambulatorio (ASC). • Medicamentos que se administran con equipo médico duradero (por ejemplo, nebulizadores) autorizados por el plan. • Factores de la coagulación que se aplica usted mismo mediante una inyección si tiene hemofilia. • Medicamentos inmunosupresores si estaba inscrito en la Parte A de Medicare cuando se le trasplantó el órgano. • Medicamentos inyectables para la osteoporosis si usted no puede salir de su casa, tiene una fractura ósea que el médico confirma que se relacionó con la osteoporosis	Los costos compartidos son los mismos para los proveedores dentro y fuera de la red. **Medicamentos para quimioterapia de la Parte B de Medicare y administración:** El 20% del costo para medicamentos cubiertos por Medicare y la administración. **Otros medicamentos de la Parte B de Medicare y administración:** El 20% del costo para medicamentos cubiertos por Medicare y la

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
posmenopáusica y no puede administrarse usted mismo el medicamento. • Antígenos. • Determinados medicamentos para el tratamiento del cáncer y las náuseas. • Determinados medicamentos para autodiálisis en casa, incluida la heparina, el antídoto para la heparina cuando sea médicamente necesario, anestésicos tópicos y fármacos estimuladores de la eritropoyesis (por ejemplo, Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp® o Darbepoetin Alfa) • Inmunoglobulinas intravenosas para el tratamiento a domicilio de deficiencias inmunitarias primarias. El Capítulo 5 explica el beneficio para medicamentos con receta de la Parte D e indica las normas que deben seguirse a fin de recibir cobertura para los medicamentos con receta. Lo que usted paga por los medicamentos con receta de la Parte D a través de nuestro plan se incluye en el Capítulo 6. **Es posible que se apliquen normas de autorización.**	administración.
Prueba de detección de obesidad y tratamiento para fomentar la pérdida de peso sostenida Si usted tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos el asesoramiento intensivo para ayudarle a perder peso. Este asesoramiento está cubierto si usted lo recibe en un establecimiento de atención primaria, donde se puede coordinar con su plan integral de prevención. Para obtener más información, consulte con su especialista o médico de atención primaria.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de obesidad y tratamientos preventivos.
Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros	Los costos compartidos

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
para pacientes externos Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Radiografías. • Tratamiento de radiación (radio e isótopos) que incluye materiales de los técnicos y suministros. • Suministros quirúrgicos, como vendajes. • Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones. • Análisis de laboratorio. • Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre total y de concentrado de glóbulos rojos (así como de otros componentes de la sangre) comienza con la primera pinta de sangre que necesite. • Otras pruebas radiológicas de diagnóstico para pacientes hospitalizados **Es posible que se apliquen normas de autorización.**	son los mismos para los proveedores dentro y fuera de la red. **Radiografías para pacientes externos:** Copago de $30 para cada radiografía cubierta por Medicare en un consultorio o centro ambulatorio. **Procedimientos y pruebas de diagnóstico:** Un copago de hasta $30 por cada procedimiento y prueba de diagnóstico para pacientes externos cubierto por Medicare en un consultorio y un copago de hasta $150 por cada procedimiento y prueba de diagnóstico para pacientes externos cubierto por Medicare en un centro ambulatorio. **Servicios de radiología terapéutica (como radioterapia para el cáncer):** Un copago de $30 por cada servicio de radiología terapéutica cubierto por

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
	Medicare en un consultorio o un centro ambulatorio. **Suministros médicos y quirúrgicos:** El 20% del costo para suministros cubiertos por Medicare. **Servicios de laboratorio:** Copago de $10 para cada servicio de laboratorio cubierto por Medicare. **Servicios de sangre:** Copago de $0 **Pruebas de alergias:** Copago de $10 para cada consulta de pruebas de alergias y tratamiento. **ECG:** Copago de $0 para cada ECG. **Otros servicios radiológicos de diagnóstico:** Un copago de hasta $30 por cada servicio radiológico de diagnóstico cubierto por Medicare en un consultorio y un copago de $150 por cada servicio radiológico

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
	de diagnóstico cubierto por Medicare en un centro ambulatorio. Si recibe varios servicios en el mismo lugar y el mismo día, solo se aplicará el copago máximo.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios hospitalarios para pacientes externos Cubrimos servicios médicamente necesarios que se le hayan brindado en el departamento de pacientes externos de un hospital para el diagnóstico y el tratamiento de una enfermedad o lesión. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios en un departamento de emergencias o clínica para pacientes externos, como servicios de observación o cirugía para pacientes externos. • Análisis de laboratorio y pruebas de diagnóstico facturadas por el hospital. • Atención de salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que el tratamiento como paciente internado podría ser requerido sin esta atención. • Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital. • Suministros médicos, como entablillados y yesos. • Algunos medicamentos y productos biológicos que no se puede autoadministrar. **Nota:** A menos que el proveedor haya dejado por escrito una orden de admisión como paciente internado, usted es un paciente externo y paga los montos del costo compartido por servicios hospitalarios para pacientes externos. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un "paciente externo". Si no está seguro si es un paciente externo, consulte con el personal del hospital. Puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada "¿Está usted internado o es un paciente externo? Si tiene Medicare, ¡consulte!". La hoja de datos se	Los costos compartidos son los mismos para los proveedores dentro y fuera de la red. Copago de $90 para cada servicio de observación. **Servicios de emergencia** Consulte la sección "Atención de emergencia" de esta tabla. **Cirugía para pacientes externos** Consulte la sección "Cirugía para pacientes externos, incluso servicios brindados en centros hospitalarios para pacientes externos y centros quirúrgicos ambulatorios" de esta tabla. **Análisis de laboratorio y pruebas de diagnóstico, radiografías, servicios radiológicos y suministros médicos** Consulte la sección "Pruebas de diagnóstico,

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
encuentra disponible en Internet en https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11435.pdf o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números en forma gratuita, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. **Es posible que se apliquen normas de autorización.**	servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos" de esta tabla. **Atención de salud mental y hospitalización parcial:** Consulte la sección "Atención de salud mental para pacientes externos" y "Servicios de hospitalización parcial" de esta tabla. **Atención de dependencia química** Consulte la sección "Servicios por abuso de sustancias para pacientes externos" de esta tabla. **Medicamentos y productos biológicos que no se puede autoadministrar** Consulte la sección "Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare" de esta tabla.
Atención de salud mental para pacientes externos Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: Servicios de salud mental prestados por un psiquiatra o médico autorizado por el estado, psicólogo clínico, asistente	Los costos compartidos son los mismos para los proveedores dentro y fuera de la red.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
social clínico, especialista en enfermería clínica, profesional en enfermería, auxiliar médico u otro profesional de atención de salud mental calificado según Medicare, de conformidad con lo permitido por la legislación estatal aplicable. **Es posible que se apliquen normas de autorización.**	**Terapia individual y grupal para pacientes externos:** Copago de $25 para cada consulta cubierta por Medicare.
Servicios de rehabilitación para pacientes externos Los servicios cubiertos incluyen fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y del lenguaje. Los servicios de rehabilitación para pacientes externos son brindados en varios entornos para pacientes externos, como departamentos para pacientes externos de hospitales, consultorios de terapeutas independientes y centros de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF). **Es posible que se apliquen normas de autorización.**	Los costos compartidos son los mismos para los proveedores dentro y fuera de la red. **Fisioterapia y terapia del habla y del lenguaje:** Copago de $25 para cada consulta cubierta por Medicare. **Terapia ocupacional:** Copago de $25 para cada consulta cubierta por Medicare.
Servicios por abuso de sustancias para pacientes externos Los servicios por abuso de sustancias para pacientes externos incluyen sesiones individuales y grupales para tratar la dependencia química. **Es posible que se apliquen normas de autorización.**	Los costos compartidos son los mismos para los proveedores dentro y fuera de la red. **Consulta de terapia individual o grupal:** Copago de $25 para cada consulta cubierta por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Cirugía para pacientes externos, incluso servicios brindados en centros hospitalarios para pacientes externos y centros quirúrgicos ambulatorios **Nota:** Si va a ser sometido a una cirugía en un centro hospitalario, consulte con el proveedor si será considerado un paciente internado o externo. A menos que el proveedor escriba una orden de admisión para su hospitalización, usted es un paciente externo y paga los montos del costo compartido para la cirugía para pacientes externos. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un "paciente externo". **Es posible que se apliquen normas de autorización.**	Los costos compartidos son los mismos para los proveedores dentro y fuera de la red. **Centro quirúrgico ambulatorio:** Copago de $225 para cada servicio cubierto por Medicare. **Cirugía para pacientes externos en un hospital:** Copago de $325 para cada servicio cubierto por Medicare.
Servicios de hospitalización parcial La "hospitalización parcial" es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo proporcionado como servicio hospitalario para pacientes externos o por un centro de salud mental comunitario, que es más intenso que el que se brinda en el consultorio de un médico o terapeuta y es una alternativa a la hospitalización del paciente. **Es posible que se apliquen normas de autorización.**	Los costos compartidos son los mismos para los proveedores dentro y fuera de la red. Copago de $25 por día para servicios cubiertos por Medicare.
Servicios médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:	Los costos compartidos son los mismos para los proveedores dentro y

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
• Servicios quirúrgicos o de atención médica necesarios llevados a cabo en un consultorio médico, centro quirúrgico ambulatorio certificado, departamento para pacientes externos de un hospital o cualquier otra ubicación. • Consultas con un especialista, y diagnóstico y tratamiento a cargo de un especialista. • Exámenes auditivos y relacionados con el equilibrio básicos realizados por su PCP o especialista, si el médico así lo indica para determinar si usted necesita tratamiento médico. • Ciertos servicios de telesalud, que incluyen consultas, diagnósticos y tratamiento con un médico o especialista para pacientes de ciertas zonas rurales u otros lugares aprobados por Medicare. • Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de la cirugía. • Atención odontológica que no sea de rutina (los servicios cubiertos se limitan a cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas, reducción de fracturas de mandíbula o huesos faciales, extracción de dientes para preparar la mandíbula para aplicar radioterapia por una enfermedad neoplásica, o servicios que estarían cubiertos si los brindara un médico).	fuera de la red. **Consultas con un proveedor de atención primaria (PCP):** Copago de $0 para cada consulta cubierta por Medicare. **Consultas con un especialista:** Copago de $25 para cada consulta cubierta por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios de podiatría Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (por ejemplo, dedo en martillo o espolones calcáneos). • Cuidado de rutina de los pies para los miembros que padecen determinadas afecciones médicas que comprometen las extremidades inferiores.	Los costos compartidos son los mismos para los proveedores dentro y fuera de la red. Copago de $25 para cada consulta de podiatría cubierta por Medicare.
Pruebas de detección de cáncer de próstata Para los hombres de 50 años o más, los servicios cubiertos incluyen los siguientes estudios una vez cada 12 meses: • Examen rectal digital. • Análisis del antígeno prostático específico (PSA).	No se requiere coseguro, copago ni deducible para un análisis del antígeno prostático específico (PSA) anual.
Dispositivos protésicos y suministros relacionados Dispositivos (no odontológicos) que reemplazan una función o parte del cuerpo parcial o totalmente. Estos incluyen, entre otros, bolsas de colostomía y artículos directamente relacionados con el cuidado de la colostomía, marcapasos, férulas, zapatos protésicos, miembros artificiales, prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico para después de una mastectomía). Se incluyen determinados suministros relacionados con dispositivos protésicos, así como la reparación o sustitución de estos dispositivos. Además, también se proporciona cierto grado de cobertura después de la extracción de cataratas o de una cirugía de cataratas (para obtener más detalles, consulte “Atención de la vista” más adelante en esta	Los costos compartidos son los mismos para los proveedores dentro y fuera de la red. **Dispositivos protésicos:** El 20% del costo para suministros cubiertos por Medicare. **Suministros médicos relacionados:** El 20% del costo para suministros cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
sección). **Es posible que se apliquen normas de autorización.**	
Servicios de rehabilitación pulmonar Los programas intensivos de rehabilitación pulmonar están cubiertos para miembros que padecen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a grave y tienen una orden del médico que atiende su enfermedad respiratoria crónica para comenzar un tratamiento de rehabilitación pulmonar. **Es posible que se apliquen normas de autorización.**	Los costos compartidos son los mismos para los proveedores dentro y fuera de la red. Copago de $25 para cada servicio de rehabilitación pulmonar cubierto por Medicare.
Pruebas de detección y asesoramiento para reducir el alcoholismo Cubrimos una prueba de detección de abuso de alcohol para adultos con Medicare (incluidas mujeres embarazadas) que abusan del alcohol, pero que no son dependientes. Si el resultado de la prueba de detección de abuso de alcohol es positivo, usted puede obtener hasta 4 sesiones breves de asesoramiento personales por año (si demuestra ser competente y estar alerta durante el asesoramiento) brindado por un médico o profesional de atención primaria calificado en un establecimiento de atención primaria.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para beneficios preventivos para pruebas de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol cubiertos por Medicare.
Prueba de detección de cáncer de pulmón mediante tomografía computarizada de baja dosis (LDCT) En el caso de las personas que califican, se cubre una LDCT cada 12 meses.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta de asesoramiento y de toma de decisión o

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Los miembros elegibles son estos: personas de 55 a 77 años que no presentan signos ni síntomas de cáncer de pulmón pero que han fumado tabaco al menos 30 paquetes por año y que fuman actualmente o dejaron de hacerlo en los últimos 15 años; personas que reciben un pedido por escrito para una LDCT durante una consulta de asesoramiento y de toma de decisión respecto de la prueba de detección de cáncer de pulmón que cumple con los criterios de Medicare para tales consultas y será provista por un médico o especialista no médico calificado. *En el caso de las pruebas de detección de cáncer de pulmón mediante LDCT después de la primera LDCT:* el miembro debe recibir un pedido por escrito para la prueba de detección de cáncer de pulmón mediante LDCT, la cual puede hacerse durante cualquier consulta calificada con un médico o especialista no médico calificado. Si el médico o especialista no médico calificado opta por ofrecer una consulta de asesoramiento y de toma de decisión respecto a la prueba de detección de cáncer de pulmón para las pruebas de detección mediante LDCT posteriores, la consulta debe cumplir con los criterios de Medicare para tales consultas.	para las LDCT cubiertas por Medicare.
Prueba de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y asesoramiento para prevenir las ETS Cubrimos las pruebas de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) como clamidia, gonorrea, sífilis y Hepatitis B. Estas pruebas de detección están cubiertas para las mujeres embarazadas y para ciertas personas que se encuentran en un mayor riesgo de infecciones por ETS cuando el proveedor de atención primaria las solicita. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertas etapas durante el embarazo.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para beneficios preventivos para pruebas de detección de ETS y asesoramiento cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
También cubrimos hasta 2 sesiones personales súper intensivas de asesoramiento conductual de 20 a 30 minutos por año para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de infecciones por ETS. Solo cubriremos estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo si son brindadas por un proveedor de atención primaria y se realizan en un establecimiento de atención primaria, como en un consultorio del médico.	
Servicios para tratar afecciones y enfermedades renales Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • Servicios educativos sobre la enfermedad renal para enseñar sobre el cuidado del riñón y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas sobre su cuidado. En el caso de las personas con enfermedad renal crónica en la etapa IV, cuando son remitidas por su médico, cubrimos hasta seis sesiones de servicios educativos sobre la enfermedad renal de por vida. • Tratamientos de diálisis para pacientes externos (incluso tratamientos de diálisis cuando está temporalmente fuera del área de servicio, tal como se explica en el Capítulo 3). • Tratamientos de diálisis para pacientes internados (si es ingresado en el hospital para recibir atención especial). • Preparación para autodiálisis (incluye su preparación y la de cualquier otra persona que le ayude con los tratamientos de diálisis en su casa). • Equipo y suministros para autodiálisis en su hogar. • Determinados servicios de apoyo a domicilio (por ejemplo, cuando sea necesario, recibir visitas por parte de trabajadores capacitados y especializados en diálisis para verificar cómo va con la autodiálisis en su casa, para ayudar en casos de emergencia y para revisar su equipo	Los costos compartidos son los mismos para los proveedores dentro y fuera de la red. No se requiere coseguro, copago ni deducible para servicios de educación sobre enfermedades renales, preparación para autodiálisis o servicios de apoyo a domicilio cubiertos por Medicare. **Diálisis renal:** El 20% del costo de la diálisis renal cubierta por Medicare para pacientes externos, equipos y suministros.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
para diálisis y el suministro de agua). Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos por los beneficios de cobertura para medicamentos de la Parte B de Medicare. Para obtener información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte B, consulte la sección: "Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare". **Es posible que se apliquen normas de autorización.**	
Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (SNF) (En el Capítulo 12 de este folleto, encontrará una definición de "centro de atención de enfermería especializada", que suele denominarse "SNF"). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario). • Comidas, incluidas dietas especiales. • Servicios de enfermería especializada. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Medicamentos administrados como parte del plan de atención (esto incluye sustancias naturalmente presentes en el organismo, como los factores de la coagulación de la sangre). • Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre total y de concentrado de glóbulos rojos (así como de otros componentes de la sangre) comienza con la primera pinta de sangre que necesite. • Suministros médicos y quirúrgicos que habitualmente	Los costos compartidos son los mismos para los proveedores dentro y fuera de la red. **Hospitalizaciones en un SNF cubiertas por Medicare:** Copago de $0 por día para los días 1 a 20. Copago de $160 por día para los días 21 a 100 de cada hospitalización. No se requiere hospitalización previa.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
proveen los SNF. • Análisis de laboratorio que habitualmente se realizan en los SNF. • Radiografías y otros servicios radiológicos que habitualmente se realizan en los SNF. • Uso de aparatos, como sillas de ruedas, que habitualmente proveen los SNF. • Servicios de médicos o profesionales. Generalmente, la atención en los SNF la obtendrá en los centros de la red. No obstante, en determinadas circunstancias que se detallan más abajo, es posible que pueda pagar el costo compartido dentro de la red por un centro que no sea proveedor de la red si dicho centro acepta los montos de pago de nuestro plan. • Un hogar de convalecencia o una comunidad de atención continua para los jubilados donde estaba viviendo justo antes de ir al hospital (siempre que brinde los servicios de un centro de atención de enfermería especializada). • Un centro de atención de enfermería especializada donde su cónyuge esté viviendo en el momento en que usted se retire del hospital. **Es posible que se apliquen normas de autorización.**	
Servicios para dejar de fumar y consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco) <u>Si consume tabaco, pero no tiene signos o síntomas de una enfermedad relacionada con el tabaco:</u> cubrimos dos sesiones de consejería para el intento de dejar de fumar, dentro de un período de 12 meses como un servicio preventivo sin costo	No se requiere coseguro, copago ni deducible para beneficios preventivos para programas para dejar de fumar y de consumir tabaco

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
para usted. Cada sesión de consejería incluye hasta cuatro consultas personales. Si consume tabaco y se le ha diagnosticado una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando algún medicamento que puede resultar afectado por el tabaco: cubrimos servicios de asesoramiento para abandonar el hábito. Cubrimos dos sesiones de consejería para el intento de dejar de fumar, dentro de un período de 12 meses; no obstante, pagará el costo compartido aplicable para pacientes internados o externos. Cada tentativa de orientación incluye hasta cuatro consultas personales.	cubiertos por Medicare.
Servicios de urgencia Los servicios de urgencia se brindan para tratar una enfermedad, lesión o condición imprevista, que no es de emergencia y que requiere atención médica inmediata. Los servicios de urgencia pueden ser brindados por proveedores dentro de la red o fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles o no es posible comunicarse con ellos temporalmente. El costo compartido para servicios que se necesitan de manera urgente y que se prestan fuera de la red es el mismo que para dichos servicios prestados dentro de la red. **La atención médica urgente solo está cubierta dentro de los Estados Unidos.**	Los costos compartidos son los mismos para los proveedores dentro y fuera de la red. Copago de $40 para cada consulta de atención médica urgente cubierta por Medicare. El copago se exonera si usted ingresa al hospital dentro de las 24 horas.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Atención de la vista Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • Servicios médicos para pacientes externos para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones oculares, incluido el tratamiento para la degeneración macular relacionada con la edad. Medicare Original no cubre exámenes de la vista de rutina (refracción de la vista) para anteojos o lentes de contacto. • Para las personas que tienen alto riesgo de padecer glaucoma, cubriremos una prueba de detección de glaucoma por año. Las personas en alto riesgo de padecer de glaucoma incluyen: personas con antecedentes familiares de glaucoma, personas con diabetes, afroamericanos de 50 años o más e hispanoamericanos de 65 años o más. • En el caso de las personas con diabetes, se cubre una prueba mediante retinopatía diabética una vez al año. • Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluya la colocación de una lente intraocular. (Si necesita dos operaciones de cataratas por separado, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía y comprar dos pares de anteojos después de la segunda cirugía). • El plan cubre hasta un par de lentes de contacto o de anteojos recetados como resultado de un examen de rutina por año. • El plan cubre un examen de la vista de rutina por año.	Los costos compartidos son los mismos para los proveedores dentro y fuera de la red. Copago de $25 para cada examen cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar enfermedades oculares. Copago de $0 para una prueba de detección de glaucoma al año. *Copago de $0 para un examen de la vista de rutina por año, dentro o fuera de la red. El plan cubre hasta $50 para un examen de la vista de rutina dentro y fuera de la red. *Nuestro plan pagará hasta $150 al año por anteojos o lentes de contacto como resultado de un examen de rutina luego de que usted pague

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
	un copago de $0.
Consulta preventiva "Bienvenido a Medicare" El plan cubre la consulta preventiva única "Bienvenido a Medicare". La consulta incluye una revisión de su salud, como así también educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita, (incluidas ciertas pruebas de detección y vacunas) y referidos a otro tipo de atención si fuera necesario. **Importante:** Cubrimos la consulta preventiva "Bienvenido a Medicare" solo dentro de los primeros 12 meses de tener la Parte B de Medicare. Cuando solicite la cita, indique que le gustaría programar su consulta preventiva "Bienvenido a Medicare".	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta preventiva "Bienvenido a Medicare".

SECCIÓN 3 ¿Qué servicios no cubre el plan?

Sección 3.1 Servicios que *no* cubrimos (exclusiones)

Esta sección le informa qué servicios están "excluidos" de la cobertura de Medicare y, por lo tanto, no cubre el plan. Si un servicio está "excluido", significa que este plan no lo cubre.

La siguiente tabla enumera los servicios y artículos que o no están cubiertos en ninguna circunstancia o solo están cubiertos en determinadas circunstancias.

Si usted obtiene servicios que están excluidos (no cubiertos), deberá pagarlos por su cuenta. No pagaremos los servicios médicos excluidos que figuren en la siguiente tabla, excepto en las circunstancias determinadas que se indican. Como única excepción, pagaremos si, en una apelación respecto de un servicio de la siguiente tabla, se determina que se trata de un servicio médico que deberíamos haber pagado o que debería haber estado cubierto, teniendo en cuenta su situación en particular. (Para obtener información sobre cómo apelar una

decisión que hayamos tomado sobre no prestar cobertura para un servicio médico, consulte la Sección 5.3 del Capítulo 9 de este folleto).

Todas las exclusiones o limitaciones de servicios se describen en la Tabla de beneficios o en la siguiente tabla.

Incluso si recibe los servicios excluidos en una sala de emergencia, los servicios excluidos siguen sin estar cubiertos y el plan no los pagará.

Servicios no cubiertos por Medicare	Sin cobertura en cualquier circunstancia	Con cobertura en circunstancias específicas
Servicios que no se consideran razonables ni necesarios según las normas de Medicare Original.	√	

Servicios no cubiertos por Medicare	Sin cobertura en cualquier circunstancia	Con cobertura en circunstancias específicas
Procedimientos quirúrgicos y médicos, equipos y medicamentos experimentales. Productos y procedimientos experimentales son aquellos determinados por nuestro plan y Medicare Original que generalmente no son aceptados por la comunidad médica.		√ Pueden estar cubiertos por Medicare Original en virtud de un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o nuestro plan. (Para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica, consulte la Sección 5 del Capítulo 3).
Habitación privada en un hospital.		√ Solo se cubre cuando es médicamente necesario.
Objetos personales en su habitación del hospital o centro de atención de enfermería especializada, por ejemplo un teléfono o televisor.	√	
Atención de enfermería de tiempo completo en su casa.	√	
*El cuidado asistencial es la atención brindada en un hogar de convalecencia, hospicio u otro centro cuando usted no necesita atención médica especializada o de enfermería especializada.	√	

Servicios no cubiertos por Medicare	Sin cobertura en cualquier circunstancia	Con cobertura en circunstancias específicas
Servicios de empleada doméstica que incluyen ayuda básica en el hogar, incluso tareas domésticas sencillas o preparación de comidas livianas.	√	
Cargos que cobren los familiares directos o los integrantes de su familia por la atención brindada.	√	
Cirugía o procedimientos estéticos.		√ Se cubren en casos de una lesión accidental o para mejorar el funcionamiento de un miembro deformado. Se cubren todas las fases de la reconstrucción de una mama después de una mastectomía, así como de la mama no afectada para lograr un aspecto simétrico.
Atención odontológica que no sea de rutina		√ Se puede cubrir la atención odontológica requerida para tratar una enfermedad o lesión como atención para pacientes internados o externos.

Servicios no cubiertos por Medicare	Sin cobertura en cualquier circunstancia	Con cobertura en circunstancias específicas
Atención quiropráctica de rutina.		√ Se cubre la manipulación de la columna para corregir una subluxación.
Atención de rutina de los pies.		√ Se brinda cobertura limitada de conformidad con las reglas de Medicare; por ejemplo, si tiene diabetes.
Servicio de comidas a domicilio	√	
Zapatos ortopédicos.		√ Se cubren si los zapatos forman parte de una pierna ortopédica y se incluyen en el costo de la pierna, o si los zapatos son para una persona que padece pie diabético.
Dispositivos de apoyo para pies.		√ Se cubren los zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas que padecen pie diabético.
Queratotomía radial, cirugía LASIK, tratamiento de la vista y otros dispositivos de ayuda para baja visión.	√	

Servicios no cubiertos por Medicare	Sin cobertura en cualquier circunstancia	Con cobertura en circunstancias específicas
Procedimientos para invertir la esterilización y suministros de anticonceptivos sin receta.	√	
Acupuntura	√	
Servicios de un naturoterapeuta (emplean tratamientos naturales o alternativos).	√	
Traslados en ambulancia de rutina.		√ Está cubierto si otros medios de transporte pudieran poner en peligro su salud. Es posible que se apliquen normas de autorización.

*El cuidado asistencial es la atención personal que no requiere de la atención continua de personal médico o paramédico capacitado, como la atención que le ayuda con las actividades de la vida diaria como bañarse o vestirse.

CAPÍTULO 5

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

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

SECCIÓN 1 Introducción 121

Sección 1.1 En este capítulo, se describe la cobertura para los medicamentos de la Parte D 121

Sección 1.2 Normas básicas para la cobertura del plan de los medicamentos de la Parte D 122

SECCIÓN 2 Obtenga su medicamento con receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan 123

Sección 2.1 Para que los medicamentos con receta estén cubiertos, adquiéralos en una farmacia de la red 123

Sección 2.2 Cómo encontrar farmacias de la red 123

Sección 2.3 Cómo utilizar los servicios de pedido por correo del plan 125

Sección 2.4 Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo 127

Sección 2.5 Cuándo utilizar una farmacia que no está dentro de la red del plan 128

SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar en la "Lista de medicamentos" del plan 129

Sección 3.1 La "Lista de medicamentos" indica qué medicamentos de la Parte D están cubiertos 129

Sección 3.2 Hay cinco "niveles de costo compartido" para los medicamentos incluidos en la Lista de medicamentos 130

Sección 3.3 ¿Cómo puede averiguar si un medicamento específico está en la Lista de medicamentos? 131

SECCIÓN 4 Hay restricciones respecto de la cobertura de algunos medicamentos 131

Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones? 131

Sección 4.2 ¿Qué tipos de restricciones? 132

Sección 4.3 ¿Se aplica alguna de estas restricciones a sus medicamentos? 133

SECCIÓN 5 ¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera que usted quisiera que lo estuviera? 134

Sección 5.1 Hay algunas cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera en que usted quisiera que lo estuviera 134

Sección 5.2 ¿Qué puede hacer si su medicamento no figura en la Lista de medicamentos o si el medicamento tiene algún tipo de restricción? .. 135

Sección 5.3 ¿Qué puede hacer si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera demasiado elevado? 137

SECCIÓN 6 ¿Qué sucede si cambia la cobertura para alguno de sus medicamentos? 138

Sección 6.1 La Lista de medicamentos puede sufrir modificaciones durante el año .. 138

Sección 6.2 ¿Qué sucede si hay modificaciones en la cobertura para un medicamento que está tomando? 139

SECCIÓN 7 ¿Qué tipos de medicamentos *no* cubre el plan? 140

Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos 140

SECCIÓN 8 Muestre la tarjeta de miembro del plan cuando quiera obtener un medicamento con receta 142

Sección 8.1 Muestre la tarjeta de miembro 142

Sección 8.2 ¿Qué sucede si no tiene la tarjeta de miembro? 142

SECCIÓN 9 Cobertura para medicamentos de la Parte D en situaciones especiales 143

Sección 9.1 ¿Qué sucede si está en un hospital o centro de atención de enfermería especializada y el plan cubre su estadía? 143

Sección 9.2 ¿Qué sucede si reside en un centro de atención a largo plazo (LTC)? 143

Sección 9.3 ¿Qué sucede si también tiene cobertura para medicamentos del plan de un empleador o grupo de jubilados? 144

Sección 9.4 ¿Qué sucede si se encuentra en un hospicio certificado por Medicare? . 145

SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad y el manejo de los medicamentos 146

Sección 10.1 Programas para ayudar a los miembros a utilizar los medicamentos en forma segura 146

Sección 10.2 Programa de Manejo del Tratamiento Farmacológico (MTM) para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos 146

¿Sabía que hay programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos?

Hay programas que ayudan a las personas con recursos limitados a pagar los medicamentos. Entre estos programas se incluyen el programa de "Ayuda adicional" y los programas estatales de asistencia farmacéutica. Para obtener más información, consulte la Sección 7 del Capítulo 2.

¿Recibe en la actualidad ayuda para pagar sus medicamentos?

Si usted participa en un programa que le ayuda a pagar sus medicamentos, **es posible que haya información que no aplique para usted en la *Evidencia de cobertura* sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D.** Hemos incluido un inserto separado, que se denomina "Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta", también conocida como "Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos" o "Cláusula adicional LIS", en la que se le informa sobre la cobertura para sus medicamentos. Si no posee este inserto, póngase en contacto con el Departamento de Servicios para los miembros y solicite la "Cláusula adicional LIS". (En la portada posterior de este folleto encontrará los números de teléfono de Servicios para los miembros).

SECCIÓN 1 Introducción

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

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

Además de la cobertura para los medicamentos de la Parte D, Clover Health NJ Classic Aqua (PPO) también cubre algunos medicamentos en virtud de los beneficios médicos del plan. A través de la cobertura de los beneficios de la Parte A de Medicare, nuestro plan cubre generalmente los medicamentos que le dan durante las estancias cubiertas en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada. A través de la cobertura de los beneficios de la Parte B de Medicare, nuestro plan cubre medicamentos, que incluyen

determinados medicamentos para quimioterapia, ciertos medicamentos inyectables que se aplican en el consultorio y medicamentos que se administran en un centro de diálisis. En el Capítulo 4 (*Tabla de beneficios médicos, lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar*), se detallan los beneficios y costos de los medicamentos durante las estadías cubiertas en el hospital o centro de atención de enfermería especializada, así como los beneficios y costos de los medicamentos de la Parte B.

Sus medicamentos pueden estar cubiertos por Medicare Original si usted se encuentra en un hospicio de Medicare. Nuestro plan solo cubre los servicios y medicamentos de la Parte A, la Parte B y la Parte D que no están relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal y afecciones relacionadas, y, por lo tanto, no están cubiertos por el beneficio de hospicio de Medicare. Para obtener más información, consulte la Sección 9.4 (*¿Qué sucede si se encuentra en un hospicio certificado por Medicare?*). Para obtener más información sobre la cobertura de hospicios y la Parte C, consulte la sección sobre hospicio del Capítulo 4 (*Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)*).

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

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

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

- Debe tener un proveedor (un médico, odontólogo u otra persona autorizada) para dar recetas.
- La persona autorizada a dar recetas debe aceptar Medicare o presentar la documentación ante CMS para demostrar que reúne los requisitos para emitir recetas, si no se rechazará su reclamación de la Parte D. La próxima vez que llame o lo visite, debe preguntarle si cumple con esta condición. Si no lo hace, tenga en cuenta que lleva tiempo que la persona autorizada a dar recetas envíe la documentación necesaria para su procesamiento.
- Por lo general, debe utilizar una farmacia de la red para obtener sus medicamentos con receta. (Consulte la Sección 2, *Obtenga su medicamento con receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan*).

- Su medicamento debe estar en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan (nosotros la denominamos "Lista de medicamentos" para abreviarla). (Consulte la Sección 3*, Sus medicamentos deben estar en la "Lista de medicamentos" del plan*).
- Su medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. Una "indicación médicamente aceptada" es un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) o avalado por ciertos libros de referencia. (Para obtener más información sobre cómo obtener una indicación médicamente aceptada, consulte la Sección 3).

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

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

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

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

Nuestra red incluye farmacias que ofrecen costo compartido estándar y farmacias que ofrecen costo compartido preferido. Puede ir a cualquiera de los dos tipos de farmacias de red para recibir sus medicamentos con receta cubiertos. Es posible que su costo compartido sea más bajo en las farmacias con costo compartido preferido.

Sección 2.2 Cómo encontrar farmacias de la red

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

Para encontrar una farmacia de la red, puede buscar en el *Directorio de farmacias de Clover Health*, visite nuestro sitio web https://www.cloverhealth.com/en/members/find-provider o

llame al Departamento de Servicios para los miembros (en la portada posterior de este folleto encontrará los números de teléfono).

Puede ir a cualquiera de las farmacias de la red. Sin embargo, sus costos pueden ser aun más bajos para sus medicamentos cubiertos si usa una farmacia de la red que ofrece costo compartido preferido en lugar de una farmacia de la red que ofrece costo compartido estándar. El *Directorio de farmacias de Clover Health* le indicará qué farmacias de la red ofrecen costo compartido preferido. Puede encontrar más información sobre cómo los costos que paga de su bolsillo podrían ser distintos para diferentes medicamentos si se comunica con nosotros. Si estaba usando una farmacia de la red, pero ha cambiado y tiene que volver a obtener un medicamento que estaba tomando, puede pedirle al médico que le extienda una nueva receta o que se transfiera su receta a la nueva farmacia de la red.

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

Si la farmacia que estaba usando deja de formar parte de la red del plan, deberá buscar una nueva farmacia dentro de la red. O, si la farmacia que ha estado usando permanece en la red, pero ya no ofrece costo compartido preferido, tal vez quiera cambiarse a una farmacia diferente. Para encontrar otra farmacia de la red en su área, puede obtener ayuda a través del Departamento de Servicios para los miembros (en la portada posterior de este folleto encontrará los números de teléfono) o buscar en el *Directorio de farmacias de Clover Health*. También puede encontrar información en nuestro sitio web en https://www.cloverhealth.com

¿Y si necesita una farmacia especializada?

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

- Farmacias que proveen medicamentos para tratamientos de infusión en el hogar.
- Farmacias que proveen medicamentos para las personas que residen en un centro de atención a largo plazo (LTC). Por lo general, los centros de atención a largo plazo (por ejemplo, un hogar de convalecencia) tienen su propia farmacia. Si usted está en un centro de LTC, debemos asegurarnos de que pueda recibir de manera rutinaria sus beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias de LTC, que generalmente es la farmacia que usa el centro de LTC. Si tiene dificultad para acceder a sus beneficios de la Parte D en un centro de LTC, póngase en contacto con el Departamento de Servicios para los miembros.
- Farmacias que brinden servicios al Programa de salud para la población india estadounidense urbana o tribal, del Servicio de Salud para la Población India

Estadounidense (no está disponible en Puerto Rico). Excepto en caso de emergencia, solo los indios estadounidenses o los nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias dentro de la red.

- Farmacias que proveen medicamentos que están limitados por la FDA para ciertos lugares o que requieren un manejo especial, la coordinación del proveedor o el aprendizaje sobre su uso. (*Nota:* Es muy poco frecuente que se presente esta situación).

Para encontrar una farmacia especializada, busque en el *Directorio de farmacias de Clover Health* o llame al Departamento de Servicios para los miembros (en la portada posterior de este folleto encontrará los números de teléfono).

Sección 2.3 Cómo utilizar los servicios de pedido por correo del plan

Para determinados tipos de medicamentos, puede utilizar el servicio de pedido por correo de la red del plan. Por lo general, los medicamentos proporcionados a través del servicio de pedido por correo son medicamentos que toma con regularidad para una enfermedad crónica o prolongada. Los medicamentos que *no* estén disponibles a través del servicio de pedido por correo del plan están marcados como "NM" en nuestra Lista de medicamentos.

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

Para obtener formularios de pedidos e información sobre el suministro de recetas por correo, visite nuestro sitio web https://www.cloverhealth.com/en/members/mail-order-pharmacy o comuníquese con el Departamento de Servicios para los miembros llamando al 1-888-657-1207 (TTY solamente, llamar al 711), los 7 días de la semana de 8am a 8pm (hora local). Desde el 15 de febrero hasta el 30 de septiembre, se usarán tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz) los fines de semana y los feriados.

Por lo general, recibirá un pedido de la farmacia de pedido por correo en menos de 10 días. Si la farmacia de pedido por correo espera una demora de más de 10 días, se comunicarán con usted y le ayudarán a decidir si debe esperar el medicamento, cancelar el pedido por correo u obtener el medicamento con receta en una farmacia local.

Si necesita solicitar un pedido urgente a raíz de una demora del pedido por correo, puede comunicarse con el departamento de Atención al cliente de CVS Caremark llamando al 1-855-479-3657 para discutir las opciones, que pueden incluir el abastecimiento en una farmacia minorista local o acelerar el método de envío. Tenga a mano su número de

identificación y los números de receta cuando llame a CVS Caremark. Si prefiere que le entreguen sus medicamentos
a los dos días o al día siguiente, puede solicitárselo al representante de Atención al cliente para pedidos por correo; tenga en cuenta que esto tiene un costo adicional.

Recetas nuevas que recibe la farmacia directamente del consultorio de su médico.
La farmacia surtirá y entregará de forma automática las nuevas recetas que reciba de parte de los proveedores de atención médica, sin consultarle a usted primero, si:

- utilizó los servicios de pedido por correo con este plan en el pasado, o
- se inscribe en la entrega automática de todas las recetas nuevas que recibió directamente de parte de los proveedores de atención médica. Puede solicitar la entrega automática de todas las recetas nuevas ahora mismo o en cualquier momento permitiendo que su médico siga enviándonos sus recetas. No se necesita ninguna solicitud especial. Puede comunicarse con el departamento de Atención al cliente de CVS Caremark llamando al 1-855-479-3657 para restablecer las entregas automáticas si las canceló en el pasado.

Si recibe una receta de forma automática por correo que no desea y no fue contactado antes del envío para confirmar que usted sí la quería, puede ser elegible para un reembolso.

Si utilizó el servicio de pedido por correo en el pasado y no desea que la farmacia surta y envíe las recetas nuevas, comuníquese con nosotros llamando a Atención al cliente de CVS Caremark llamando al 1-855-479-3657.

Si nunca utilizó nuestro servicio de entrega de pedido por correo y/o decide cancelar los suministros automáticos de recetas nuevas, la farmacia se comunicará con usted cada vez que reciba una receta nueva de parte de un proveedor de atención médica para saber si desea que se surta y se envíe el medicamento de inmediato. Con esto, usted tendrá la oportunidad de asegurarse de que la farmacia envíe el medicamento correcto (incluida la concentración, la cantidad y la formulación) y, de ser necesario, usted podrá cancelar o postergar el pedido antes de que se lo facturen y envíen. Es importante que responda todas las llamadas de la farmacia para que sepan qué hacer con la receta nueva y para prevenir cualquier demora en el envío.

Para cancelar las entregas automáticas de recetas nuevas que se reciban directamente del consultorio de su proveedor de atención médica, comuníquese con nosotros llamando a Atención al cliente de CVS Caremark al 1-855-479-3657.

Resurtidos de medicamentos con receta de pedido por correo. Para resurtir sus medicamentos, usted tiene la opción de inscribirse en un programa de resurtido automático llamado ReadyFill at Mail®. Según este programa, comenzaremos a procesar su próximo resurtido automáticamente cuando nuestros registros indiquen que usted esté por quedarse sin su medicamento. La farmacia se comunicará con usted antes de enviarle cada resurtido para asegurarse de que necesite más medicamentos; usted puede cancelar los resurtidos programados si tiene una cantidad suficiente de medicamentos o si estos han cambiado. Si decide no usar el programa de resurtido automático, póngase en contacto con su farmacia con 15 (quince) días de anticipación cuando considere que los medicamentos que tiene se le acabarán, a fin de asegurarse de que el próximo pedido se le envíe a tiempo.

Para cancelar la suscripción a ReadyFill at Mail® que prepara automáticamente resurtidos de pedido por correo, comuníquese con nosotros llamando a Atención al cliente de CVS Caremark al 1-855-479-3657.

Para que la farmacia pueda comunicarse con usted para confirmar el pedido antes de enviarlo, asegúrese de informarle a la farmacia cuál es la mejor manera de comunicarse con usted. Llame a Atención al cliente de CVS Caremark al 1-855-479-3657 o ingrese a su cuenta en https://www.caremark.com/wps/portal para brindarnos su información de contacto de preferencia.

Sección 2.4 Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo

Cuando obtiene un suministro a largo plazo de medicamentos, el costo compartido puede ser menor. El plan cuenta con dos formas de obtener un suministro a largo plazo (también llamado “suministro prolongado”) de medicamentos de “mantenimiento” en la Lista de medicamentos de nuestro plan. (Los medicamentos de mantenimiento son aquellos que toma con regularidad para una enfermedad crónica o prolongada). Puede solicitar este suministro mediante el servicio de pedido por correo (ver la Sección 2.3) o puede dirigirse a una farmacia minorista.

1. **Algunas farmacias minoristas** de nuestra red le permitirán obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Algunas de estas farmacias minoristas (que ofrecen costo compartido preferido) pueden llegar a aceptar un costo compartido menor para los suministros a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Otras, tal vez, no acepten un costo compartido menor para un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. En este caso, usted deberá pagar la diferencia. En el *Directorio de farmacias de Clover Health*, se detallan las farmacias en nuestra red que proporcionan suministros a largo plazo de

medicamentos de mantenimiento. También puede llamar al Departamento de Servicios para los miembros para obtener más información (en la portada posterior de este folleto encontrará los números de teléfono).

2. Para determinados tipos de medicamentos, puede utilizar el **servicio de pedido por correo** de la red del plan. Los medicamentos que *no* estén disponibles a través del servicio de pedido por correo del plan están marcados como "NM" en nuestra Lista de medicamentos. El servicio de pedido por correo de nuestro plan le permite solicitar un suministro de 100 días como máximo. Para obtener más información sobre cómo usar el servicio de pedido por correo, consulte la Sección 2.3.

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

En determinadas circunstancias, su medicamento con receta puede estar cubierto

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

- Si no puede obtener un medicamento con receta cubierto en forma oportuna dentro de nuestra área de servicio porque no hay farmacias de la red que atiendan las 24 horas dentro de una distancia razonable en auto.
- Si intenta obtener un medicamento con receta que habitualmente no está en el inventario de una farmacia minorista de la red accesible o en una farmacia que brinde servicios de pedido por correo (estos medicamentos con receta incluyen medicamentos huérfanos u otros medicamentos de una especialidad farmacéutica).
- Si viaja fuera del área de servicio (dentro de los Estados Unidos) y se le acaban los medicamentos, los pierde o se enferma y no puede acceder a una farmacia de la red.
- Si recibe un medicamento con receta de la Parte D de una farmacia institucional fuera de la red, mientras se encuentra en una sala de emergencias, la clínica de un proveedor, una clínica de cirugía para pacientes externos o en otro entorno para pacientes externos.

Si no ha recibido su medicamento con receta durante una declaración de desastre estatal o federal u otra declaración de salud pública de emergencia en la que ha sido evacuado o, de otro modo, trasladado fuera de su área de servicio o lugar de residencia.

En estos casos, **primero consulte con el Departamento de Servicios para los miembros** para ver si hay alguna farmacia de la red cerca. (En la portada posterior de este folleto encontrará los números de teléfono del Departamento de Servicios para los miembros). Es posible que deba pagar la diferencia entre lo que paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia dentro de la red.

¿Cómo solicitar un reembolso al plan?

Si se ve obligado a utilizar una farmacia fuera de la red, generalmente deberá pagar el costo total del medicamento con receta (en lugar de pagar la parte del costo que habitualmente le corresponde) cuando lo obtenga. Puede solicitarnos que le reembolsemos la parte que nos corresponde pagar del costo del medicamento. (En la Sección 2.1 del Capítulo 7, se explica cómo puede solicitar un reembolso al plan).

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

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

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

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

Los medicamentos que se encuentran en la Lista de medicamentos son solo los que están cubiertos por la Parte D de Medicare (en la Sección 1.1 anterior de este capítulo, se explican los medicamentos de la Parte D).

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

- Esté aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos. (Es decir que la FDA aprobó el medicamento para el diagnóstico o la condición para la cual ha sido recetado).
- *O bien*, esté avalado por ciertos libros de referencia. (Estos libros de referencia son el American Hospital Formulary Service Drug Information, el Sistema de Información DRUGDEX y el USPDI o su sucesor; y, para el cáncer, el National Comprehensive Cancer Network y Clinical Pharmacology o sus sucesores).

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

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

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

El plan no cubre todos los medicamentos con receta.

- En algunos casos, la ley no permite que ningún plan de Medicare cubra ciertos tipos de medicamentos (para obtener más información sobre esto, consulte la Sección 7.1 de este capítulo).
- En otros casos, hemos decidido no incluir en nuestra Lista un medicamento en particular.

Sección 3.2 Hay cinco “niveles de costo compartido” para los medicamentos incluidos en la Lista de medicamentos

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

- El Nivel 1 de costo compartido (el nivel de costo compartido más bajo) incluye medicamentos genéricos preferidos.
- El Nivel 2 de costo compartido incluye medicamentos genéricos.
- El Nivel 3 de costo compartido incluye medicamentos de marca preferidos y genéricos no preferidos.

- El Nivel 4 de costo compartido incluye medicamentos de marca no preferidos y genéricos no preferidos.
- El Nivel 5 de costo compartido (el nivel de costo compartido más alto) incluye medicamentos especializados, los que quizás requieran un manejo especial o monitoreo riguroso.

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

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

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

Hay tres formas de averiguarlo:

1. Consulte la Lista de medicamentos más reciente que le enviamos por correo.
2. Visite el sitio web del plan https://www.cloverhealth.com/en/members/formulary. La Lista de medicamentos en el sitio web siempre es la más actualizada.
3. Llame al Departamento de Servicios para los miembros para saber si un medicamento en particular está incluido en la Lista de medicamentos o para pedir una copia de la lista. (En la portada posterior de este folleto encontrará los números de teléfono del Departamento de Servicios para los miembros).

SECCIÓN 4 Hay restricciones respecto de la cobertura de algunos medicamentos

Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?

Para ciertos medicamentos con receta, existen normas especiales que restringen cómo y cuándo el plan los cubre. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrollaron estas normas para ayudar a que nuestros miembros usen los medicamentos de la forma más eficaz. Estas normas especiales también ayudan a controlar los costos globales de los medicamentos, lo cual le ayuda a mantener la cobertura de estos a un precio más cómodo.

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

Si hay una restricción para su medicamento, por lo general, significa que usted o su proveedor deberán seguir pasos adicionales para que nosotros cubramos el medicamento. Si desea pedirnos que eliminemos la restricción, tendrá que usar el proceso de decisiones de cobertura para solicitarnos una excepción. Podemos no estar de acuerdo en eliminar la restricción. (Para obtener información sobre cómo pedir excepciones, consulte la Sección 6.2 del Capítulo 9).

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

Sección 4.2 ¿Qué tipos de restricciones?

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

Restricción de medicamentos de marca cuando hay una versión genérica disponible

Un medicamento “genérico” tiene el mismo efecto que un medicamento de marca, pero, por lo general, es más económico. **En la mayoría de los casos, cuando está disponible la versión genérica de un medicamento de marca, las farmacias de la red le proporcionarán el medicamento genérico.** Por lo general, no ofreceremos cobertura para un medicamento de marca si hay una versión genérica disponible. Sin embargo, si el proveedor nos ha informado el motivo médico por el cual a usted no le serviría el medicamento genérico, ha escrito “Sin sustitución” en la receta para un medicamento de marca o nos ha informado el motivo por el cual ni el medicamento genérico ni otros medicamentos cubiertos que tratan la misma condición le hacen efecto, entonces sí cubriremos el medicamento de marca. (La parte del

costo que le corresponda pagar puede ser mayor para el medicamento de marca que para el genérico).

Cómo obtener la aprobación del plan por adelantado

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

Cómo probar un medicamento diferente primero

Este requisito hace que usted trate de utilizar medicamentos menos costosos pero igual de eficaces antes de que el plan le brinde cobertura para otro medicamento. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma condición médica, el plan puede requerir que pruebe el medicamento A primero. Si el medicamento A no le da ningún resultado, el plan cubrirá el medicamento B. Este requisito de probar primero con otro medicamento se denomina **"tratamiento escalonado"**.

Límites de cantidades

Para ciertos medicamentos, establecemos un límite en la cantidad del medicamento que usted puede obtener por vez. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro tomar solo una píldora al día de un medicamento determinado, podemos limitar la cobertura de su receta a no más de una píldora por día.

Sección 4.3 ¿Se aplica alguna de estas restricciones a sus medicamentos?

La Lista de medicamentos del plan incluye información acerca de las restricciones descritas anteriormente. Para averiguar si alguna de estas restricciones se aplica a un medicamento que está tomando o desea tomar, consulte la Lista de medicamentos. Para obtener la información más actualizada, llame al Departamento de Servicios para los miembros (en la portada posterior de este folleto encontrará los números de teléfono) o visite nuestro sitio web https://www.cloverhealth.com/en/members/formulary.

Si hay una restricción para su medicamento, por lo general, significa que usted o su proveedor deberán seguir pasos adicionales para que nosotros cubramos el medicamento. Si hay una restricción sobre el medicamento que usted debe tomar, comuníquese con el

Departamento de Servicios para los miembros para obtener información sobre qué debe hacer usted o su proveedor para obtener cobertura para el medicamento. Si desea pedirnos que eliminemos la restricción, tendrá que usar el proceso de decisiones de cobertura para solicitarnos una excepción. Podemos no estar de acuerdo en eliminar la restricción. (Para obtener información sobre cómo pedir excepciones, consulte la Sección 6.2 del Capítulo 9).

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

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

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

- El medicamento puede no estar cubierto en absoluto. O tal vez una versión genérica del medicamento tenga cobertura, pero la versión de marca que desea tomar no está cubierta.
- El medicamento está cubierto, pero se aplican normas o restricciones adicionales respecto de la cobertura de ese medicamento. Tal como se explicó en la Sección 4, para algunos de los medicamentos que cubre el plan se aplican otras normas que restringen su uso. Por ejemplo, le podrían pedir que pruebe un medicamento diferente primero, para ver si funciona, antes de cubrir el medicamento que usted desea tomar. O puede haber límites sobre la cantidad de medicamento (cantidad de píldoras, etc.) que tendría cobertura durante un período determinado. En algunos casos, es posible que quiera que eliminemos la restricción para usted.
- El medicamento está cubierto, pero se encuentra en un nivel de costo compartido que hace que su parte de los costos sea más alta de lo que cree que debería ser. El plan coloca cada medicamento cubierto en uno de los cinco diferentes niveles de costos compartidos. El monto que pague por su medicamento con receta depende en parte del nivel de costo compartido en el que se incluya su medicamento.

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

- Si el medicamento no está en la Lista de medicamentos o si está restringido, consulte la Sección 5.2 para obtener información sobre lo que puede hacer.
- Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que hace que sus costos sean más altos de lo que cree que deberían ser, consulte la Sección 5.3 para obtener información sobre lo que puede hacer.

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

Si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o está restringido, aquí se incluye lo que puede hacer:

- Puede obtener un suministro temporal del medicamento (solo los miembros en determinadas situaciones pueden obtener un suministro temporal). Le dará a usted y a su proveedor tiempo para cambiar a otro medicamento o presentar la solicitud para que se le cubra el medicamento.
- Puede cambiar a otro medicamento.
- Puede solicitar una excepción y pedirle al plan que cubra el medicamento o que retire las restricciones del medicamento.

Puede obtener un suministro temporal

En ciertas circunstancias, el plan puede proporcionarle un suministro temporal de un medicamento cuando su medicamento no está en la Lista de medicamentos o cuando se limita de alguna manera. Hacer esto le da tiempo para consultar con su proveedor acerca del cambio en la cobertura y averiguar qué hacer.

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

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

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

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

- **Para los miembros que son nuevos o que estuvieron en el plan el año pasado y no están en un centro de atención a largo plazo (LTC):**

  Cubriremos un suministro temporal del medicamento **durante los primeros 90 días de su membresía en el plan si usted fuera nuevo y durante los primeros 90 días del año calendario si usted estuvo en el plan el año anterior.** Este suministro temporal será para un suministro para 30 días como máximo. Si su receta está indicada para menos días, permitiremos obtener varias veces los medicamentos hasta llegar a un máximo de un suministro para 30 días del medicamento. El medicamento con receta debe obtenerse en una farmacia de la red.

- **Para los miembros que son nuevos o que estuvieron en el plan el año pasado y son residentes en un centro de LTC:**

  Cubriremos un suministro temporal del medicamento **durante los primeros 90 días de su membresía en el plan si usted es nuevo y durante los primeros 90 días del año calendario si usted estuvo en el plan el año anterior.** El suministro total será para un máximo de 91 días y puede ser un suministro para 98 días como máximo según el incremento de provisión. Si su receta está indicada para menos días, permitiremos obtener varias veces los medicamentos hasta llegar a un máximo de un suministro para 91 días del medicamento. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo puede proporcionarle el medicamento en menores cantidades por vez para evitar el uso indebido).

- **Para los que han sido miembros del plan por más de 90 días y son residentes en un centro de LTC y necesitan un suministro de inmediato:**

  Cubriremos un suministro para 31 días de un medicamento particular, o menos si su receta está indicada para menos días. Esto es complementario al suministro temporal para atención a largo plazo.

Para pedir un suministro temporal, llame al Departamento de Servicios para los miembros (en la portada posterior de este folleto encontrará los números de teléfono).

En el período durante el cual tenga el suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se agote este suministro temporal. Puede cambiar a un medicamento diferente cubierto por el plan o solicitarle al plan que haga una excepción para usted y cubra el medicamento actual. Las siguientes secciones detallan estas opciones.

Puede cambiar a otro medicamento

Comience por hablar con su proveedor. Tal vez haya un medicamento diferente cubierto por el plan que podría funcionar igual de bien para usted. Puede llamar al Departamento de Servicios para los miembros y pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma condición médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que funcione para usted. (En la portada posterior de este folleto encontrará los números de teléfono del Departamento de Servicios para los miembros).

Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitarle al plan que haga una excepción para usted y cubra el medicamento en la forma en que desearía que estuviera cubierto Si su proveedor dice que usted tiene razones médicas que justifican que nos pida una excepción, su médico puede ayudarle a solicitar una excepción a la norma. Por ejemplo, usted puede pedirle al plan que cubra un medicamento, aunque no esté en la Lista de medicamentos del plan. O puede pedirle al plan que haga una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.

Si es actualmente un miembro y el medicamento que está tomando se retira del formulario o tiene algún tipo de restricción el próximo año, usted podrá solicitar una excepción al formulario por adelantado para el próximo año. Le comunicaremos cualquier cambio en la cobertura de su medicamento para el próximo año. Los miembros actuales pueden solicitar una excepción antes del próximo año y le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibir su solicitud (o declaración que respalda su solicitud por parte de la persona autorizada a dar recetas). Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura antes de que el cambio entre en vigencia.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, la Sección 6.4 del Capítulo 9 le dice qué hacer. Se explican los procedimientos y plazos de entrega que Medicare ha fijado para asegurarse de que su solicitud sea tramitada con prontitud e imparcialidad.

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

Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera muy alto, esto es lo que puede hacer:

Puede cambiar a otro medicamento

Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera muy alto, comience por hablar con su proveedor. Tal vez haya un medicamento diferente en un nivel de costo compartido inferior que podría funcionar igual de bien para usted. Puede llamar al Departamento de Servicios para los miembros y pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma condición médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que funcione para usted. (En la portada posterior de este folleto encontrará los números de teléfono del Departamento de Servicios para los miembros).

Puede solicitar una excepción

Para medicamentos en el Nivel 4 (no preferidos), usted y su proveedor pueden solicitar al plan que haga una excepción en el nivel de costo compartido para que pague menos por el medicamento. Si su proveedor dice que usted tiene razones médicas que justifican que nos pida una excepción, su médico puede ayudarle a solicitar una excepción a la norma.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, la Sección 6.4 del Capítulo 9 le dice qué hacer. Se explican los procedimientos y plazos de entrega que Medicare ha fijado para asegurarse de que su solicitud sea tramitada con prontitud e imparcialidad.

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

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

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

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

- **Agregar o quitar medicamentos de la Lista de medicamentos.** Nuevos medicamentos que ahora están disponibles, incluso nuevos medicamentos genéricos. Tal vez el gobierno da su aprobación para un nuevo uso de un medicamento existente. Algunas

veces, un medicamento es retirado del mercado y decidimos no cubrirlo. O podríamos eliminar un medicamento de la lista porque se descubre que no es eficaz.

- **Pasar un medicamento a un nivel de costo compartido más alto o más bajo.**
- **Agregar o quitar una restricción respecto de la cobertura de un medicamento** (para obtener más información sobre las restricciones en la cobertura, consulte la Sección 4 de este capítulo).
- **Sustituir un medicamento de marca por uno genérico.**

En casi todos los casos, debemos obtener la aprobación de Medicare para los cambios que hagamos en la Lista de medicamentos del plan.

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

¿Cómo saber si la cobertura de un medicamento ha cambiado?

Si hay alguna modificación en la cobertura *para un medicamento que está tomando*, el plan le enviará un aviso para comunicarle dicho cambio. Habitualmente, **le avisaremos con al menos 60 días de anticipación.**

De vez en cuando, algún medicamento debe **retirarse del mercado repentinamente** porque se descubre que no es seguro o por algún otro motivo. Si esto ocurre, el plan eliminará inmediatamente el medicamento de la Lista. Le informaremos este cambio de inmediato. Su proveedor también estará enterado de este cambio y puede ayudarle a encontrar otro medicamento para su condición.

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

Si alguno de los siguientes tipos de cambios afecta a algún medicamento que esté tomando, el cambio no le afectará hasta el 1 de enero del próximo año si se mantiene en el plan:

- Si pasamos su medicamento a un nivel de costo compartido más alto.
- Si imponemos una nueva restricción respecto de su uso del medicamento.
- Si quitamos su medicamento de la Lista, pero no a causa de un retiro repentino ni debido a que ha sido sustituido por un medicamento genérico nuevo.

Si cualquiera de estos cambios le sucede a un medicamento que esté tomando, entonces el cambio no afectará su uso o lo que paga como su parte del costo compartido hasta el 1 de enero del próximo año. Hasta esa fecha, probablemente no verá ningún aumento en sus pagos o cualquier otra restricción agregada a su uso del medicamento. Sin embargo, los cambios lo afectarán a partir del 1 de enero del año siguiente.

En algunos casos, usted se verá afectado por el cambio de cobertura antes del 1 de enero:

- Si un **medicamento de marca que está tomando es sustituido por un nuevo medicamento genérico**, el plan debe darle por lo menos 60 días de aviso o suministrarle un resurtido de 60 días de su medicamento de marca en una farmacia de la red.
    - Durante este período de 60 días, usted debe trabajar con su proveedor para cambiar al medicamento genérico o a un medicamento diferente que cubramos.
    - O usted y su proveedor pueden solicitar al plan que haga una excepción y siga cubriendo el medicamento de marca para usted. Para obtener más información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*).
- De nuevo, si un medicamento **es retirado del mercado repentinamente** porque se ha descubierto que no es seguro o por otras razones, el plan lo eliminará de la Lista de medicamentos inmediatamente. Le informaremos este cambio de inmediato.
    - Su proveedor también estará enterado de este cambio y puede ayudarle a encontrar otro medicamento para su condición.

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

Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos

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

Si recibe algún medicamento que esté excluido, deberá pagarlo usted mismo. No pagaremos los medicamentos que están enumerados en esta sección. La única excepción: que se determine que el medicamento solicitado en apelación no es un medicamento excluido en la Parte D y que debimos haberlo pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para

obtener información sobre cómo apelar una decisión que hayamos tomado de no ofrecer cobertura para un medicamento, consulte la Sección 6.5 del Capítulo 9 de este folleto).

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

- La cobertura para medicamentos de la Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que estaría cubierto en la Parte A o Parte B de Medicare.
- Nuestro plan no cubre un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Nuestro plan, por lo general, no puede cubrir el uso para una indicación no autorizada. "Uso para una indicación no autorizada" es cualquier uso distinto al indicado en la etiqueta de un medicamento aprobado por la FDA.
    - En general, la cobertura del "uso para una indicación no autorizada" solo se permite cuando esté sustentada por libros de referencia específicos. Estos libros de referencia son el American Hospital Formulary Service Drug Information, el Sistema de Información DRUGDEX; y, para el cáncer, el National Comprehensive Cancer Network y Clinical Pharmacology o sus sucesores. Si el uso no está respaldado por alguno de estos libros de referencia, entonces nuestro plan no puede cubrir su "uso para una indicación no autorizada".

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

- Medicamentos sin receta (también denominados medicamentos de venta libre).
- Medicamentos utilizados para estimular la fertilidad.
- Medicamentos utilizados para el alivio de la tos o los síntomas del resfriado.
- Medicamentos para fines estéticos o para promover el crecimiento del cabello.
- Vitaminas con receta y productos minerales, excepto las vitaminas prenatales y preparaciones de flúor.
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil, como Viagra, Cialis, Levitra y Caverject.
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la anorexia, la pérdida de peso o el aumento de peso.

- Medicamentos para pacientes externos cuyo fabricante pretenda exigir como condición de venta que los exámenes asociados o servicios de supervisión se compren exclusivamente al fabricante.

Si recibe "ayuda adicional" para pagar sus medicamentos, el programa Medicaid de su estado puede cubrir algunos medicamentos con receta que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos con receta de Medicare. Póngase en contacto con el programa Medicaid de su estado para determinar la cobertura para medicamentos disponible para usted. (Encontrará los números de teléfono y la información de contacto de Medicaid en la Sección 6 del Capítulo 2).

SECCIÓN 8 Muestre la tarjeta de miembro del plan cuando quiera obtener un medicamento con receta

Sección 8.1 Muestre la tarjeta de miembro

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

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

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

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

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

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

Si ingresa en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada para una estadía que cubre el plan, generalmente cubriremos el costo de los medicamentos con receta durante la estadía. Una vez que salga del hospital o centro de atención de enfermería especializada, el plan cubrirá sus medicamentos, siempre y cuando estos cumplan todas nuestras normas para la cobertura. Consulte las partes anteriores de esta sección que definen las normas para obtener cobertura para medicamentos. En el Capítulo 6 (*Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D*), encontrará más información sobre la cobertura para medicamentos y lo que le corresponde pagar.

Tenga en cuenta lo siguiente: cuando usted ingresa, reside o sale de un centro de atención de enfermería especializada, tiene derecho a un período de inscripción especial. Durante este período, puede cambiar de plan o cambiar su cobertura. (En el Capítulo 10, *Cancelación de la membresia en el plan*, se explica cómo puede dejar de participar en nuestro plan e inscribirse en otro plan de Medicare).

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

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

Consulte el *Directorio de farmacias de Clover Health* para averiguar si la farmacia del centro de atención a largo plazo forma parte de nuestra red. Si no forma parte, o si necesita más información, comuníquese con el Departamento de Servicios para los miembros (en la portada posterior de este folleto encontrará los números de teléfono).

¿Qué sucede si usted reside en un centro de LTC y es un miembro nuevo del plan?

Si necesita un medicamento que no figura en la Lista de medicamentos o que tiene algún tipo de restricción, el plan cubrirá un **suministro temporal** del medicamento durante los primeros 90 días de su membresía. El suministro total será para un máximo de 91 días y puede ser de hasta 98 días según el incremento de provisión, o menos, si su receta está indicada para menos días. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo puede proporcionarle el medicamento en menores cantidades por vez para evitar el uso indebido). Si ha estado inscrito en el plan durante más de 90 días y necesita un medicamento que no figura en la Lista de medicamentos, o si el plan ha impuesto algún tipo de restricción respecto de la cobertura del medicamento, cubriremos un suministro para 31 días o menos si su receta está indicada para menos días.

En el período durante el cual tenga el suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se agote este suministro temporal. Tal vez haya un medicamento diferente cubierto por el plan que podría funcionar igual de bien para usted. O bien, usted y su proveedor pueden solicitarle al plan que haga una excepción para usted y cubra el medicamento en la forma en que desearía que estuviera cubierto. Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, la Sección 6.4 del Capítulo 9 le dice qué hacer.

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

¿Tiene en la actualidad otra cobertura para medicamentos con receta de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge)? En ese caso, póngase en contacto con el **administrador de beneficios de ese grupo**. El administrador de beneficios puede ayudarle a determinar cómo funcionará su cobertura actual para medicamentos con receta en relación con nuestro plan.

En general, si actualmente tiene empleo, la cobertura para medicamentos con receta que le brindemos será *complementaria* a la cobertura de su empleador o grupo de jubilados. Eso significa que la cobertura de su grupo pagaría primero.

Nota especial sobre la “cobertura acreditable”:

Cada año, su empleador o grupo de jubilados le debe enviar un aviso en el que se le informe si su cobertura para medicamentos con receta para el año calendario siguiente es “acreditable” y las opciones que tiene para la cobertura para medicamentos.

Si la cobertura del plan del grupo es "**acreditable**", quiere decir que incluye una cobertura para medicamentos que, en promedio, paga al menos lo mismo que la cobertura para medicamentos estándar de Medicare.

Guarde estos avisos sobre la cobertura acreditable, porque es posible que los necesite más adelante. Si se inscribe en un plan de Medicare que incluye cobertura para medicamentos de la Parte D, es posible que necesite estos avisos para demostrar que usted ha mantenido la cobertura acreditable. Si no recibió un aviso sobre la cobertura acreditable del plan de su empleador o grupo de jubilados, puede obtener una copia del administrador de beneficios del empleador o grupo de jubilados o con el empleador o sindicato.

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

Los medicamentos nunca están cubiertos por el hospicio y nuestro plan al mismo tiempo. Si usted está inscrito en un hospicio de Medicare y requiere de un medicamento contra las náuseas, un laxante, un analgésico o un ansiolítico que no está cubierto por su hospicio porque no está relacionado con su enfermedad terminal o sus afecciones relacionadas, nuestro plan debe ser notificado por la persona que le emite la receta o por su hospicio de que el medicamento no está relacionado antes de que el plan pueda cubrir el medicamento. Para evitar demoras en la recepción de medicamentos no relacionados que deberían ser cubiertos por nuestro plan, puede pedirle a su hospicio o a la persona autorizada a dar recetas que se aseguren de que tengamos la notificación de que el medicamento no está relacionado antes de pedirle a la farmacia que le proporcione el medicamento con receta.

En caso de que usted revoque su elección de hospicio o que le den de alta del hospicio, nuestro plan debe cubrir todos sus medicamentos. Para evitar demoras en la farmacia cuando finaliza un beneficio de hospicio de Medicare, debe presentar la documentación en la farmacia para verificar su revocación o alta. Consulte las partes anteriores de esta sección que informan acerca de las normas para obtener la cobertura para medicamentos según la Parte D. En el Capítulo 6 (*Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D*), encontrará más información sobre la cobertura para medicamentos y lo que le corresponde pagar.

SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad y el manejo de los medicamentos

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

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

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

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

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

Sección 10.2 Programa de Manejo del Tratamiento Farmacológico (MTM) para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos

Tenemos un programa que puede ayudar a nuestros miembros con necesidades de salud complejas. Por ejemplo, algunos miembros padecen varias afecciones médicas, toman diferentes medicamentos al mismo tiempo y los costos de sus medicamentos son elevados.

Este programa es voluntario y gratuito para los miembros. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrollaron el programa para nosotros. Este programa puede ayudar a garantizar que nuestros miembros aprovechen al máximo el beneficio de los medicamentos que toma.

Nuestro programa se denomina Programa de Manejo del Tratamiento Farmacológico (MTM). Algunos miembros que tienen diferentes afecciones médicas pueden obtener los servicios de un programa de MTM. Un farmacéutico u otro profesional de la salud llevará a cabo una revisión integral de sus medicamentos. Puede hablar sobre la mejor manera de tomar sus medicamentos, los costos o cualquier problema o pregunta que tenga sobre sus medicamentos con receta y de venta libre. Recibirá un resumen por escrito de esta conversación. El resumen tiene un plan de acción para los medicamentos que recomienda lo que puede hacer para aprovechar sus medicamentos, también tiene lugar para que tome notas o escriba las preguntas de seguimiento. También obtendrá una lista de medicamentos personal que incluirá todos los medicamentos que está tomando y la razón por la que los está tomando.

Es una buena idea programar una revisión de medicamentos antes de su consulta anual de “bienestar”, para que pueda hablar con su médico sobre su plan de acción y su lista de medicamentos. Lleve su plan de acción y su lista de medicamentos a su consulta o siempre que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica. Además, lleve con usted su lista de medicamentos (por ejemplo, con su identificación) si concurre al hospital o a la sala de emergencias.

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

CAPÍTULO 6

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

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

SECCIÓN 1 Introducción 151

Sección 1.1 Utilice este capítulo junto con la demás documentación que explica la cobertura para medicamentos 151

Sección 1.2 Tipos de costos que es posible que deba pagar de su bolsillo por los medicamentos cubiertos 152

SECCIÓN 2 El precio que paga por un medicamento depende de la "etapa de pago de medicamentos" en la que esté al obtener el medicamento 153

Sección 2.1 ¿Cuáles son las etapas de pago de medicamentos para los miembros de Clover Health NJ Classic Aqua (PPO)? 153

SECCIÓN 3 Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos y la etapa de pago en la que se encuentra 155

Sección 3.1 Le enviamos un informe mensual llamado *"Explicación de beneficios de la Parte D"* ("EOB de la Parte D") 155

Sección 3.2 Ayúdenos a mantener al día nuestra información sobre sus pagos de los medicamentos 155

SECCIÓN 4 Durante la Etapa del deducible, usted paga el costo total de sus medicamentos de los Niveles 3, 4 y 5 157

Sección 4.1 Permanece en la Etapa del deducible hasta que haya pagado $150 por sus medicamentos de los Niveles 3, 4 y 5 157

SECCIÓN 5 Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga su parte 157

Sección 5.1 Lo que paga por un medicamento depende del medicamento en sí y de dónde lo obtiene 157

Sección 5.2 Una tabla que muestra sus costos por un suministro para *un mes* de un medicamento 159

Sección 5.3 Si su médico le receta un suministro para menos de un mes completo, es posible que no deba pagar el costo del mes completo 160

Sección 5.4 Una tabla que muestra sus costos por un suministro de un medicamento *a largo plazo* (100 días como máximo) 161
Sección 5.5 Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que los costos totales anuales de sus medicamentos alcancen los $3,750 163

SECCIÓN 6 Durante la Etapa del período sin cobertura, usted recibe un descuento en medicamentos de marca y paga no más que el 44% de los costos de los medicamentos genéricos 164
Sección 6.1 Permanece en la Etapa del período sin cobertura hasta que los costos que paga de su bolsillo alcanzan los $5,000 164
Sección 6.2 Cómo calcula Medicare los gastos que paga de su bolsillo por medicamentos con receta 165

SECCIÓN 7 Durante la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, el plan paga la mayor parte de los costos de sus medicamentos 167
Sección 7.1 Una vez que esté en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, permanecerá en esta etapa durante el resto del año 167

SECCIÓN 8 Lo que usted paga por las vacunas cubiertas por la Parte D depende de cómo y dónde las obtiene 168
Sección 8.1 Nuestro plan puede tener una cobertura separada para el medicamento de las vacunas de la Parte D en sí y para el costo de la administración de la vacuna 168
Sección 8.2 Usted puede llamar al Departamento de Servicios para los miembros antes de administrarse una vacuna 170

¿Sabía que hay programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos?

Hay programas que ayudan a las personas con recursos limitados a pagar los medicamentos. Entre estos programas se incluyen el programa de "Ayuda adicional" y los programas estatales de asistencia farmacéutica. Para obtener más información, consulte la Sección 7 del Capítulo 2.

¿Recibe en la actualidad ayuda para pagar sus medicamentos?

Si usted participa en un programa que le ayuda a pagar sus medicamentos, **es posible que haya información que no aplique para usted en la *Evidencia de cobertura* sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D.** Hemos incluido un inserto separado, que se denomina "Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta", también conocida como "Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos" o "Cláusula adicional LIS", en la que se le informa sobre la cobertura para sus medicamentos. Si no posee este inserto, póngase en contacto con el Departamento de Servicios para los miembros y solicite la "Cláusula adicional LIS". (En la portada posterior de este folleto encontrará los números de teléfono de Servicios para los miembros).

SECCIÓN 1 Introducción

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

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

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

- **La *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan.** Para simplificar las cosas, a esto lo denominamos la "Lista de medicamentos".
    - Esta Lista de medicamentos le indica los medicamentos que están cubiertos para usted.
    - También le dice en cuál de los 5 "niveles de costo compartido" se incluye el medicamento y si hay alguna restricción en su cobertura.
    - Si necesita una copia de la Lista de medicamentos, llame al Departamento de Servicios para los miembros (en la portada posterior de este folleto encontrará los números de teléfono). También puede encontrar información en nuestro sitio web en https://www.cloverhealth.com/en/members/formulary. La Lista de medicamentos en el sitio web siempre es la más actualizada.
- **Capítulo 5 de este folleto.** En el Capítulo 5, se proporcionan detalles sobre la cobertura para medicamentos con receta, incluidas las normas que debe cumplir para obtener los medicamentos cubiertos. El Capítulo 5 también indica qué tipos de medicamentos con receta no están cubiertos por nuestro plan.
- **El *Directorio de farmacias* del plan.** En la mayoría de los casos, debe adquirir los medicamentos cubiertos en una farmacia de la red (para obtener más detalles, consulte el Capítulo 5). En el *Directorio de farmacias de Clover Health*, encontrará una lista de las farmacias de la red del plan. También le explica qué farmacias de nuestra red pueden ofrecerle un suministro a largo plazo de un medicamento (tal como obtener una receta para un suministro de tres meses).

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

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

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

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

Sección 2.1 ¿Cuáles son las etapas de pago de medicamentos para los miembros de Clover Health NJ Classic Aqua (PPO)?

Tal como se muestra en la tabla a continuación, hay “etapas de pago de los medicamentos” para su cobertura para medicamentos con receta por parte de Clover Health NJ Classic Aqua (PPO). El monto que paga por un medicamento depende de la etapa en que se encuentre en el momento que obtenga un medicamento con receta o un resurtido.

Etapa 1 ***Etapa del deducible***	**Etapa 2** ***Etapa de la cobertura inicial***	**Etapa 3** ***Etapa del período sin cobertura***	**Etapa 4** ***Etapa de cobertura en situaciones catastróficas***
Durante esta etapa, usted paga el costo total de sus medicamentos de los niveles 3, 4 y 5. Usted permanece en esta etapa hasta que haya pagado $150 por sus medicamentos en los Niveles 3, 4 y 5. ($150 es el monto de su deducible de los niveles 3, 4 y 5). (Puede ver los detalles en la Sección 4 de este capítulo).	Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde de los costos de sus medicamentos de los Niveles 1 y 2, y usted paga su parte. Después de que usted (u otros en su nombre) haya alcanzado el deducible de los Niveles 3, 4 y 5, el plan paga la parte que le corresponde de los costos de sus medicamentos de los Niveles 3, 4 y 5, y usted paga su parte. Usted permanece en esta etapa hasta que los “costos totales de los medicamentos” del año hasta la fecha (sus pagos más los pagos del plan de la Parte D) sumen $ 3,750. (Puede ver los detalles en la Sección 5 de este capítulo).	Durante esta etapa, usted paga el 35% del precio por sus medicamentos de marca (además de una parte del costo de suministro) y el 44% del precio de los medicamentos genéricos. Usted permanece en esta etapa hasta que los “costos que paga de su bolsillo” del año hasta la fecha (sus pagos) lleguen a un total de $5,000. Medicare estableció este monto y las normas para calcular los costos hasta llegar a esta suma. (Puede ver los detalles en la Sección 6 de este capítulo).	Durante esta etapa, el plan pagará la mayoría de los costos de sus medicamentos durante el resto del año calendario (hasta el 31 de diciembre de 2018). (Puede ver los detalles en la Sección 7 de este capítulo).

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

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

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

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

Nuestro plan preparará un informe por escrito denominado *Explicación de beneficios de la Parte D* (a veces denominado "EOB de la Parte D") cuando haya obtenido uno o más medicamentos con receta a través del plan durante el mes anterior. Incluye:

- **Información para ese mes.** Este informe proporciona los detalles de pago sobre los medicamentos que obtuvo el mes anterior. Muestra el total de costos de los medicamentos, lo que el plan pagó y lo que usted y otros han pagado en su nombre.
- **Los totales para el año desde el 1 de enero.** A esto se lo denomina información "del año hasta la fecha". Muestra los costos totales de los medicamentos y los pagos totales por sus medicamentos desde el inicio del año.

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

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

- **Muestre su tarjeta de miembro cuando obtenga un medicamento con receta.** Para asegurarse de que sabemos acerca de los medicamentos que se están surtiendo y lo que está pagando, muestre su tarjeta de miembro del plan cada vez que obtenga medicamentos con receta.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** Es posible que, en ocasiones, usted deba pagar los medicamentos con receta cuando no recibamos automáticamente la información que necesitamos para mantener el seguimiento de los costos que paga de su bolsillo. Para ayudarnos a mantener un registro de los costos que paga de su bolsillo, puede darnos copias de los recibos de los medicamentos que ha comprado. (Si se le factura por un medicamento cubierto, puede pedirle a nuestro plan que pague la parte que nos corresponde del costo. Para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo, vaya a la Sección 2 del Capítulo 7 de este folleto). Estos son algunos de los tipos de situaciones en las que es posible que quiera darnos copias de sus recibos de medicamentos para asegurarse de que tenemos un registro completo de lo que ha gastado en sus medicamentos:
    - Cuando usted compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuento que no sea parte del beneficio de nuestro plan.
    - Cuando realiza un copago por los medicamentos que se proporcionan en virtud de un programa de asistencia del fabricante del medicamento para el paciente.
    - Cada vez que compre medicamentos cubiertos en una farmacia fuera de la red u otras veces que pague el precio total de un medicamento cubierto en circunstancias especiales.
- **Envíenos la información sobre los pagos que terceros hayan realizado por usted.** Los pagos realizados por otras personas u organizaciones también se tienen en cuenta en los costos que paga de su bolsillo y lo ayudan a calificar para la cobertura en situaciones catastróficas. Por ejemplo, para los costos que paga de su bolsillo, se tienen en cuenta los pagos realizados por un Programa Estatal de Asistencia de Medicamentos, un Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP), el Servicio de salud para la población india estadounidense y la mayoría de las organizaciones benéficas. Le recomendamos que lleve un registro de estos pagos y nos lo envíe para que podamos hacer un seguimiento de sus costos.
- **Revise el informe por escrito que le enviamos.** Cuando reciba por correo la *Explicación de beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D), revísela para asegurarse de que la información sea correcta y esté completa. Si considera que el informe está incompleto o si tiene alguna pregunta, llame al Departamento de Servicios para los miembros (en la portada posterior de este folleto encontrará los números de teléfono). Asegúrese

de guardar estos informes. Constituyen un registro importante sobre sus gastos en medicamentos.

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

Sección 4.1 Permanece en la Etapa del deducible hasta que haya pagado $150 por sus medicamentos de los Niveles 3, 4 y 5

La Etapa del deducible es la primera etapa de pago de la cobertura para medicamentos. Usted pagará un deducible anual de $150 para los medicamentos de los Niveles 3, 4 y 5. **Usted paga el costo total de los medicamentos de los Niveles 3, 4 y 5** hasta que llegue al monto del deducible del plan. Para todos los demás medicamentos, no deberá pagar ningún deducible y comenzará a recibir la cobertura inmediatamente.

- El **"costo total"** suele ser inferior al precio total habitual del medicamento, puesto que el plan ha negociado costos más bajos para la mayoría de los medicamentos.
- El **"deducible"** es el monto que debe pagar por los medicamentos con receta de la Parte D antes de que el plan comience a pagar la parte que le corresponde.

Una vez que haya pagado $150 por los medicamentos de los Niveles 3, 4 y 5, sale de la Etapa del deducible y pasa a la siguiente etapa de pago de medicamentos, que es la Etapa de cobertura inicial.

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

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

Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga la parte que le corresponde del costo de los medicamentos con receta cubiertos y usted paga su parte (el monto de su copago o coseguro). Su parte del costo variará según el medicamento y el lugar donde obtenga el medicamento con receta.

El plan tiene cinco niveles de costo compartido

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

- El Nivel 1 de costo compartido (el nivel de costo compartido más bajo) incluye medicamentos genéricos preferidos.
- El Nivel 2 de costo compartido incluye medicamentos genéricos.
- El Nivel 3 de costo compartido incluye medicamentos de marca preferidos y genéricos no preferidos.
- El Nivel 4 de costo compartido incluye medicamentos de marca no preferidos y genéricos no preferidos.
- El Nivel 5 de costo compartido (el nivel de costo compartido más alto) incluye medicamentos especializados, los que quizás requieran un manejo especial y/o monitoreo riguroso.

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

Sus opciones de farmacia

El monto que usted paga por un medicamento está determinado según si obtiene el medicamento de las siguientes farmacias:

- Una farmacia minorista de la red que ofrezca costo compartido estándar.
- Una farmacia minorista de la red que ofrezca costo compartido preferido.
- Una farmacia minorista que no está en la red de nuestro plan.
- Una farmacia de pedidos por correo del plan.

Para obtener más información sobre las opciones de farmacias y la obtención de los medicamentos con receta, consulte el Capítulo 5 de este folleto y el *Directorio de farmacias* del plan.

Por lo general, cubriremos sus medicamentos con receta *solo* si se obtienen en una de nuestras farmacias de la red. Algunas de nuestras farmacias de la red también ofrecen costo compartido preferido. Puede ir a cualquier farmacia de la red que ofrezca costo compartido preferido u otras farmacias de la red que ofrezcan costo compartido estándar para recibir

sus medicamentos con receta cubiertos. Es posible que sus costos sean más bajos en las farmacias que ofrecen costo compartido preferido.

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

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

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

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

- Si el medicamento cubierto cuesta menos que el monto del copago que figura en el cuadro, usted pagará ese precio inferior por el medicamento. Usted paga el precio completo del medicamento *o* el monto del copago, *el que sea menor*.
- Cubrimos medicamentos con receta obtenidos en farmacias fuera de la red solamente en situaciones limitadas. Para obtener información sobre cuándo cubriremos un medicamento con receta obtenido en una farmacia fuera de la red, consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5.

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

Nivel	**Costo compartido minorista estándar (dentro de la red)** (suministro de 30 días como máximo)	**Costo compartido minorista preferido (dentro de la red)** (suministro de 30 días como máximo)	**Costo compartido de LTC** (suministro de 31 días como máximo)	**Costo compartido fuera de la red** (La cobertura se limita a ciertas situaciones; consulte el Capítulo 5 para obtener más detalles.) (suministro de 30 días como máximo)
Nivel 1 de costo compartido (genérico preferido)	Copago de $5.	Copago de $0.	Copago de $5.	Copago de $5.
Nivel 2 de costo compartido (genérico)	Copago de $15.	Copago de $10.	Copago de $15.	Copago de $15.
Nivel 3 de costo compartido (de marca preferido)	Copago de $45.	Copago de $35.	Copago de $45.	Copago de $45.
Nivel 4 de costo compartido (medicamento no preferido)	Copago de $95.	Copago de $85.	Copago de $95.	Copago de $95.
Nivel 5 de costo compartido (especializado)	Coseguro del 25%.	Coseguro del 25%.	Coseguro del 25%.	Coseguro del 25%.

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

Por lo general, el monto que paga por un medicamento con receta cubre el suministro para un mes completo de un medicamento cubierto. Sin embargo, su médico le puede recetar un

suministro de un medicamento para menos de un mes. Es posible que, en algunos casos, desee pedirle a su médico que le recete un suministro de un medicamento para menos de un mes (por ejemplo, cuando prueba por primera vez un medicamento que produce efectos secundarios). Si su médico le receta un suministro para menos de un mes completo, usted no tendrá que pagar el suministro de determinados medicamentos para un mes completo.

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

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

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

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

Para algunos medicamentos, puede obtener un suministro a largo plazo (también denominado "suministro extendido") cuando obtiene su medicamento con receta. Un suministro a largo plazo es un suministro de 100 días como máximo. (Para obtener más

detalles sobre dónde y cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento, consulte la Sección 2.4 del Capítulo 5).

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

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

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

Nivel	**Costo compartido minorista estándar (dentro de la red)** (suministro para 100 días)	**Costo compartido minorista preferido (dentro de la red)** (suministro para 100 días)	**Costo compartido de pedido por correo** (suministro para 100 días)
Nivel 1 de costo compartido (genérico preferido)	Copago de $15.	Copago de $0.	Copago de $0.
Nivel 2 de costo compartido (genérico)	Copago de $45.	Copago de $30.	Copago de $20.
Nivel 3 de costo compartido (de marca preferido)	Copago de $135.	Copago de $105.	Copago de $70.
Nivel 4 de costo compartido (medicamento no preferido)	Copago de $285.	Copago de $255.	Copago de $170
Nivel 5 de costo compartido (especializado)	Coseguro del 25%	Coseguro del 25%	Coseguro del 25%.

Sección 5.5 Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que los costos totales anuales de sus medicamentos alcancen los $3,750

Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que la cifra total correspondiente a los medicamentos con receta que ha obtenido y que ha resurtido llegue al **límite de $3,750 para la Etapa de cobertura inicial.**

El costo total del medicamento se basa en la suma de lo que ha pagado y lo que cualquier plan de la Parte D ha pagado:

- **Lo que usted ha pagado** por todos los medicamentos cubiertos que ha recibido desde que comenzó con la compra del primer medicamento del año. (Para obtener más

información sobre cómo Medicare calcula los costos que paga de su bolsillo, consulte la Sección 6.2). Esto incluye lo siguiente:

- Los $150 que pagó cuando estaba en la Etapa del deducible.
- El total que pagó como su parte del costo de sus medicamentos en la Etapa de cobertura inicial.

- **Lo que el plan ha pagado** como su parte del costo de sus medicamentos durante la Etapa de cobertura inicial. (Si se inscribe en un plan diferente de la Parte D, en cualquier momento en 2018, el monto que usted pagó durante la Etapa de cobertura inicial también se tiene en cuenta para los costos totales de los medicamentos).

La *Explicación de beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D) que le enviamos le ayudará a llevar un registro de lo que usted y el plan, como así también terceros, han gastado en su nombre en sus medicamentos durante el año. Muchas personas no llegan al límite por año de $3,750.

Le informaremos cuando alcance el monto de $3,750. Si llega a este monto, saldrá de la Etapa de cobertura inicial y pasará a la Etapa del período sin cobertura.

SECCIÓN 6 Durante la Etapa del período sin cobertura, usted recibe un descuento en medicamentos de marca y paga no más que el 44% de los costos de los medicamentos genéricos

Sección 6.1 Permanece en la Etapa del período sin cobertura hasta que los costos que paga de su bolsillo alcanzan los $5,000

Cuando está en la Etapa del período sin cobertura, el Programa de Descuentos para el Período sin Cobertura de Medicare ofrecerá descuentos del fabricante para medicamentos de marca. Paga el 35% del precio negociado y una parte del costo de suministro de los medicamentos de marca. Tanto el monto que usted paga como el monto descontado por el fabricante son tenidos en cuenta para los costos que paga de su bolsillo como si usted hubiera pagado esa cantidad y lo desplazara a lo largo del período sin cobertura.

También recibe cierto grado de cobertura para los medicamentos genéricos. No paga más del 44% del costo de los medicamentos genéricos y el plan paga el resto del costo. Para los medicamentos genéricos, el monto pagado por el plan (56%) no se considera para los costos que paga de su bolsillo. Solo se considera el monto que usted paga y lo desplaza a lo largo del período sin cobertura.

Usted sigue pagando el precio de descuento para medicamentos de marca y no más que el 44% de los costos de medicamentos genéricos hasta que el total anual de lo que paga de su bolsillo llegue al monto máximo que ha fijado Medicare. En el 2018, esa cifra es de $5,000.

Medicare tiene normas acerca de lo que cuenta y lo que *no* cuenta como costos que paga de su bolsillo. Cuando llegue al límite de $5,000 de lo que paga de su bolsillo, usted sale de la Etapa del período sin cobertura y pasa a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

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

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

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

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

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

Es importante quién paga:

- Si hace estos pagos **usted mismo**, se incluyen en los costos que paga de su bolsillo.
- Estos pagos también se *incluyen* si los efectúan **otras personas u organizaciones en su nombre**. Esto incluye los pagos por sus medicamentos realizados por un amigo o pariente, por la mayoría de las organizaciones benéficas, programas de asistencia de medicamentos para el SIDA, el Servicio de salud para la población india estadounidense o por un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica que esté

calificado por Medicare. También se incluyen los pagos hechos por el programa de "Ayuda adicional" de Medicare.

- Se incluyen algunos de los pagos realizados por el Programa de Descuentos para el Período sin Cobertura de Medicare. Se incluye el monto que el fabricante paga por los medicamentos de marca. Pero no se incluye el monto que el plan paga por sus medicamentos genéricos.

Paso a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas:

Cuando usted (o los que pagan en su nombre) haya pagado de su bolsillo un total de $5,000 en el año calendario, pasará de la Etapa del período sin cobertura a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

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

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

- Medicamentos que compra fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Medicamentos que nuestro plan no cubre.
- Medicamentos que obtiene en una farmacia fuera de la red y que no cumplen los requisitos del plan para cobertura fuera de la red.
- Medicamentos que no sean de la Parte D, inclusive los medicamentos con receta cubiertos por las Parte A y B, y otros medicamentos excluidos de la cobertura de la Parte D de Medicare.
- Pagos que realiza para los medicamentos con receta que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos con receta de Medicare.
- Pagos realizados por el plan para sus medicamentos genéricos o de marca mientras estaba en el período sin cobertura.
- Pagos de sus medicamentos realizados por planes de salud grupales, incluso los planes de salud del empleador.
- Pagos de sus medicamentos realizados por ciertos planes de seguro y programas de salud financiados por el gobierno, como TRICARE y el Departamento de Asuntos de Veteranos.
- Pagos por sus medicamentos realizados por un tercero con la obligación legal de pagar los costos de los medicamentos con receta (por ejemplo, un seguro de indemnización por accidentes laborales).

Recordatorio: si cualquier otra organización, como las mencionadas anteriormente, paga parte o la totalidad de los costos que paga de su bolsillo para medicamentos, debe comunicárselo a nuestro plan. Llame al Departamento de Servicios para los miembros para informarnos (en la portada posterior de este folleto encontrará los números de teléfono).

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

- **Nosotros le ayudaremos.** El informe de la *Explicación de beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D) que le enviamos incluye la cantidad actual de los costos que paga de su bolsillo (la Sección 3 de este capítulo detalla este informe). Cuando haya pagado de su bolsillo el total de $5,000 para el año, este informe le explicará que ha pasado de la Etapa del período sin cobertura a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** En la Sección 3.2, se describe lo que usted puede hacer para asegurarse de que los registros que tengamos de lo que ha gastado estén completos y actualizados.

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

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

Usted reúne los requisitos para la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas cuando los costos que paga de su bolsillo hayan alcanzado la cifra de $5,000 para el año calendario. Una vez que está en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, se quedará en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.

Durante esta etapa, el plan pagará la mayor parte del costo de sus medicamentos.

Opción 1:

- **Su parte** del costo para un medicamento cubierto será la cantidad que sea *mayor* entre un coseguro y un copago:

- *O bien*, el coseguro del 5% del costo del medicamento.
- *O bien*, $3.35 para un medicamento genérico o un medicamento que se trata como genérico y $8.35 para todos los demás medicamentos.

- **Nuestro plan paga el resto** del costo.

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

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

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

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

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

¿Qué es lo que paga por una vacuna de la Parte D?

Lo que usted paga por una vacuna de la Parte D depende de tres elementos:

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

Lo que paga en el momento en que se le administra la vacuna de la Parte D puede variar según las circunstancias. Por ejemplo:

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

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

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

- Usted deberá pagarle a la farmacia el monto del copago por la vacuna y el costo de su administración.
- Nuestro plan paga el resto de los costos.

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

- Cuando reciba la vacuna, pagará por el costo total de la vacuna y su administración.
- Entonces podrá pedirle al plan que le pague nuestra parte del costo mediante los procedimientos que se describen en el Capítulo 7 de este folleto (*Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos*).
- Se le reembolsará el monto que usted pagó menos su copago normal por la vacuna (incluida su administración), menos la diferencia que exista entre el monto que cobre el médico y lo que normalmente pagamos. (Si recibe “Ayuda adicional”, le reembolsaremos la diferencia).

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

- Usted deberá pagarle a la farmacia el monto de su copago por la vacuna en sí.
- Cuando su médico le administre la vacuna, usted deberá pagar el costo total por este servicio. Entonces, puede solicitarle a nuestro plan que le pague la parte que nos corresponde del costo a través de los procedimientos descritos en el Capítulo 7 de este folleto.
- Se le reembolsará el importe cobrado por el médico por la administración de la vacuna, menos la diferencia que exista entre el monto que cobre el médico y lo que normalmente pagamos. (Si recibe “Ayuda adicional”, le reembolsaremos la diferencia).

Sección 8.2 Usted puede llamar al Departamento de Servicios para los miembros antes de administrarse una vacuna

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

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

CAPÍTULO 7

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

Capítulo 7. Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios o medicamentos cubiertos 173

Sección 1.1 Si usted paga la parte que le corresponde a nuestro plan del costo de los servicios o medicamentos cubiertos, o si recibe una factura, puede solicitarnos el reembolso 173

SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que recibió 176

Sección 2.1 Cómo y adónde enviarnos su solicitud de pago 176

SECCIÓN 3 Analizaremos su solicitud de pago y decidiremos si le pagaremos o no 178

Sección 3.1 Comprobamos si debemos cubrir el servicio o el medicamento y cuánto debemos 178

Sección 3.2 Si le comunicamos que no pagaremos, en su totalidad o en parte, el medicamento o la atención médica, puede presentar una apelación 178

SECCIÓN 4 Otras situaciones en las que debe guardar sus recibos y enviarnos copias 179

Sección 4.1 En algunos casos, debe enviarnos copias de sus recibos para ayudarnos a llevar un registro de los costos de los medicamentos que paga de su bolsillo 179

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

Sección 1.1 Si usted paga la parte que le corresponde a nuestro plan del costo de los servicios o medicamentos cubiertos, o si recibe una factura, puede solicitarnos el reembolso

A veces, cuando recibe atención médica o un medicamento con receta, es posible que deba pagar el costo total en ese momento. Otras veces, se dará cuenta de que ha pagado más de lo que pensaba que debía pagar según las normas de cobertura del plan. En cualquiera de los casos, puede pedirle a nuestro plan que le devuelva el dinero (a la acción de devolver el dinero a menudo se le llama “reembolso”). Es su derecho que nuestro plan le reembolse cada vez que usted haya pagado más del monto que le corresponde de los costos por servicios médicos o medicamentos que están cubiertos por el plan.

También habrá veces en las que recibirá una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que se le prestó. En muchos casos, usted deberá enviarnos esta factura en lugar de pagarla usted. Examinaremos la factura y decidiremos si los servicios deben ser cubiertos. Si decidimos que deben ser cubiertos, le pagaremos al proveedor directamente.

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

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

   Cuando reciba atención de un proveedor que no sea parte de nuestra red, usted es responsable de pagar solo su parte del costo, no el costo total. (Su parte del costo puede ser más alta para un proveedor fuera de la red que para un proveedor de la red). Usted debe pedirle al proveedor que emita una factura para el pago de la parte que le corresponde al plan.

   - Si usted paga el monto total en el momento de recibir el servicio, debe pedirnos que le reembolsemos el monto del costo que nos corresponde pagar. Envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya efectuado.

- Es posible que algunas veces reciba una factura del proveedor en la que le pide pagar un monto que usted considera que no debe. Envíenos esa factura junto con la documentación de cualquier pago que ya haya efectuado.
    - Si al proveedor se le debe algo, le pagaremos directamente.
    - Si ya ha pagado más de lo que le corresponde pagar del costo del servicio, determinaremos cuánto debía y le reembolsaremos el monto de la parte que nos correspondía.
- **Tenga en cuenta lo siguiente:** aunque puede recibir atención de un proveedor fuera de la red, ese proveedor debe ser elegible para participar en Medicare. Excepto por la atención de emergencia, no podemos pagarle a un proveedor que no es elegible para participar en Medicare. Si el proveedor no es elegible para participar en Medicare, usted será responsable por el costo total de los servicios que reciba.

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

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

- Usted solo tiene que pagar el monto de su costo compartido cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos a los proveedores agregar cargos adicionales, denominados “facturación de saldos”. Esta protección (que nunca paga más que el monto de su costo compartido) se aplica aun cuando pagamos menos de lo que el proveedor factura por un servicio, incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor. Para obtener más información sobre la “facturación de saldos”, consulte la Sección 1.3 del Capítulo 4.
- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red cuyo monto usted considera que es más de lo que debe pagar, envíenosla. Nos pondremos en contacto con el proveedor directamente y resolveremos el problema de facturación.
- Si ya le ha pagado una factura a un proveedor de la red, pero cree que pagó demasiado, envíenosla junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado y pídanos reembolsarle la diferencia entre el monto que pagó y el que debe según el plan.

3. Si está inscrito retroactivamente en nuestro plan.

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

Si se inscribió retroactivamente en nuestro plan y pagó de su bolsillo por sus medicamentos o servicios cubiertos después de la fecha de inscripción, puede solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde. Deberá enviarnos la documentación correspondiente para el reembolso.

Llame al Departamento de Servicios para los miembros para obtener información sobre cómo solicitar la devolución y las fechas de vencimiento para realizar la solicitud. (En la portada posterior de este folleto encontrará los números de teléfono del Departamento de Servicios para los miembros).

4. Cuando utilice una farmacia fuera de la red para obtener medicamentos con receta

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

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

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

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

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

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

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

- Por ejemplo, el medicamento puede no estar en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan; o podría tener un requisito o restricción que usted no conocía o que no cree que debería aplicarse a usted. Si usted decide obtener el medicamento de inmediato, es posible que deba pagar su costo total.
- Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso. En algunas situaciones, puede ser necesario obtener más información de su médico para reembolsarle nuestra parte del costo.

Todos los ejemplos anteriores corresponden a tipos de decisiones de cobertura. Esto significa que si rechazamos su solicitud de pago, usted puede apelar nuestra decisión. En el Capítulo 9 de este folleto (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*), se incluye información sobre cómo presentar una apelación.

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

Sección 2.1 Cómo y adónde enviarnos su solicitud de pago

Envíenos su solicitud de pago junto con su factura y la documentación de cualquier pago que haya realizado. Es buena idea hacer una copia de su factura y de los recibos para sus registros.

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

- Usted no tiene que utilizar el formulario, pero nos ayuda a procesar la información más rápido.
- Descargue una copia del formulario de nuestro sitio web https://www.cloverhealth.com/en/members/plan-documents o llame a Servicios para los miembros y solicite el formulario. (En la portada posterior de este folleto encontrará los números de teléfono del Departamento de Servicios para los miembros).

Envíenos su solicitud de pago de reclamaciones médicas junto con cualquier factura o recibo a esta dirección:

Clover Health
Attention: Medical Claims
PO Box 471
Jersey City, NJ 07303

Debe presentarnos la reclamación dentro de los 12 meses a partir de la fecha en que recibió el servicio o artículo.

Envíenos su solicitud de pago de sus anteojos o de su examen de la vista de rutina fuera de la red junto con una copia de su tarjeta de identificación de miembro de Clover y cualquier factura o recibo a esta dirección:

EyeQuest
PO Box 433
Milwaukee, WI 53201-0433

Recibirá un reembolso dentro de los 7 a 10 días después de que EyeQuest haya recibido sus recibos. ¿Alguna pregunta? Llame a EyeQuest al (855) 343-7404.

Envíenos su solicitud de pago de un medicamento con receta junto con cualquier factura o recibo a esta dirección:

CVS Caremark
PO Box 52066
Phoenix, AZ 85072-2066

Debe presentarnos la reclamación dentro de los 36 meses a partir de la fecha en que recibió el servicio o artículo.

También puede llamar a nuestro plan para solicitar un pago. Para obtener más detalles, vaya al Capítulo 2, Sección 1 y consulte la sección titulada Dónde puede enviar una solicitud en la que se nos pide que paguemos la parte que nos corresponde del costo de la atención médica o de un medicamento que recibió.

Si tiene alguna pregunta, póngase en contacto con el Departamento de Servicios para los miembros (en la portada posterior de este folleto encontrará los números de teléfono). Si no sabe qué debería haber pagado, o recibe facturas y no sabe qué hacer con esas facturas,

podemos ayudarle. También puede llamar si desea darnos más información acerca de una solicitud de pago que nos haya enviado.

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

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

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

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento están cubiertos y que usted ha seguido todas las normas para obtener la atención o el medicamento, pagaremos nuestra parte del costo. Si ya ha pagado por el servicio o medicamento, le enviaremos por correo su reembolso de nuestra parte del costo. Si aún no ha pagado por el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo el pago directamente al proveedor. (El Capítulo 3 explica las normas que debe seguir para obtener servicios médicos cubiertos. El Capítulo 5 explica las normas que debe seguir para obtener los medicamentos con receta de la Parte D cubiertos).
- Si tomamos la decisión de *no* cubrir el medicamento o la atención médica o si usted *no* cumplió con todas las normas, no pagaremos la parte que nos corresponde del costo. En su lugar, le enviaremos una carta en la que se le explican las razones por las que no le estamos enviando el pago que solicitó y su derecho a apelar esa decisión.

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

Si usted piensa que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago o no está de acuerdo con el monto que estamos pagando, puede presentar una apelación. Si usted presenta una apelación, significa que nos está pidiendo que cambiemos la decisión que tomamos al rechazar su solicitud de pago.

Para obtener detalles sobre cómo presentar esta apelación, consulte el Capítulo 9 de este folleto (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura,*

apelaciones, quejas)). El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Si hacer una apelación es algo nuevo para usted, le será útil empezar por leer la Sección 4 del Capítulo 9. La Sección 4 es una sección introductoria que explica el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones y proporciona definiciones de términos tales como “apelación”. Después de que haya leído la Sección 4, puede pasar a la sección del Capítulo 9 que explica qué es lo que puede hacer en su caso:

- Si desea hacer una apelación acerca de cómo obtener el reembolso de un servicio médico, vaya a la Sección 5.3 del Capítulo 9.
- Si desea presentar una apelación acerca de cómo obtener el reembolso de un medicamento, vaya a la Sección 6.5 del Capítulo 9.

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

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

Existen algunas situaciones en las que debe informarnos sobre los pagos que ha realizado por sus medicamentos. En estos casos, no nos está solicitando un pago. Más bien, nos está informando sus pagos para que podamos calcular correctamente los costos que paga de su bolsillo. Esto puede ayudarle a reunir las condiciones para la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas más rápidamente.

Aquí hay dos situaciones en las que debe enviarnos los recibos para informarnos sobre los pagos que ha realizado por sus medicamentos:

1. **Cuando compra el medicamento a un precio menor que nuestro precio**

   A veces, cuando está en la Etapa del deducible y en la Etapa del período sin cobertura, puede comprar el medicamento en **una farmacia de la red** a un precio menor que el del plan.

   - Por ejemplo, una farmacia podría ofrecer un precio especial para el medicamento. O usted puede tener una tarjeta de descuento fuera de los beneficios del plan que ofrece un precio inferior.

- Excepto que se apliquen condiciones especiales, usted debe utilizar una farmacia de la red en estas situaciones y su medicamento debe estar incluido en nuestra Lista de medicamentos.
- Guarde su recibo y envíenos una copia para que podamos considerar los gastos de su bolsillo en su calificación para la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.
- **Tenga en cuenta lo siguiente:** si está en la Etapa del deducible y en la Etapa de período sin cobertura, no pagaremos ninguna parte de estos costos de los medicamentos. El envío del recibo nos permite calcular correctamente los costos que paga de su bolsillo y puede ayudarle a reunir más rápidamente las condiciones para la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

2. Cuando usted recibe un medicamento a través de un programa de asistencia al paciente de un fabricante de medicamentos

Algunos miembros están inscritos en un Programa de Asistencia al Paciente de un fabricante de medicamentos fuera de los beneficios del plan. Si usted recibe un medicamento a través de un programa ofrecido por un fabricante de medicamentos, es posible que deba pagar un copago al Programa de Asistencia al Paciente.

- Guarde su recibo y envíenos una copia para que podamos considerar los gastos de su bolsillo en su calificación para la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.
- **Tenga en cuenta lo siguiente:** puesto que usted está recibiendo el medicamento a través del Programa de Asistencia al Paciente y no a través de los beneficios del plan, este no pagará ninguna parte de los costos de estos medicamentos. El envío del recibo nos permite calcular correctamente los costos que paga de su bolsillo y puede ayudarle a reunir más rápidamente las condiciones para la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

Debido a que no está solicitando un pago en ninguno de los dos casos descritos anteriormente, estas situaciones no se consideran decisiones de cobertura. Por lo tanto, usted no puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión.

CAPÍTULO 8

Sus derechos y responsabilidades

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos como miembro del plan 183

Section 1.1 We must provide information in a way that works for you (in languages other than English, in Braille, in large print, or other alternate formats, etc.) 183

Sección 1.1 Debemos proporcionar información de una manera que funcione para usted (en idiomas diferentes al inglés, en Braille, en letra grande o en otros formatos alternativos, etc. 183

Sección 1.2 Debemos tratarle con imparcialidad y respeto en todo momento 184

Sección 1.3 Debemos asegurarnos de que tiene acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos 184

Sección 1.4 Debemos proteger la privacidad de su información personal de salud 185

Sección 1.5 Debemos proporcionarle información acerca del plan, su red de proveedores y sus servicios cubiertos 186

Sección 1.6 Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su atención 188

Sección 1.7 Usted tiene derecho a presentar quejas y pedirnos reconsiderar decisiones que hayamos tomado 190

Sección 1.8 ¿Qué puede hacer si siente que está siendo tratado injustamente o que sus derechos no son respetados? 191

Sección 1.9 ¿Cómo puede obtener más información sobre sus derechos? 191

SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan 192

Sección 2.1 ¿Cuáles son sus responsabilidades? 192

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos como miembro del plan

Section 1.1 We must provide information in a way that works for you (in languages other than English, in Braille, in large print, or other alternate formats, etc.)

To get information from us in a way that works for you, please call Member Services (phone numbers are printed on the back cover of this booklet).

Our plan has people and free interpreter services available to answer questions from disabled and non-English speaking members. Written materials are also available in Spanish. We can also give you information in Braille, in large print, or other alternate formats at no cost if you need it. We are required to give you information about the plan's benefits in a format that is accessible and appropriate for you. To get information from us in a way that works for you, please call Member Services (phone numbers are printed on the back cover of this booklet) or contact the Chief Compliance Officer at 877-284-6962 or compliance@cloverhealth.com.

If you have any trouble getting information from our plan in a format that is accessible for you, please call to file a grievance with Clover Health Plan. You may also file a complaint with Medicare by calling 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) or directly with the Office for Civil Rights, Contact information is included in this Evidence of Coverage or with this mailing, or you may contact Member Services at 1-888-657-1207 or 711 for additional information.

Sección 1.1 Debemos proporcionar información de una manera que funcione para usted (en idiomas diferentes al inglés, en Braille, en letra grande o en otros formatos alternativos, etc.

Para obtener información sobre nosotros de una manera que sea conveniente para usted, llame al Departamento de Servicios para los miembros (los números de teléfono se encuentran impresos en la portada posterior de este folleto).

Nuestro plan cuenta con personal y servicios de interpretación gratuitos disponibles para responder las preguntas de los miembros con discapacidades o que no hablan español. Los materiales escritos también están disponibles en español. También podemos proporcionarle información en braille, en tamaño de letra grande o en otros formatos alternativos sin costo, si lo necesita. Debemos proporcionarle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y adecuado en su caso. Para obtener información sobre nosotros

de una manera que sea conveniente para usted, llame al Departamento de Servicios para los miembros (los números de teléfono se encuentran impresos en la portada posterior de este folleto), o póngase en contacto con el director de la Oficina de Cumplimiento. Para ello, llame al 877-284-6962 o envíe un correo electrónico a compliance@cloverhealth.com.

Si tiene dificultad para obtener información sobre nuestro plan en un formato que sea accesible para usted, llame para presentar un reclamo ante Clover Health Plan. También puede presentar una queja ante Medicare si llama al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o, directamente, ante la Oficina de Derechos Civiles (la información de contacto está incluida en esta Evidencia de cobertura o en este correo). O puede ponerse en contacto con el Departamento de Servicios para los miembros al 1-888-657-1207 o al 711 para obtener información adicional.

Sección 1.2 Debemos tratarle con imparcialidad y respeto en todo momento

Nuestro plan debe cumplir con las leyes que lo protegen contra la discriminación o la falta de imparcialidad. **No discriminamos** por cuestiones de raza, origen étnico, nacionalidad, religión, sexo, edad, discapacidad física o mental, estado de salud, experiencia en reclamaciones, historia clínica, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio.

Si desea obtener más información o tiene alguna inquietud en cuanto a discriminación o un trato que no ha sido imparcial, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a la Oficina de Derechos Civiles de su localidad.

Si usted tiene una discapacidad y necesita ayuda con el acceso a su atención médica, llámenos al Departamento de Servicios para los miembros (en la portada posterior de este folleto encontrará los números de teléfono). Si usted tiene una queja, como un problema de acceso para sillas de ruedas, el Departamento de Servicios para los miembros puede ayudarle.

Sección 1.3 Debemos asegurarnos de que tiene acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos

Usted tiene derecho a elegir un proveedor de la red del plan. Llame al Departamento de Servicios para los miembros para saber qué médicos aceptan nuevos pacientes (en la portada posterior de este folleto encontrará los números de teléfono). También tiene derecho a consultar a un especialista en salud de la mujer (como un ginecólogo), sin necesidad de obtener un referido, y pagar el monto del costo compartido dentro de la red.

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

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

Sección 1.4 Debemos proteger la privacidad de su información personal de salud

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

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

¿Cómo protegemos la privacidad de su información de salud?

- Nos aseguramos de que personas no autorizadas no vean ni cambien sus registros.
- En la mayoría de los casos, si le suministramos su información de salud a otra persona que no le brinda atención ni paga por ella, *tenemos la obligación de pedirle su autorización por escrito antes de hacerlo*. El permiso por escrito puede ser dado por usted o por alguien a quien usted le haya dado el poder legal de tomar decisiones en su nombre.
- Hay ciertas excepciones que no nos obligan a obtener antes su permiso por escrito. Estas excepciones son permitidas o requeridas por la ley.

- Por ejemplo, se nos exige dar a conocer información de salud a agencias del gobierno que controlan la calidad de la atención.
- Dado que usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, se nos requiere proporcionarle a Medicare su información de salud, incluida la información acerca de sus medicamentos con receta de la Parte D. Si Medicare da a conocer su información para investigación u otros usos, esto se hará de acuerdo con los estatutos y reglamentos federales.

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

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

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

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su información personal de salud, llame al Departamento de Servicios para los miembros (en la portada posterior de este folleto encontrará los números de teléfono).

Sección 1.5 Debemos proporcionarle información acerca del plan, su red de proveedores y sus servicios cubiertos

Como miembro de Clover Health NJ Classic Aqua (PPO), usted tiene derecho a obtener de nosotros varios tipos de información. (Como se explicó anteriormente en la Sección 1.1, usted tiene derecho a que le proporcionemos información de una manera que sea conveniente para usted. Esto incluye la obtención de información en idiomas diferentes del español y en tamaño de letra grande o en otros formatos alternativos).

Si desea obtener cualquiera de los siguientes tipos de información, llame al Departamento de Servicios para los miembros (en la portada posterior de este folleto encontrará los números de teléfono):

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye; por ejemplo, información sobre la situación financiera del plan. También incluye información sobre el número de apelaciones hechas por los miembros y la evaluación del rendimiento del plan, incluida

la forma en que ha sido calificado por los miembros del plan y cómo se compara con otros planes de salud de Medicare.

- **Información acerca de nuestros proveedores de la red, incluidas las farmacias de nuestra red.**
    - Por ejemplo, usted tiene derecho a obtener de nosotros información sobre las calificaciones de los proveedores y las farmacias de nuestra red y cómo les pagamos a los proveedores de nuestra red.
    - Para obtener una lista de los proveedores de la red del plan, consulte el Directorio de proveedores de Clover Health.
    - Para obtener una lista de las farmacias de la red del plan, consulte el Directorio de farmacias de Clover Health.
    - Para obtener información más detallada sobre los proveedores o las farmacias, puede llamar a Servicios para los miembros (en la portada posterior de este folleto encontrará los números de teléfono) o visitar nuestro sitio web en https://www.cloverhealth.com.
- **Información acerca de su cobertura y las normas que debe seguir para usarla.**
    - En los Capítulos 3 y 4 de este folleto, se explica qué servicios médicos tienen cobertura para usted, cualquier restricción a su cobertura, y qué normas debe seguir para obtener la cobertura de sus servicios médicos.
    - Para obtener más detalles sobre la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D, consulte el Capítulo 5 y el Capítulo 6 de este folleto, y la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan. En estos capítulos, además de la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario),* se describe qué medicamentos están cubiertos y las normas que debe cumplir, así como las restricciones que se aplican a la cobertura para determinados medicamentos.
    - Si tiene preguntas sobre las normas o restricciones, llame al Departamento de Servicios para los miembros (en la portada posterior de este folleto encontrará los números de teléfono).
- **Información sobre los motivos por lo que algo no está cubierto y lo que puede hacer al respecto.**
    - Si un servicio médico o medicamento de la Parte D no tiene cobertura para usted, o si su cobertura tiene algún tipo de restricción, puede pedirnos una explicación por escrito. Usted tiene derecho a esta explicación, incluso si recibió el servicio médico o el medicamento de un proveedor o farmacia fuera de la red.

- Si usted no está satisfecho o si está en desacuerdo con una decisión que tomamos sobre qué atención médica o medicamento de la Parte D está cubierto para usted, tiene derecho a pedirnos que cambiemos la decisión. Nos puede pedir que cambiemos la decisión a través de una apelación. Para obtener más información sobre qué hacer si algo no está cubierto para usted de la manera que usted considera que debería estarlo, consulte el Capítulo 9 de este folleto. Le proporciona los detalles sobre cómo presentar una apelación si desea que cambiemos nuestra decisión. (El Capítulo 9 también explica cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera y otros asuntos).
- Si quiere pedirle a nuestro plan que pague la parte correspondiente de una factura que recibió por concepto de atención médica o de un medicamento con receta de la Parte D, consulte el Capítulo 7 de este folleto.

Sección 1.6 Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su atención

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

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

Usted también tiene derecho a participar plenamente en las decisiones sobre su atención médica. Para ayudarle a tomar decisiones con sus médicos acerca de qué tratamiento es mejor para usted, sus derechos son los siguientes:

- **Saber acerca de todas sus opciones.** Esto significa que usted tiene derecho a que se le informe sobre todas las opciones de tratamiento que se recomiendan para su condición, independientemente de su precio o si son cubiertas por nuestro plan. También incluye la información sobre los programas que nuestro plan ofrece para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos y usarlos de forma segura.
- **Saber acerca de los riesgos.** Usted tiene el derecho a que se le informe sobre los riesgos involucrados en su atención médica. Se le debe informar por adelantado si alguna atención médica o tratamiento propuesto es parte de un experimento de investigación. Usted siempre tiene la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.

- **El derecho a decir "no".** Tiene derecho a negarse a recibir el tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a retirarse de un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja quedarse. También tiene el derecho a dejar de tomar su medicamento. Desde luego que si rechaza el tratamiento o deja de tomar la medicación, usted acepta la responsabilidad plena de lo que le ocurra a su cuerpo como consecuencia de ello.
- **Recibir una explicación si se le niega la cobertura para su atención.** Usted tiene derecho a que nosotros le brindemos una explicación si un proveedor ha negado una atención que usted considera que debería recibir. Para recibir esta explicación, usted deberá pedirnos una decisión de cobertura. El Capítulo 9 de este folleto indica cómo pedirle al plan una decisión de cobertura.

Usted tiene derecho a dar instrucciones sobre lo que debe hacerse si está inhabilitado para tomar decisiones médicas por usted mismo

A veces, las personas no pueden tomar decisiones sobre su atención médica por sí solas a causa de algún accidente o enfermedad grave. Usted tiene derecho a decir lo que desea que suceda si está en esta situación. Esto significa que, *si así lo desea*, usted puede realizar lo siguiente:

- Llenar un formulario por escrito para otorgarle a **alguien la autoridad legal para tomar decisiones médicas por usted** en caso de que alguna vez no tenga la capacidad de tomar decisiones por sí mismo.
- **Darles a sus médicos instrucciones por escrito** acerca de cómo desea que manejen su atención médica en caso de que no tenga la capacidad para tomar decisiones por sí mismo.

Los documentos legales que puede utilizar para dar sus instrucciones con anticipación para estos casos específicos se denominan **"instrucciones anticipadas"**. Existen diferentes tipos de instrucciones anticipadas y nombres diferentes para ellas. Los documentos denominados **"testamento vital"**, **"poder de representación para las decisiones de atención médica"** son ejemplos de instrucciones anticipadas.

Si desea utilizar una "instrucción anticipada", para dar a conocer sus instrucciones, esto es lo que debe hacer:

- **Obtener el formulario.** Si desea preparar instrucciones anticipadas, puede pedirle un formulario a su abogado o al asistente social o puede conseguirlo en algunas tiendas de artículos para oficina. A veces se pueden obtener formularios de instrucciones anticipadas de organizaciones que ofrecen información sobre Medicare.

- **Completarlo y firmarlo.** Independientemente de donde obtenga este formulario, tenga en cuenta que se trata de un documento legal. Usted debe considerar solicitarle a un abogado que le ayude a prepararlo.
- **Entregarles copias a las personas pertinentes.** Usted debe entregarles una copia del formulario a su médico y a la persona que nombre en el formulario como la persona que toma las decisiones por usted si usted no puede hacerlo. Quizás desee darles copias a algunos amigos cercanos o miembros de la familia también. Asegúrese de guardar una copia en casa.

Si sabe con anticipación que deberá hospitalizarse y ha firmado instrucciones anticipadas, **lleve una copia cuando vaya al hospital.**

- Si usted ingresa al hospital, se le preguntará si ha firmado un formulario de instrucciones anticipadas y si lo lleva con usted.
- Si no ha firmado un formulario de instrucciones anticipadas, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntarán si desea firmar uno.

Recuerde que es su elección si desea llenar un formulario de instrucciones anticipadas (incluso si desea firmar uno estando en el hospital). Según la ley, nadie puede negarse a brindarle atención ni puede discriminarlo por haber firmado o no instrucciones anticipadas.

¿Qué pasa si sus instrucciones no se siguen?

Si ha firmado instrucciones anticipadas y cree que un médico o el hospital no han respetado las instrucciones que allí menciona, puede presentar una queja ante el Departamento de Salud del estado de Nueva Jersey.

Sección 1.7 Usted tiene derecho a presentar quejas y pedirnos reconsiderar decisiones que hayamos tomado

Si tiene algún problema o inquietud sobre la atención o los servicios cubiertos, el Capítulo 9 de este folleto le indica qué puede hacer. Proporciona los detalles sobre cómo tratar todo tipo de problemas y quejas. Lo que debe hacer para el seguimiento de un problema o inquietud depende de la situación. Es posible que deba pedirle a nuestro plan tomar una decisión de cobertura para usted, presentar ante nosotros una apelación para cambiar una decisión de cobertura o presentar una queja. Independientemente de lo que haga, ya sea solicitar una decisión de cobertura, presentar una apelación, o presentar una queja, **estamos obligados a tratarlo con imparcialidad.**

Usted tiene derecho a obtener un resumen de información sobre las apelaciones y quejas que otros miembros han presentado en el pasado en contra de nuestro plan. Para obtener esta información, llame al Departamento de Servicios para los miembros (en la portada posterior de este folleto encontrará los números de teléfono).

Sección 1.8 ¿Qué puede hacer si siente que está siendo tratado injustamente o que sus derechos no son respetados?

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

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

¿Se trata de algo diferente?

Si siente que ha sido tratado injustamente o que sus derechos no han sido respetados, *y no* se trata de discriminación, puede obtener ayuda para tratar el problema que está enfrentando:

- Puede **llamar al Departamento de Servicios para los miembros** (en la portada posterior de este folleto encontrará los números de teléfono).
- Puede llamar al **Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud.** Para obtener más información sobre esta organización y cómo contactarla, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
- O **puede llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 1.9 ¿Cómo puede obtener más información sobre sus derechos?

Hay varios lugares donde puede obtener más información sobre sus derechos:

- Puede **llamar al Departamento de Servicios para los miembros** (en la portada posterior de este folleto encontrará los números de teléfono).

- Puede llamar al **Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud.** Para obtener más información sobre esta organización y cómo contactarla, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
- Puede comunicarse con **Medicare.**
    - Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación "Your Medicare Rights & Protections" (Sus derechos y protecciones de Medicare) en: https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534.pdf.)
    - También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan

Sección 2.1 ¿Cuáles son sus responsabilidades?

Lo que tiene que hacer como miembro del plan se enumera a continuación. Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para los miembros (en la portada posterior de este folleto encontrará los números de teléfono). Estamos aquí para ayudar.

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las normas que debe seguir para obtenerlos.** En este folleto sobre la Evidencia de cobertura, aprenderá lo que está cubierto y las normas que debe cumplir para obtener estos servicios cubiertos.
    - Los Capítulos 3 y 4 dan más detalles sobre sus servicios médicos, incluido lo que está cubierto, lo que no está cubierto, las normas a seguir, y lo que paga.
    - Los Capítulos 5 y 6 dan más detalles sobre su cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.
- Si, además de nuestro plan, tiene cobertura de otro seguro de salud u otra cobertura para medicamentos con receta, debe comunicárnoslo. Llame a Servicios para los miembros para informarnos (en la portada posterior de este folleto encontrará los números de teléfono).
    - Debemos seguir ciertas normas establecidas por Medicare para asegurarnos de que usted utilice la totalidad de su cobertura en combinación cuando obtenga los servicios cubiertos de nuestro plan. A esto se lo denomina **"coordinación de beneficios"** porque implica la coordinación de los beneficios de salud y medicamentos que obtiene de nuestro plan con cualquier otro

beneficio de salud y medicamentos a su disposición. Le ayudaremos a coordinar sus beneficios. (Para obtener más información sobre la coordinación de beneficios, consulte la Sección 10 del Capítulo 1).

- **Dígale a su médico y a otros proveedores de atención médica que está inscrito en nuestro plan.** Muestre la tarjeta de miembro del plan cada vez que obtenga atención médica o medicamentos con receta de la Parte D.
- **Permita que sus médicos y otros proveedores le ayuden dándole información, haciendo preguntas y realizando un seguimiento de su atención médica.**
    - Para ayudar a que sus médicos y otros proveedores de servicios de salud le den la mejor atención, aprenda todo lo que pueda acerca de sus problemas de salud y proporcióneles la información que necesitan sobre usted y su salud. Siga las instrucciones y planes de tratamiento que usted y sus médicos acordaron.
    - Asegúrese de que los médicos conozcan todos los medicamentos que está tomando, incluso los medicamentos de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
    - Si usted tiene preguntas, no dude en hacerlas. Se espera que sus médicos y otros proveedores de atención médica expliquen las cosas de una manera que usted pueda entender. Si hace una pregunta, pero no entiende la respuesta que recibió, pregunte nuevamente.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que usted actúe de una manera que contribuya al buen funcionamiento del consultorio de su médico, hospitales y otras oficinas.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:
    - Para poder ser elegible para nuestro plan, usted debe poseer la Parte A y la Parte B de Medicare. Por ello, algunos miembros del plan deben pagar una prima para la Parte A de Medicare y la mayoría de los miembros del plan debe pagar una prima para la Parte B para poder seguir siendo miembros del plan.
    - Para la mayoría de sus servicios médicos o medicamentos cubiertos por el plan, usted debe pagar su parte del costo al recibir el servicio o el medicamento. Habrá un copago (un monto fijo) o coseguro (un porcentaje del costo total). El Capítulo 4 le informa lo que usted debe pagar por sus servicios médicos. El Capítulo 6 le informa lo que usted debe pagar por sus medicamentos con receta de la Parte D.
        - Si usted recibe algún servicio médico o medicamento que no estén cubiertos por nuestro plan, o por otro seguro que pueda tener, debe pagar el costo total.

        - Si no está de acuerdo con nuestra decisión de negarle la cobertura de un servicio o medicamento, puede presentar una apelación. Consulte el Capítulo 9 de este folleto para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

- **Díganos si cambia de domicilio.** Si se va a mudar, es importante que nos lo comunique de inmediato. Llame a Servicios para los miembros (en la portada posterior de este folleto encontrará los números de teléfono).
    - **Si se muda *fuera* del área de servicio de nuestro plan, no puede seguir siendo miembro del plan.** (El Capítulo 1 informa sobre nuestra área de servicio). Podemos ayudarle a averiguar si se está mudando fuera de nuestra área de servicio. Si se va de nuestra área de servicio, tendrá un Período de inscripción especial en el que puede inscribirse en cualquier plan de Medicare disponible en su nueva área. Podemos averiguar si contamos con algún plan en la nueva área.
    - **Incluso si se muda *dentro* del área de servicio**, **debemos estar al tanto de** esto para mantener actualizado su registro de membresía y para saber cómo podemos ponernos en contacto con usted.
    - Si se muda, también es importante que se lo comunique al Seguro Social (o a la Junta de Retiro Ferroviario). Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto de estas organizaciones en el Capítulo 2.
- **Llame a Servicios para los miembros para obtener ayuda si tiene preguntas o inquietudes.** También aceptamos con agrado cualquier sugerencia que pueda tener para mejorar nuestro plan.
    - Los números de teléfono y las horas en las que puede llamar al Departamento de Servicios para los miembros se indican en la portada posterior de este folleto.
    - Para obtener más información sobre cómo ponerse en contacto con nosotros, incluida nuestra dirección de correo, consulte el Capítulo 2.

CAPÍTULO 9

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

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

ANTECEDENTES 199

SECCIÓN 1 Introducción 199

Sección 1.1 Lo que debe hacer si tiene un problema o una inquietud 199

Sección 1.2 Acerca de los términos legales 199

SECCIÓN 2 Usted puede obtener ayuda de las organizaciones gubernamentales que no estén relacionadas con nosotros 200

Sección 2.1 Dónde obtener más información y asistencia personalizada 200

SECCIÓN 3 Para tratar su problema, ¿qué proceso debe utilizar? 201

Sección 3.1 ¿Debe usar el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones? ¿O debe utilizar el proceso para presentar quejas? 201

DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES 202

SECCIÓN 4 Una guía para los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones 202

Sección 4.1 Cómo solicitar decisiones sobre la cobertura y presentar apelaciones: el panorama general 202

Sección 4.2 Cómo obtener ayuda cuando está pidiendo una decisión de cobertura o presentando una apelación 203

Sección 4.3 ¿Cuál sección de este capítulo proporciona los detalles de su situación? 204

SECCIÓN 5 Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación 205

Sección 5.1 En esta sección se le indica qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura para atención médica o si desea que le reembolsemos nuestra parte del costo de su atención 205

Sección 5.2 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura (cómo pedirle al plan que autorice o brinde cobertura para la atención médica que desea) 208

Sección 5.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 (cómo pedir una revisión de una decisión de cobertura sobre atención médica tomada por nuestro plan) 212
Sección 5.4 Paso a paso: Cómo se realiza una apelación de Nivel 2 216
Sección 5.5 ¿Qué sucede si nos está pidiendo que le paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por concepto de atención médica? 218

SECCIÓN 6 Medicamentos con receta de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación 219
Sección 6.1 En esta sección se le indica qué hacer si tiene problemas para recibir un medicamento de la Parte D o si quiere que le reembolsemos un medicamento de la Parte D 220
Sección 6.2 ¿Qué es una excepción? 222
Sección 6.3 Aspectos importantes que debe saber acerca de pedir excepciones 224
Sección 6.4 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción 225
Sección 6.5 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 (cómo pedir una revisión de una decisión de cobertura tomada por nuestro plan) 230
Sección 6.6 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 233

SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto 235
Sección 7.1 Durante la hospitalización, recibirá un aviso por escrito de Medicare, donde se le explicarán sus derechos 236
Sección 7.2 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha del alta del hospital 238
Sección 7.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha del alta del hospital 242
Sección 7.4 ¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar una apelación de Nivel 1? 243

SECCIÓN 8 Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto 247

Sección 8.1 *Esta sección trata solo acerca de tres servicios:* Servicios de atención médica a domicilio, en un centro de atención de enfermería especializada y servicios en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Externos (CORF) 247

Sección 8.2 Le comunicaremos por adelantado cuándo se cancelará su cobertura ... 248

Sección 8.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo 249

Sección 8.4 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo 253

Sección 8.5 ¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar una apelación de Nivel 1? 254

SECCIÓN 9 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y más allá 258

Sección 9.1 Niveles 3, 4 y 5 para apelaciones de servicios médicos 258

Sección 9.2 Niveles 3, 4 y 5 de apelaciones para medicamentos de la Parte D 259

PRESENTACIÓN DE QUEJAS 261

SECCIÓN 10 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los plazos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes 261

Sección 10.1 ¿Qué tipos de problemas se tratan en el proceso de quejas? 261

Sección 10.2 El nombre formal para “presentar una queja” es “interponer un reclamo” 263

Sección 10.3 Paso a paso: Presentación de una queja 264

Sección 10.4 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención a la Organización para la Mejora de la Calidad 265

Sección 10.5 También puede informarle a Medicare acerca de su queja 266

ANTECEDENTES

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Lo que debe hacer si tiene un problema o una inquietud

Este capítulo explica dos tipos de procesos para el manejo de problemas e inquietudes:

- En su lugar, debe usar el **proceso para decisiones de cobertura y apelaciones.**
- Para otros tipos de problemas, debe utilizar el **proceso para presentación de quejas.**

Ambos procesos han sido aprobados por Medicare. Para garantizar la imparcialidad y la pronta tramitación de sus problemas, cada proceso tiene un conjunto de normas, procedimientos y plazos que usted y nosotros debemos seguir.

¿Cuál utiliza? Eso depende del tipo de problema que tenga. La guía de la Sección 3 le ayudará a identificar el proceso correcto a seguir.

Sección 1.2 Acerca de los términos legales

Existe terminología legal para algunas de las normas, procedimientos y tipos de plazos que se explican en este capítulo. Muchos de estos términos son desconocidos para la mayoría de las personas y pueden ser difíciles de entender.

Para simplificar las cosas, este capítulo explica las normas y los procedimientos legales con palabras más simples en vez de utilizar ciertos términos legales. Por ejemplo, en este capítulo aparece “presentar una queja” en lugar de “interponer un reclamo”, “decisión de cobertura” en lugar de “determinación de la organización” o “determinación de cobertura”, y “Organización de revisión independiente” en lugar de “Entidad de revisión independiente”. También se evita al máximo el uso de abreviaturas.

No obstante, puede resultarle útil y, a veces, es bastante importante, conocer los términos legales correctos para la situación en la que se encuentra. Saber qué términos emplear le permitirá comunicarse con mayor claridad y precisión cuando quiera tratar algún problema y obtener la ayuda o información adecuadas para usted. Para ayudarle a saber qué términos utilizar, incluimos términos legales cuando damos los detalles para el manejo de determinados tipos de situaciones.

SECCIÓN 2 Usted puede obtener ayuda de las organizaciones gubernamentales que no estén relacionadas con nosotros

Sección 2.1 Dónde obtener más información y asistencia personalizada

Algunas veces, puede ser confuso iniciar o seguir el proceso para tratar un problema. Esto puede ser especialmente cierto si no se siente bien o no tiene suficiente energía. Otras veces, es posible que no tenga el conocimiento que necesita para dar el siguiente paso.

Obtenga ayuda de una organización gubernamental independiente

Siempre estamos a su disposición para ayudarle. Pero en algunas situaciones es posible que también quiera la ayuda o la orientación de alguien que no tenga relación con nosotros. Siempre puede comunicarse con su **Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP).** Este programa gubernamental ha formado asesores en cada estado. El programa no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los asesores de este programa pueden ayudarle a comprender el proceso que debe utilizar para tratar el problema que tenga. Además, ellos también pueden responder sus preguntas, darle más información y orientarlo sobre lo que debe hacer.

Los servicios ofrecidos por los asesores del SHIP son gratuitos. En la Sección 3 del Capítulo 2 de este folleto, encontrará los números de teléfono.

También puede obtener ayuda e información de Medicare

Para obtener más información y ayuda en el manejo de un problema, también puede ponerse en contacto con Medicare. A continuación, se incluyen dos maneras de obtener información directamente de Medicare:

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

SECCIÓN 3 Para tratar su problema, ¿qué proceso debe utilizar?

Sección 3.1 ¿Debe usar el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones? ¿O debe utilizar el proceso para presentar quejas?

Si tiene un problema o una inquietud, solo necesita leer las partes del capítulo que se aplican a su situación. La guía que sigue le será útil.

Para saber qué parte de este capítulo lo ayudará con su problema o inquietud específica, **EMPIECE AQUÍ**.

¿Su problema o inquietud tiene que ver con sus beneficios o cobertura?

(Esto incluye los problemas sobre si la atención médica o los medicamentos con receta en particular están cubiertos o no, la forma en que están cubiertos y los problemas relacionados con el pago de la atención médica o los medicamentos con receta).

Sí. Mi problema es sobre los beneficios o la cobertura.

Vaya a la sección siguiente de este capítulo, **Sección 4, "Una guía para los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones".**

No. Mi problema no es sobre los beneficios o la cobertura.

Vaya a la **Sección 10**, al final de este capítulo: **"Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los plazos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes".**

DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES

SECCIÓN 4 Una guía para los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones

Sección 4.1 Cómo solicitar decisiones sobre la cobertura y presentar apelaciones: el panorama general

El proceso para las decisiones de cobertura y las apelaciones trata los problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura de servicios médicos y medicamentos con receta, incluso los problemas relacionados con el pago. Este es el proceso que usted usa para asuntos tales como determinar si algo tiene cobertura o no y la forma en que está cubierto.

Petición de decisiones de cobertura

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y la cobertura o con relación al monto que pagaremos por sus servicios médicos o medicamentos. Por ejemplo, su médico de la red del plan toma una decisión de cobertura (favorable) para usted siempre que reciba atención médica de él o si su médico de la red lo remite a un especialista. Usted o su médico también puede contactarnos y pedirnos una decisión de cobertura si su médico no está seguro si cubriremos un servicio médico particular o nos rehusamos a brindarle la atención médica que usted cree que necesita. En otras palabras, si usted quiere saber si cubriremos un servicio médico antes de recibirlo, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura para usted.

Tomamos una decisión de cobertura para usted cada vez que decidimos lo que está cubierto para usted y cuánto tenemos que pagar. En algunos casos, podríamos decidir que el servicio o el medicamento no está cubierto o que ya no tiene cobertura de Medicare para usted. Si está en desacuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura y no se siente satisfecho con ella, usted puede “apelar” la decisión. Una apelación es una manera formal de pedirnos revisar y modificar una decisión de cobertura que hayamos tomado.

Cuando apela una decisión por primera vez, esto se denomina apelación de Nivel 1. En este tipo de apelación, revisamos la decisión de cobertura que hemos tomado para comprobar si seguimos todas las normas correctamente. Su apelación es leída por personas diferentes de las que tomaron la decisión desfavorable original. Cuando hayamos completado la revisión, le comunicaremos nuestra decisión. En ciertas circunstancias, que analizaremos más adelante, puede solicitar una "decisión rápida (o acelerada) de cobertura", o una apelación rápida de una decisión de cobertura.

Si se rechaza su apelación de Nivel 1, puede pasar a una apelación de Nivel 2. A la apelación de Nivel 2, la evalúa una organización independiente que no está conectada con nuestro plan. (En algunas situaciones, su caso se enviará automáticamente a la organización independiente para una apelación de Nivel 2. Si esto sucede, se lo comunicaremos. En otras situaciones, usted nos pedirá una apelación de Nivel 2). Si no está satisfecho con la decisión de la apelación de Nivel 2, es posible que pueda avanzar a niveles adicionales de apelación.

Sección 4.2 Cómo obtener ayuda cuando está pidiendo una decisión de cobertura o presentando una apelación

¿Desea algún tipo de ayuda? Estos son los recursos que puede utilizar si decide solicitar algún tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- Nos **puede llamar al Departamento de Servicios para los miembros** (en la portada posterior de este folleto encontrará los números de teléfono).
- Para **obtener ayuda gratuita de una organización independiente** que no esté relacionada con nuestro plan, póngase en contacto con su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (consulte la Sección 2 de este capítulo).
- **Su médico puede realizar la solicitud por usted.**
    - Su médico puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 para la atención médica en su nombre. Si se rechaza su apelación de Nivel 1, esta se enviará automáticamente al Nivel 2. Para solicitar cualquier apelación posterior al Nivel 2, su médico debe ser designado como su representante.
    - Para los medicamentos con receta de la Parte D, su médico u otra persona autorizada a dar recetas puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 o 2 en su nombre. Para solicitar cualquier apelación posterior al Nivel 2, su médico u otra persona autorizada a dar recetas debe ser designado como su representante.

- **Puede solicitar que alguien intervenga en su nombre.** Si así lo desea, puede designar a otra persona para que intervenga en su nombre como su representante, para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
    - Puede haber alguien que ya esté legalmente autorizado para actuar como su representante en virtud de la ley estatal.
    - Si quiere que un amigo, pariente, su médico u otro proveedor, u otra persona sea su representante, llame al Departamento de Servicios para los miembros (en la portada posterior de este folleto encontrará los números de teléfono) y pida el formulario "Nombramiento de representante legal". (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare: https://www.cms.hhs.gov/cmsforms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en https://www.cloverhealth.com. El formulario le da permiso a esa persona de actuar en su nombre. El formulario debe estar firmado por usted y por la persona que usted desea que actúe en su nombre. Usted debe darle al plan una copia del formulario firmado.
- **También tiene derecho a contratar a un abogado para que actúe por usted.** Puede ponerse en contacto con su propio abogado o buscar a otro profesional del colegio de abogados de su localidad o a través de otro servicio de referidos. También existen grupos que le proporcionarán servicios legales gratuitos si usted reúne los requisitos. Sin embargo, **no es obligatorio que contrate a un abogado** para que pida algún tipo de decisión de cobertura o apelación de una decisión.

Sección 4.3 ¿Cuál sección de este capítulo proporciona los detalles de su situación?

Existen cuatro tipos diferentes de situaciones que suponen decisiones de cobertura y apelaciones. Dado que cada situación tiene diferentes normas y plazos, damos los detalles de cada uno 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 con receta de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación".
- **Sección 7** de este capítulo: "Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto".

- **Sección 8** de este capítulo: “Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto” (*se aplica solo a estos servicios:* atención médica a domicilio, en un centro de atención de enfermería especializada y servicios en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Externos (CORF)).

Si no está seguro de qué sección debe estar usando, llame a Servicios para los miembros (en la portada posterior de este folleto encontrará impresos los números de teléfono). También puede obtener ayuda o información de organizaciones gubernamentales, como su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (en la Sección 3 del Capítulo 2 de este folleto se indican los números de teléfono para este programa).

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

¿Leyó la Sección 4 de este capítulo (*Una guía para “los fundamentos” de las decisiones de cobertura y las apelaciones*)? Si no lo ha hecho, tal vez le convenga leerla antes de comenzar con esta sección.

Sección 5.1 En esta sección se le indica qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura para atención médica o si desea que le reembolsemos nuestra parte del costo de su atención

En esta sección se describen los beneficios que tiene en cuanto a servicios y atención médica. Estos beneficios se detallan en el Capítulo 4 de este folleto: *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar).* Para simplificar las cosas, en general, hablaremos de “cobertura para atención médica” o “atención médica” en el resto de esta sección, en lugar de repetir cada vez las expresiones “atención, tratamiento o servicios médicos”.

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

1. No está recibiendo la atención médica que quiere y considera que el plan cubre dicha atención.

2. Nuestro plan no aprobará la atención médica que desea brindarle su médico u otro proveedor médico, y usted considera que el plan cubre dicha atención.
3. Recibió atención o servicios médicos que considera que el plan debería cubrir, pero le hemos comunicado que no pagaremos dicha atención.
4. Recibió atención o servicios médicos, y pagó por ellos, y considera que el plan debería cubrirlos, por lo que desea solicitar que el plan le reembolse el costo de esta atención.
5. Se le comunica que la cobertura que tenía para determinados servicios de atención médica que estaba recibiendo se reducirá o interrumpirá, y usted considera que esto podría perjudicar su salud.
    - NOTA: **Si la cobertura que se va a interrumpir es para atención hospitalaria, servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada o servicios en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Externos (CORF)**, debe leer otra sección dentro de este capítulo porque se aplican normas especiales para estos tipos de atención. Esto es lo que debe leer en tales situaciones:
        - Sección 7 del Capítulo 9: *Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto*.
        - Sección 8 del Capítulo 9: *Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto*. Esta sección trata solo acerca de tres servicios: servicios de atención médica a domicilio, en un centro de atención de enfermería especializada y servicios en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Externos (CORF).
    - Para *todas las demás* situaciones en las que se le haya dicho que la atención médica que ha estado recibiendo será suspendida, use esta sección (Sección 5) como su guía sobre lo que tiene que hacer.

¿En cuál de estas situaciones se encuentra usted?

Si está en esta situación:	Esto es lo que puede hacer:
¿Desea saber si vamos a cubrir la atención médica o los servicios que usted quiere?	Nos puede solicitar que tomemos una decisión de cobertura para usted. Vaya a la sección siguiente de este capítulo, **Sección 5.2**.
¿Le ha comunicado el plan que no cubriremos ni pagaremos un servicio médico de la forma que usted querría que lo hiciéramos?	Puede presentar una **apelación**. (Esto significa que nos está pidiendo que reconsideremos nuestra decisión). Vaya a la **Sección 5.3** de este capítulo.
¿Desea pedirle a nuestro plan que le reembolse servicios o atención médica que ya ha recibido y pagado?	Puede enviarnos la factura. Vaya a la **Sección 5.5** de este capítulo.

Sección 5.2 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura (cómo pedirle al plan que autorice o brinde cobertura para la atención médica que desea)

Términos legales
Cuando una decisión de cobertura afecta su atención médica, se la denomina una **"determinación de la organización"**.

Paso 1: Usted le pide a nuestro plan que tome una decisión de cobertura sobre la atención médica que está solicitando. Si su salud exige una respuesta rápida, debe pedirnos que tomemos una **"decisión rápida de cobertura".**

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

Cómo solicitar la cobertura de la atención médica que desea

- Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o brindemos cobertura para la atención médica que desea. Usted, su médico, o su representante pueden hacer esto.
- Para obtener detalles sobre cómo ponerse en contacto con nosotros, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección denominada *Cómo puede ponerse en contacto con nosotros para solicitar una decisión de cobertura sobre su atención médica*.

Por lo general, usamos los plazos estándares para informarle nuestra decisión

Cuando le comuniquemos nuestra decisión, usaremos el plazo "estándar" a no ser que hayamos aceptado usar el plazo "rápido". **Una decisión estándar de cobertura significa que le daremos una respuesta en un plazo 14 días calendario** después de recibida su solicitud.

- No obstante, podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales si usted solicita más tiempo o si necesitamos solicitar más información (como registros

médicos de proveedores fuera de la red) que podría beneficiarle. Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión, se lo notificaremos por escrito.

- Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando presenta una queja rápida, le damos respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo).

Si su salud lo requiere, pídanos que tomemos una "decisión rápida de cobertura"

- **Una decisión rápida de cobertura significa que responderemos en un plazo de 72 horas.**
    - **No obstante, podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si nos damos cuenta de que falta alguna información que podría beneficiarle (como registros médicos de proveedores fuera de la red) o si usted necesita tiempo para entregarnos información para la revisión. Si decidimos tomar días adicionales, se lo notificaremos por escrito.
    - Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo). Lo llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.
- **Para obtener una decisión rápida de cobertura, debe cumplir dos requisitos:**
    - Podrá solicitar una decisión rápida de cobertura *solo* si su pedido hace referencia a la cobertura para atención médica que *aún no ha recibido*. (No puede obtener una decisión rápida de cobertura si su solicitud es sobre el pago de la atención médica que haya recibido).
    - Podrá solicitar una decisión rápida de cobertura *solo* si la vía de plazos estándares pudiera *poner su salud en grave peligro o dañar su capacidad funcional*.
- **Si su médico nos dice que su salud requiere una "decisión rápida de cobertura", automáticamente aceptaremos proporcionarle una decisión rápida de cobertura.**

- Si nos pide usted mismo la decisión rápida de cobertura, sin el apoyo de su médico, decidiremos si su salud requiere que tomemos una decisión rápida de cobertura.
    - Si decidimos que su condición médica no cumple los requisitos para una decisión rápida de cobertura, le enviaremos una carta en la que se lo informaremos (y usaremos los plazos estándares en su lugar).
    - En esta carta se le dirá que si su médico le pide la decisión rápida de cobertura, automáticamente se la proporcionaremos.
    - En la carta también se le explicará cómo puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión estándar de cobertura en lugar de la decisión rápida de cobertura que solicitó. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo).

Paso 2: Consideramos su solicitud de cobertura para atención médica y le damos nuestra respuesta.

Plazos para una decisión "rápida" de cobertura

- Normalmente, para una decisión rápida de cobertura, le daremos nuestra respuesta **en un plazo de 72 horas**.
    - Como se explicó anteriormente, podemos tomarnos hasta 14 días adicionales bajo ciertas circunstancias. Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión de cobertura, se lo notificaremos por escrito.
    - Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando presenta una queja rápida, le damos respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo).
    - Si no le damos la respuesta en 72 horas (o si hay una extensión del plazo, al final de ese período), usted tiene derecho a apelar. La Sección 5.3 más adelante explica cómo presentar una apelación.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos autorizar o brindar la cobertura para la atención médica que aceptamos proporcionar en un plazo de 72 horas después de recibir su solicitud. Si extendemos el tiempo

necesario para tomar nuestra decisión de cobertura, autorizaremos o proporcionaremos la cobertura hasta el final de ese período extendido.

- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración detallada por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud.

Plazos límite para una decisión "estándar" de cobertura

- Generalmente, para una decisión estándar de cobertura, le daremos nuestra respuesta **en el plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud**.
  - Podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales ("una extensión del plazo") bajo ciertas circunstancias. Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión de cobertura, se lo notificaremos por escrito.
  - Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando presenta una queja rápida, le damos respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo).
  - Si no le damos la respuesta en 14 días calendario (o si hay una extensión del plazo al final de ese período), tiene derecho a apelar. La Sección 5.3 más adelante explica cómo presentar una apelación.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos autorizar o brindar la cobertura que acordamos proporcionar en el plazo de 14 días calendario de recibida la solicitud. Si extendemos el tiempo necesario para tomar nuestra decisión de cobertura, autorizaremos o proporcionaremos la cobertura hasta el final de ese período extendido.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud.

Paso 3: Si rechazamos su solicitud de cobertura para atención médica, usted decide si desea hacer una apelación.

- Si rechazamos su solicitud, usted tiene derecho a pedirnos reconsiderar la decisión y tal vez cambiar esta decisión mediante la presentación de una apelación. Presentar una apelación significa hacer otro intento para obtener la cobertura de atención médica que quiere.
- Si decide apelar, significa que está avanzando al Nivel 1 del proceso de apelaciones (consulte la Sección 5.3 a continuación).

Sección 5.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 (cómo pedir una revisión de una decisión de cobertura sobre atención médica tomada por nuestro plan)

Términos legales
Una apelación al plan acerca de una decisión de cobertura sobre atención médica se llama una **"reconsideración"** del plan.

Paso 1: Nos contacta y presenta la apelación. Si su salud exige una respuesta rápida, debe solicitar una **"apelación rápida"**.

¿Qué puede hacer?

- **Para iniciar una apelación, usted, su médico o su representante debe ponerse en contacto con nosotros.** Para obtener más detalles sobre cómo comunicarse con nosotros para cualquier propósito relacionado con su apelación, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección denominada *Cómo puede ponerse en contacto con nosotros para presentar una apelación sobre su atención médica*.
- **Si solicita una apelación estándar, realice su apelación estándar por escrito y envíe una solicitud.** También puede solicitar una apelación por teléfono, llamando al número que aparece en la Sección 1 del Capítulo 2 (*Cómo puede ponerse en contacto con nosotros para presentar una apelación sobre su atención médica*).
    - Si un tercero, que no sea su médico, está apelando nuestra decisión, debe adjuntar el Formulario de nombramiento de un representante en el que autoriza a esta persona a representarlo. (Para obtener el formulario, póngase en contacto con el Departamento de Servicios para los miembros (en la portada posterior de este folleto encontrará los números de teléfono) y solicite el formulario de "Nombramiento de un representante". También está disponible en el sitio web de Medicare: https://www.cms.hhs.gov/cmsforms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web https://www.cloverhealth.com. Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos comenzar con nuestra revisión ni realizarla si no lo recibimos. Si no recibimos el formulario dentro

de los 44 días calendario después de recibir la solicitud de apelación (nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación), su solicitud de apelación será rechazada. Si esto sucede, le enviaremos un aviso por escrito en el que se explicarán sus derechos a pedir que una Organización de revisión independiente revise nuestra decisión.

- **Si está solicitando una apelación rápida, preséntela por escrito o llámenos** al número que aparece en la Sección 1 del Capítulo 2 (*Cómo puede ponerse en contacto con nosotros para presentar una apelación sobre su atención médica*).
- **Debe presentar su solicitud de apelación en el plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso por escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta a su solicitud sobre la decisión de cobertura. Si se vence este plazo y tiene una buena razón para haberlo dejado vencer, es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de una causa justificada por no haber cumplido el plazo: una enfermedad muy grave le impidió contactarnos o le brindamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede pedir una copia de la información sobre su decisión médica y añadir más información para respaldar su apelación.**
  - Usted tiene derecho a pedirnos una copia de la información sobre su apelación. Estamos autorizados a cobrarle un cargo por las copias de esta información y su envío.
  - Si lo desea, usted y su médico pueden darnos información adicional para sustentar su apelación.

Si su salud lo requiere, solicite una "apelación rápida" (puede hacer una solicitud verbal llamándonos)

Términos legales
Una "apelación rápida" también se denomina **"reconsideración acelerada"**.

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre la cobertura de una atención médica que todavía no ha recibido, usted o su médico deberán decidir si necesita una "apelación rápida".
- Los requisitos y procedimientos para obtener una "apelación rápida" son los mismos que para obtener una "decisión rápida de cobertura". Para solicitar una apelación rápida, siga las mismas instrucciones que para solicitar una decisión

rápida de cobertura. (Estas instrucciones fueron dadas anteriormente en esta sección).

- Si su médico nos dice que su salud requiere una “apelación rápida”, le daremos una apelación rápida.

Paso 2: Evaluamos su apelación y le damos una respuesta.

- Mientras nuestro plan revisa su apelación, hacemos otra revisión cuidadosa de toda la información sobre su solicitud de cobertura para atención médica. Verificamos si seguimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud.
- Recopilaremos más información si la necesitamos. Es posible que nos pongamos en contacto con usted o con su médico para obtener más información.

Plazos para una apelación “rápida”

- Cuando utilizamos los plazos rápidos, debemos darle una respuesta **en un plazo de** 72 horas después de recibir su apelación . Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
    - No obstante, si usted solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información que podría beneficiarle, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales**. Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión, se lo notificaremos por escrito.
    - Si no le damos una respuesta en 72 horas (o al final de la extensión del plazo, en caso de que tomemos días adicionales), estamos obligados a enviar automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que será revisada por una organización independiente. Más adelante en esta sección, le hablamos sobre esta organización y explicamos lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos autorizar o brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 72 horas después de recibir su apelación
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos un aviso de denegación por escrito en el que se le informará que hemos enviado automáticamente su apelación a la Organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.

Plazos para una apelación "estándar"

- Si utilizamos los plazos estándares, tenemos que darle nuestra respuesta **en un plazo de 30 días calendario** después de recibir su apelación si esta es sobre la cobertura de servicios que aún no ha recibido. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
    - No obstante, si usted solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información que podría beneficiarle, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales**. Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión, se lo notificaremos por escrito.
    - Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando presenta una queja rápida, le damos respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo).
    - Si no le damos una respuesta para el plazo indicado (o al final de la extensión del plazo, en caso de que tomemos días adicionales), estamos obligados a remitir su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que será revisada por una organización externa independiente. Más adelante en esta sección, se describe esta organización de revisión y se explica lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos autorizar o brindar la cobertura que acordamos proporcionar en el plazo de 30 días calendario de recibida su apelación.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos un aviso de denegación por escrito en el que se le informará que hemos enviado automáticamente su apelación a la Organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.

Paso 3: Si rechazamos parte o la totalidad de su apelación, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

- Para asegurarnos de que seguimos todas las normas cuando rechazamos su apelación rápida, **estamos obligados a enviar su apelación a una "Organización de revisión independiente".** Cuando hacemos esto, significa que su apelación pasa al siguiente nivel del proceso de apelaciones, que es el Nivel 2.

Sección 5.4 Paso a paso: Cómo se realiza una apelación de Nivel 2

Si rechazamos su apelación de Nivel 1, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones. Durante la apelación de Nivel 2, la **Organización de revisión independiente** revisa nuestra decisión de su primera apelación. Esta organización determina si la decisión que tomamos debe ser cambiada.

Términos legales
El nombre formal para la "Organización de revisión independiente" es **"Entidad de revisión independiente"**. A veces, se la denomina **"IRE"**.

Paso 1: La Organización de revisión independiente revisa su apelación.

- **La Organización de revisión independiente es una organización independiente externa que contrata Medicare.** Esta organización no está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una compañía que elige Medicare para ser la Organización de revisión independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Le enviaremos a esta organización la información sobre su apelación. A esta información se la denomina su "expediente de caso". **Tiene derecho a pedirnos una copia de su expediente de caso.** Estamos autorizados a cobrarle un cargo por copiar y enviarle esta información.
- Usted tiene derecho a proporcionarle a la Organización de revisión independiente información adicional para sustentar su apelación.
- Los revisores de la Organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente la información relacionada con su apelación.

Si se le concedió una apelación "rápida" en el Nivel 1, también se le concederá una apelación "rápida" en el Nivel 2

- Si en el Nivel 1 tuvo una apelación "rápida", recibirá automáticamente una apelación "rápida" en el Nivel 2. La organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 dentro de las 72 horas de haber recibido su apelación.

- Sin embargo, si la Organización de revisión independiente necesita reunir más información que pueda beneficiarle, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales.**

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

- Si se le concedió una apelación "estándar" en el Nivel 1, recibirá automáticamente una apelación estándar en el Nivel 2. La organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 30 días calendario** de haber recibido su apelación.
- Sin embargo, si la Organización de revisión independiente necesita reunir más información que pueda beneficiarle, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales.**

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

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

- **Si la organización de revisión acepta parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos autorizar la cobertura de atención médica en el plazo de 72 horas o proporcionar el servicio en el plazo de 14 días calendario de recibida la decisión de la organización de revisión en el caso de las solicitudes estándar o dentro de las 72 horas a partir de la fecha en que el plan recibe la decisión de la organización de revisión en el caso de las solicitudes expeditivas.
- **Si esta organización rechaza parte o la totalidad de su apelación**, significa que están de acuerdo con nosotros en que su solicitud (o parte de su solicitud) para la cobertura de atención médica no debe ser aprobada. (Esto se llama "confirmar la decisión". También se denomina "rechazar su apelación").
    - Si la Organización de revisión independiente "confirma la decisión", usted tiene derecho a una apelación de Nivel 3. Sin embargo, para presentar otra apelación en el Nivel 3, el valor en dólares de la cobertura de atención médica que está solicitando debe cumplir un cierto mínimo. Si el valor en dólares de la cobertura que está solicitando es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación, lo que significa que la decisión en el Nivel 2 es definitiva. El aviso por escrito que recibe de la Organización de revisión independiente le indicará cómo conocer el monto en dólares necesario para continuar con el proceso de apelaciones.

Paso 3: Si su caso reúne los requisitos, puede elegir si desea continuar con su apelación.

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (por un total de cinco niveles de apelación).
- Si su apelación de Nivel 2 es rechazada y reúne los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, debe decidir si quiere avanzar al Nivel 3 y hacer una tercera apelación. Los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibió después de su apelación de Nivel 2.
- A la apelación de Nivel 3 la maneja un juez administrativo. La Sección 9 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 5.5 ¿Qué sucede si nos está pidiendo que le paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por concepto de atención médica?

Si quiere solicitarnos el pago de la atención médica, comience por leer el Capítulo 7 de este folleto, *Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos*. En el Capítulo 7, se describen las situaciones en las cuales es posible que deba solicitar un reembolso o el pago de una factura que le envió un proveedor. También le dice cómo enviarnos la documentación que nos solicita el pago.

La solicitud de reembolso implica una decisión de cobertura de parte nuestra

Si nos envía la documentación correspondiente para solicitar un reembolso, nos está pidiendo que tomemos una decisión de cobertura (para obtener más información acerca de las decisiones de cobertura, consulte la Sección 4.1 de este capítulo). Para tomar esta decisión de cobertura, comprobaremos si la atención médica que pagó es un servicio cubierto (consulte el Capítulo 4: *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar))*. También comprobaremos si ha seguido todas las normas para el uso de su cobertura de atención médica (estas normas se explican en el Capítulo 3 de este folleto: *Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos)*.

Aceptaremos o rechazaremos su solicitud

- Si la atención médica por la que pagó tiene cobertura y siguió todas las normas, le enviaremos el pago de la parte que nos corresponde del costo de su atención médica en un plazo de 60 días calendario después de que recibamos su solicitud. O, si aún no

ha pagado por los servicios, le enviaremos el pago directamente al proveedor. (El envío del pago equivale a *aceptar* su solicitud de una decisión de cobertura).

- Si la atención médica *no* está cubierta, o usted *no* siguió todas las normas, no enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta en la que le informamos que no pagaremos por los servicios y las razones. (Si rechazamos su solicitud de pago, equivale a *negar* su solicitud de una decisión de cobertura).

¿Qué pasa si solicita el pago y le decimos que no pagaremos?

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar su solicitud, **puede presentar una apelación**. Si presenta una apelación, nos está solicitando que modifiquemos una decisión de cobertura que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

Para presentar esta apelación, siga el proceso de apelaciones que se describe en la parte 5.3 de esta sección. Consulte esta sección para obtener las instrucciones paso a paso. Cuando siga estas instrucciones, tenga en cuenta lo siguiente:

- Si presenta una apelación para el reembolso, tenemos que darle nuestra respuesta en el plazo de 60 días calendario después de haber recibido su apelación. (Si nos solicita reembolsarle la atención médica que ya ha recibido y pagado usted mismo, no se le permite solicitar una apelación rápida).
- Si la Organización de revisión independiente revoca nuestra decisión de rechazar el pago, debemos enviarle el pago que solicitó a usted o al proveedor en un plazo de 30 días calendario. Si aceptamos su apelación en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviarle el pago que solicitó a usted o al proveedor en un plazo de 60 días calendario.

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

¿Leyó la Sección 4 de este capítulo (*Una guía para "los fundamentos" de las decisiones de cobertura y las apelaciones*)? Si no lo ha hecho, tal vez le convenga leerla antes de comenzar con esta sección.

Sección 6.1 En esta sección se le indica qué hacer si tiene problemas para recibir un medicamento de la Parte D o si quiere que le reembolsemos un medicamento de la Parte D

Los beneficios como miembro de nuestro plan incluyen la cobertura para muchos medicamentos con receta. Consulte la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* de nuestro plan. Para estar cubierto, su medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. (Una "indicación médicamente aceptada" es un uso del medicamento que está aprobado por la FDA o avalado por ciertos libros de referencia. Consulte la Sección 3 del Capítulo 5 para obtener información sobre una indicación médicamente aceptada).

- **En esta sección se tratan solamente sus medicamentos de la Parte D.** Para simplificar las cosas, en general, hablaremos de "medicamento" en el resto de esta sección en lugar de repetir cada vez las expresiones "medicamento con receta cubierto para pacientes externos" o "medicamento de la Parte D".
- Para obtener más detalles sobre lo que queremos decir con medicamentos de la Parte D, la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*, las normas y las restricciones respecto de la cobertura e información sobre costos, consulte el Capítulo 5 (*Cómo utilizar la cobertura de nuestro plan para los medicamentos con receta de la Parte D*) y el Capítulo 6 (*Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D*).

Decisiones y apelaciones de cobertura de la Parte D

Como se comentó en la Sección 4 de este capítulo, una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre la cantidad que pagaremos por sus medicamentos.

Términos legales
Una decisión de cobertura inicial sobre los medicamentos de la Parte D se denomina una **"determinación de cobertura"**.

Estos son ejemplos de decisiones de cobertura que nos pide que tomemos sobre sus medicamentos de la Parte D:

- Nos pide que hagamos una excepción, como las siguientes:
    - Solicitarnos que cubramos un medicamento de la Parte D que no figura en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan.
    - Pedirnos que no apliquemos una restricción a la cobertura del plan para un medicamento (como límites en la cantidad de medicamento que puede obtener).
    - Pedirnos pagar un monto de costo compartido menor por un medicamento cubierto incluido en un nivel de costo compartido más alto.
- Nos pregunta si un medicamento está cubierto en su caso y si cumple cualquier norma de cobertura aplicable. (Por ejemplo, cuando su medicamento está en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan, pero es obligatorio que obtenga nuestra aprobación antes de que podamos cubrirlo en su caso).
    - **Tenga en cuenta lo siguiente***:* si su farmacia le dice que su receta no puede presentarse como está escrita, usted obtendrá un aviso por escrito en el que se explica cómo contactarnos para solicitar una decisión de cobertura.
- Nos pide que paguemos por un medicamento con receta que ya ha comprado. Esta es una solicitud de una decisión de cobertura sobre el pago.

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que hayamos tomado, puede apelar nuestra decisión.

Esta sección le indica cómo pedir decisiones de cobertura y cómo solicitar una apelación. Utilice el cuadro que aparece debajo para ayudarle a determinar qué parte tiene información para su situación:

¿En cuál de estas situaciones se encuentra usted?

Si está en esta situación:	Esto es lo que puede hacer:
¿Necesita un medicamento que no está incluido en nuestra Lista de medicamentos o necesita que no apliquemos una norma o restricción sobre un medicamento que cubrimos?	Puede pedirnos que hagamos una excepción. (Este es un tipo de decisión de cobertura). Comience con la **Sección 6.2** de este capítulo.
¿Quiere que cubramos un medicamento en nuestra Lista de medicamentos y usted cree que cumple con todas las restricciones o normas del plan (como obtener la aprobación del plan por adelantado) para el medicamento que necesita?	Puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura. Vaya a la **Sección 6.4** de este capítulo.
¿Quiere pedirnos que le reembolsemos el precio de un medicamento que ya ha recibido y pagado?	Puede pedirnos un reembolso. (Este es un tipo de decisión de cobertura). Vaya a la **Sección 6.4** de este capítulo.
¿Le hemos comunicado que no cubriremos ni pagaremos un medicamento de la forma que usted querría que lo hiciéramos?	Puede presentar una apelación. (Esto significa que nos está pidiendo que reconsideremos nuestra decisión). Vaya a la **Sección 6.5** de este capítulo.

Sección 6.2 ¿Qué es una excepción?

Si un medicamento no está cubierto de la forma que a usted le gustaría que estuviese cubierto, puede pedirnos que hagamos una “excepción”. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura. Al igual que con las otras decisiones de cobertura, si denegamos su solicitud de una excepción, puede apelar nuestra decisión.

Cuando pide una excepción, su médico o la persona autorizada a dar recetas tendrán que explicar las razones médicas por las que necesita que se apruebe la excepción. Entonces consideraremos su solicitud. Estos son tres ejemplos de excepciones que usted, su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden pedirnos que hagamos:

1. **Cubrir un medicamento de la Parte D para usted que no figura en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan.** (Nosotros la denominamos "Lista de medicamentos", para abreviarla).

Términos legales
Pedir cobertura para un medicamento que no está en la Lista de medicamentos se denomina, en ocasiones, **"excepción al formulario"**.

   - Si aceptamos hacer una excepción y cubrimos un medicamento que no figura en la Lista de medicamentos, deberá pagar el costo compartido que se aplique a los medicamentos del Nivel 4. Medicamentos no preferidos. No puede solicitar que hagamos una excepción respecto del copago o del coseguro que usted debe pagar por el medicamento.

2. **Eliminar una restricción de nuestra cobertura para un medicamento cubierto.** Se aplican otras normas o restricciones a determinados medicamentos que figuran en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan (para obtener más información, consulte la Sección 4 del Capítulo 5).

Términos legales
Pedir la eliminación de una restricción de cobertura para un medicamento se denomina en ocasiones **"excepción al formulario"**.

   - Las normas y restricciones adicionales sobre la cobertura de ciertos medicamentos incluyen las siguientes:
     - *Que se exija utilizar la versión genérica* de un medicamento en lugar del de marca.
     - *Que se obtenga la aprobación del plan por adelantado* antes de que aceptemos cubrir el medicamento para usted. (Esto suele denominarse "autorización previa").

- *Que se exija probar primero con otro medicamento* antes de que aceptemos cubrir el medicamento que nos pide. (Esto suele denominarse "tratamiento escalonado").
- *Límites de cantidades.* Algunos medicamentos tienen restricciones sobre la cantidad del medicamento que puede obtener.

- Si aceptamos hacer una excepción y no aplicar una restricción en su caso, puede pedirnos una excepción en la cantidad de copago o coseguro que le pediremos que pague por el medicamento.

3. **Cambiar la cobertura de un medicamento a un nivel de costo compartido inferior.** Todos los medicamentos de nuestra Lista de medicamentos se encuentran en uno de los cinco niveles de costo compartido. En general, cuanto más bajo sea el nivel de costo compartido, menor será el monto que le corresponda pagar del costo del medicamento.

Términos legales
Pedir pagar un precio inferior por un medicamento no preferido cubierto se denomina, en ocasiones, pedir una **"excepción de nivel"**.

- No puede pedirnos que cambiemos el nivel de costo compartido para ningún medicamento del Nivel 5 (medicamentos especializados).

Sección 6.3 Aspectos importantes que debe saber acerca de pedir excepciones

Su médico debe explicarnos las razones médicas

Su médico o la persona autorizada a dar recetas deben darnos una declaración que explique las razones médicas para solicitar una excepción. Para que tomemos la decisión más rápido, incluya esta información médica de su médico o de la persona autorizada a dar recetas cuando pida la excepción.

Habitualmente, la Lista de medicamentos incluye más de un medicamento para tratar una condición en particular. Estas posibilidades diferentes se denominan medicamentos "alternativos". Si un medicamento alternativo da el mismo resultado que el medicamento que está solicitando y no produce más efectos secundarios ni otros problemas de salud, en general *no* aprobaremos su solicitud de una excepción. Si nos solicita una excepción en

relación al nivel, normalmente *rechazaremos* su solicitud, a menos que ninguno de los medicamentos alternativos en los niveles de costo compartido más bajo sea adecuado para usted.

Podemos aceptar o rechazar su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de una excepción, nuestra aprobación normalmente es válida hasta el final del año del plan. Y será válida mientras su médico siga recetándole el medicamento y mientras ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar su condición.
- Si rechazamos su solicitud de una excepción, puede pedir una revisión de nuestra decisión mediante la presentación de una apelación. La Sección 6.5 le indica cómo presentar una apelación si rechazamos su solicitud.

Esta sección le indica cómo pedir una decisión de cobertura, incluida una excepción.

Sección 6.4 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

Paso 1: Puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura sobre el (los) medicamento(s) que necesita o sobre el pago. Si su salud exige una respuesta rápida, debe pedirnos que tomemos una **"decisión rápida de cobertura". No puede solicitar una decisión rápida de cobertura si nos pide que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró.**

¿Qué puede hacer?

- **Solicite el tipo de decisión de cobertura que desea.** Comience por llamar, escribir o enviarnos un fax para realizar su solicitud. Usted, su representante o su médico (o la persona autorizada a dar recetas) pueden hacer esto. También puede acceder al proceso de decisiones de cobertura a través de nuestro sitio web. Para obtener detalles, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección denominada *"Cómo puede ponerse en contacto con nosotros para solicitar una decisión de cobertura sobre los medicamentos con receta de la Parte D"*. O si nos solicita que le reembolsemos el costo de un medicamento, consulte la sección titulada *Dónde puede enviar una solicitud en la que se nos pide que paguemos la parte que nos corresponde del costo de la atención médica o de un medicamento que recibió*.

- **Usted, su médico u otra persona que actúe en su nombre** pueden pedir una decisión de cobertura. La Sección 4 de este capítulo le indica cómo puede darle permiso por escrito a alguien para que actúe como su representante. También puede contratar a un abogado para que actúe en su nombre.
- **Si quiere que le reembolsemos el costo de un medicamento**, comience por leer el Capítulo 7 de este folleto: *Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos*. En el Capítulo 7, se explican las situaciones en las cuales es posible que deba solicitar un reembolso. También le indica cómo enviarnos la documentación necesaria para pedirnos que le reembolsemos la parte que nos corresponde del costo de un medicamento que ha pagado.
- **Si solicita que se haga una excepción, proporcione la "declaración de respaldo".** Su médico u otra persona autorizada a dar recetas deben explicarnos los motivos médicos que justifican que hagamos la excepción del medicamento que solicita. (A esto lo llamamos «declaración de respaldo»). Su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden enviarnos por fax o correo la declaración. O su médico o la persona autorizada a dar recetas puede llamarnos por teléfono y hacer un seguimiento mediante el envío de la declaración escrita ya sea por fax o por correo, si fuera necesario. Para obtener más información sobre las solicitudes de excepción, consulte las Secciones 6.2 y 6.3.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito**, incluida una solicitud enviada en el formulario de solicitud de determinación de cobertura modelo de CMS o en nuestro formulario del plan, los cuales están disponibles en nuestro sitio web.

Si su salud lo requiere, pídanos que tomemos una "decisión rápida de cobertura"

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

- Cuando le comuniquemos nuestra decisión, usaremos el plazo "estándar" a no ser que hayamos aceptado usar el plazo "rápido". Una decisión estándar de cobertura significa que le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibir la declaración de su médico. Una decisión rápida de cobertura significa que tendremos una respuesta en un plazo 24 horas después de recibir la declaración de su médico.

- **Para obtener una decisión rápida de cobertura, debe cumplir dos requisitos:**
    - Podrá solicitar una decisión rápida de cobertura *solo* si su pedido hace referencia a *un medicamento que aún no ha recibido*. (No puede solicitar una decisión rápida de cobertura si nos pide que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró).
    - Podrá solicitar una decisión rápida de cobertura *solo* si la vía de plazos estándares pudiera *poner su salud en grave peligro o dañar su capacidad funcional*.
- **Si su médico o la persona autorizada a dar recetas nos indican que su salud requiere una "decisión rápida de cobertura", aceptaremos automáticamente tomar una decisión rápida de cobertura.**
- Si nos pide usted mismo la decisión rápida de cobertura (sin el apoyo de su médico ni de otra persona autorizada a dar recetas), decidiremos si su salud requiere que tomemos una decisión rápida de cobertura.
    - Si decidimos que su condición médica no cumple los requisitos para una decisión rápida de cobertura, le enviaremos una carta en la que se lo informaremos (y usaremos los plazos estándares en su lugar).
    - En esta carta se le dirá que si su médico o la persona autorizada a dar recetas piden una decisión rápida de cobertura, aceptaremos automáticamente tomar una decisión rápida de cobertura.
    - En la carta también se le explicará cómo puede presentar una queja sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión estándar de cobertura en lugar de la decisión rápida de cobertura que solicitó. Le indica cómo presentar una queja "rápida", lo que significa que recibirá nuestra respuesta a su queja en un plazo de 24 horas de recibir la queja. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener más información sobre el proceso de presentar quejas, consulte la Sección 10 de este capítulo).

<u>Paso 2:</u> Consideraremos su solicitud y le daremos una respuesta.

Plazos para una decisión "rápida" de cobertura

- Normalmente, para una decisión rápida, debemos darle una respuesta en **un plazo de 24 horas**.

- Generalmente, esto significa en un plazo de 24 horas después de recibir su solicitud. Si está solicitando una excepción, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas después de recibir la declaración de su médico que respalda su solicitud. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
- Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización externa independiente. Más adelante en esta sección, hablaremos sobre esta organización de revisión y explicaremos qué sucede en la apelación de Nivel 2.

- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, tenemos que brindarle la cobertura que hemos aceptado brindarle en un plazo de 24 horas después de haber recibido su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito, en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una decisión "estándar" de cobertura sobre un medicamento que aún no ha recibido

- Si aplicamos los plazos estándares, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas**.
  - Generalmente, esto significa en un plazo de 72 horas después de recibir su solicitud. Si está solicitando una excepción, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibida la declaración de su médico que respalda su solicitud. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
  - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización independiente. Más adelante en esta sección, hablaremos sobre esta organización de revisión y explicaremos qué sucede en la apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó.**
  - Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó, tenemos que **brindarle la cobertura** que hemos aceptado brindarle **en un plazo de 72 horas** después de haber recibido su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.

- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito, en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una decisión "estándar" de cobertura sobre el pago de un medicamento que ya compró

- Debemos darle una respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.
    - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización independiente. Más adelante en esta sección, hablaremos sobre esta organización de revisión y explicaremos qué sucede en la apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos parte o a la totalidad de lo que solicitó**, también debemos pagarle en un plazo de 14 días calendario después de haber recibido su solicitud.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito, en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Paso 3: Si rechazamos su solicitud de cobertura, usted decide si quiere presentar una apelación.

- Si la rechazamos, tiene derecho a solicitar una apelación. Solicitar una apelación implica pedirnos que reconsideremos nuestra decisión y posiblemente que la cambiemos.

Sección 6.5 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 (cómo pedir una revisión de una decisión de cobertura tomada por nuestro plan)

Términos legales
Una apelación al plan sobre la cobertura de un medicamento de la Parte D se llama una **"redeterminación"** del plan.

Paso 1: Nos contacta y presenta una apelación de Nivel 1. Si su salud exige una respuesta rápida, debe solicitar una **"apelación rápida"**.

¿Qué puede hacer?

- **Para iniciar su apelación, usted (o su representante, su médico u otra persona autorizada a dar recetas) debe ponerse en contacto con nosotros.**
    - Para obtener más detalles sobre cómo puede ponerse en contacto con nosotros por teléfono, fax o correo, o a través de nuestro sitio web por cualquier cuestión relacionada con su apelación, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección denominada *"Cómo puede ponerse en contacto con nosotros para presentar una apelación sobre los medicamentos con receta de la Parte D"*.
- **Si solicita una apelación estándar, realice su apelación estándar por escrito y envíe una solicitud.**
- **Si está solicitando una apelación rápida, puede hacerlo por escrito o por teléfono llamando al número que aparece en la Sección 1 del Capítulo 2** (Cómo puede ponerse en contacto con nuestro plan para presentar una apelación sobre los medicamentos con receta de la Parte D).
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito**, incluida una solicitud enviada en el formulario de solicitud de determinación de cobertura modelo de CMS, el cual está disponible en nuestro sitio web.
- **Debe presentar su solicitud de apelación en el plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso por escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta a su solicitud sobre la decisión de cobertura. Si se vence este plazo y tiene una buena razón para haberlo dejado vencer, es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de una

causa justificada por no haber cumplido el plazo: una enfermedad muy grave le impidió contactarnos o le brindamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.

- **Puede pedir una copia de la información de su apelación y añadir más información.**
  - Usted tiene derecho a pedirnos una copia de la información sobre su apelación. Estamos autorizados a cobrarle un cargo por las copias de esta información y su envío.
  - Si así lo desea, usted y su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden brindarnos información adicional para respaldar su apelación.

Si su salud lo requiere, pídanos una "apelación rápida"

Términos legales
Una "apelación rápida" también se llama una **"redeterminación acelerada"**.

- Si va a apelar una decisión tomada por nosotros acerca de un medicamento que aún no ha recibido, usted y su médico o la persona autorizada a dar recetas tendrán que decidir si necesita una "apelación rápida".
- Los requisitos para obtener una "apelación rápida" son los mismos que para obtener una "decisión rápida de cobertura" que aparecen en la Sección 6.4 de este capítulo.

Paso 2: Evaluamos su apelación y le damos una respuesta.

- Mientras nuestro plan revisa su apelación, hacemos otra revisión cuidadosa de toda la información sobre su solicitud de cobertura. Verificamos si seguimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud. Es posible que nos pongamos en contacto con su médico o la persona autorizada a dar recetas para obtener más información.

Plazos para una apelación "rápida"

- Si aplicamos los plazos estándares, debemos darle una respuesta **en 72 horas después de recibir su apelación .** Le daremos una respuesta más rápido si su salud así lo requiere.
  - Si no le damos una respuesta en el plazo de 72 horas, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará

una Organización de revisión independiente. Más adelante en esta sección, se describe esta organización de revisión y se explica lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.

- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 72 horas después de recibir su apelación
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito, en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una apelación "estándar"

- Si usamos los plazos estándar, tenemos que darle nuestra respuesta **en el plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación. Le comunicaremos nuestra decisión antes si aún no ha recibido el medicamento y su estado de salud así lo exige. Si cree que su salud lo requiere, debería solicitar una apelación "rápida".
    - Si no le comunicamos nuestra decisión en el plazo de 7 días calendario, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una Organización de revisión independiente. Más adelante en esta sección, se describe esta organización de revisión y se explica lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó.**
    - Si aprobamos una solicitud de cobertura, debemos **brindar la cobertura** que aceptamos proporcionar tan pronto como lo requiera su salud, pero **no más allá de los 7 días calendario** después de recibir su apelación
    - Si aprobamos una solicitud de reembolso del costo de un medicamento que ya compró, también debemos **enviarle el pago en un plazo de 30 días calendario** después de recibida su solicitud de apelación.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito, en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

<u>Paso 3</u>: Si rechazamos su apelación, usted decide si quiere continuar con el proceso de apelaciones y presentar *otra* apelación.

- Si rechazamos su apelación, usted decide si quiere aceptar esta decisión o continuar presentando otra apelación.

- Si decide presentar otra apelación, significa que su apelación se enviará al Nivel 2 del proceso de apelaciones (consulte a continuación).

Sección 6.6 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2

Si rechazamos su apelación, usted decide si quiere aceptar esta decisión o continuar presentando otra apelación. Si decide pasar a una apelación de Nivel 2, la **Organización de revisión independiente** revisa la decisión tomada al rechazar su primera apelación. Esta organización determina si la decisión que tomamos debe ser cambiada.

Términos legales
El nombre formal para la "Organización de revisión independiente" es **"Entidad de revisión independiente"**. A veces, se la denomina **"IRE"**.

Paso 1: Para presentar una apelación de Nivel 2, usted (o su representante, médico u otra persona autorizada a dar recetas) debe ponerse en contacto con la Organización de revisión independiente y pedir una revisión de su caso.

- Si rechazamos su apelación de Nivel 1, el aviso por escrito que le enviaremos incluirá **instrucciones para presentar una apelación de Nivel 2** ante la Organización de revisión independiente. Estas instrucciones le indicarán quién puede presentar esta apelación de Nivel 2, qué plazos deberá respetar y cómo ponerse en contacto con la organización de revisión.
- Cuando presente una apelación ante la Organización de revisión independiente, le enviaremos a esta organización la información que tenemos sobre su apelación. A esta información se la denomina su "expediente de caso". **Usted tiene derecho a pedirnos una copia del archivo de su caso.** Estamos autorizados a cobrarle un cargo por hacer las copias y enviárselas.
- Usted tiene derecho a proporcionarle a la Organización de revisión independiente información adicional para sustentar su apelación.

Paso 2: La Organización de revisión independiente realiza una revisión de su apelación y le comunica una respuesta.

- **La Organización de revisión independiente es una organización independiente externa que contrata Medicare.** Esta organización no está relacionada con

nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una compañía que Medicare elige para revisar nuestras decisiones con respecto a sus beneficios de la Parte D.

- Los revisores de la Organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente la información relacionada con su apelación. La organización le comunicará su decisión por escrito y le explicará las razones en las que se basó.

Plazos para la apelación "rápida" en el Nivel 2

- Si su salud lo requiere, pida una "apelación rápida" a la Organización de revisión independiente.
- Si la organización de revisión acepta darle una "apelación rápida", dicha organización debe comunicarle su respuesta a la apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud de apelación.

- **Si la Organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos brindar la cobertura para medicamentos que aprobó la organización de revisión **un plazo de 24 horas** después de recibir la decisión de parte de dicha organización.

Plazos para la apelación "estándar" en el Nivel 2

- Si presenta una apelación estándar en el Nivel 2, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación.
- **Si la Organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de lo que solicitó:**
    - Si la Organización de revisión independiente aprueba una solicitud de cobertura, debemos **brindar la cobertura para medicamentos** que aprobó la organización de revisión **en un plazo de 72 horas** después de **recibida** la decisión de parte de dicha organización
        - Si la Organización de revisión independiente aprueba la solicitud de reembolso del costo de un medicamento que ya compró, debemos **enviarle el pago en un plazo de 30 días calendario** después de recibida la decisión de parte de dicha organización.

¿Qué sucede si la organización de revisión rechaza su apelación?

Si la organización rechaza su apelación, eso implica que la organización está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. (Esto se llama "confirmar la decisión". También se denomina "rechazar su apelación").

Si la Organización de revisión independiente "confirma la decisión", usted tiene derecho a una apelación de Nivel 3. Sin embargo, para presentar otra apelación en el Nivel 3, el valor en dólares de la cobertura para el medicamento que está solicitando debe cumplir una cantidad mínima. Si el valor en dólares de la cobertura para medicamentos que está solicitando es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación y la decisión del Nivel 2 es final. El aviso que reciba de la Organización de revisión independiente le indicará el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelaciones.

Paso 3: Si el valor en dólares de la cobertura que está solicitando cumple con los requisitos, usted decide si quiere continuar con su apelación.

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (por un total de cinco niveles de apelación).
- Si su apelación de Nivel 2 es rechazada y reúne los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, debe decidir si quiere avanzar al Nivel 3 y hacer una tercera apelación. Si decide presentar una tercera apelación, tendrá los detalles de cómo hacerlo en el aviso escrito que recibió después de su segunda apelación.
- A la apelación de Nivel 3 la maneja un juez administrativo. La Sección 9 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

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

Cuando es ingresado en un hospital, tiene derecho a obtener todos los servicios hospitalarios cubiertos que sean necesarios para el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre la cobertura de su atención hospitalaria, incluida cualquier limitación de esta cobertura, consulte el Capítulo 4 de este folleto: *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)*.

Durante su hospitalización cubierta, su médico y el personal del hospital colaborarán con usted para prepararlo para el día en que le den de alta. También ayudarán a coordinar la atención que pueda necesitar cuando se vaya.

- El día en que se va del hospital es la **"fecha del alta"**.
- Cuando se haya decidido la fecha del alta, su médico o el personal del hospital se lo comunicarán.
- Si cree que le están pidiendo que deje el hospital demasiado pronto, puede pedir una hospitalización más prolongada y se considerará su solicitud. Esta sección le indica cómo solicitarla.

Sección 7.1 Durante la hospitalización, recibirá un aviso por escrito de Medicare, donde se le explicarán sus derechos

Durante la hospitalización cubierta, recibirá un aviso por escrito denominado *"An Important Message from Medicare about Your Rights" (Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos)*. Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de este aviso siempre que son ingresadas en un hospital. Alguien en el hospital (un asistente social, una enfermera) debe dárselo dentro de un plazo de dos días después de haber ingresado. Si no tiene el aviso, pídaselo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame al Departamento de Servicios para los miembros (en la portada posterior de este folleto encontrará los números de teléfono). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

1. **Lea atentamente este aviso y consulte cualquier duda que tenga si hay algo que no comprende.** En el aviso se explican sus derechos como paciente internado, incluso los siguientes:
    - Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su hospitalización, según lo solicite su médico. Esto incluye el derecho a saber cuáles son esos servicios, quién pagará por ellos y dónde puede obtenerlos.
    - Su derecho a participar en cualquier decisión sobre su hospitalización, y saber quién pagará por ella.

- Dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
- Su derecho a apelar la decisión del alta hospitalaria si considera que está siendo dado de alta del hospital demasiado pronto.

Términos legales
El aviso por escrito de Medicare le explica cómo puede **"solicitar una revisión inmediata"**. Solicitar una revisión inmediata es una manera legal y formal de pedir un retraso en la fecha de su alta para que su atención hospitalaria esté cubierta más tiempo. (La Sección 7.2 a continuación le explica cómo solicitar una revisión inmediata).

2. **Debe firmar el aviso por escrito para demostrar que lo recibió y que comprende sus derechos.**
   - Usted o alguien que actúe en su nombre tienen que firmar el aviso. (La Sección 4 de este capítulo le indica cómo puede darle permiso por escrito a alguien para que actúe como su representante).
   - Firmar este aviso *solo* demuestra que ha recibido la información sobre sus derechos. El aviso no le informa sobre su fecha del alta (su médico o el personal del hospital le indicarán su fecha del alta). Firmar el aviso ***no* significa** que esté de acuerdo con la fecha del alta.
3. **Guarde la copia** del aviso firmado para que tenga a mano la información sobre cómo presentar una apelación (o comunicar alguna inquietud sobre la calidad de la atención) en caso de que la necesite.
   - Si firma el aviso más de dos días antes del día en que deje el hospital, recibirá otra copia antes de que esté programado que le den el alta.
   - Para consultar una copia de este aviso por adelantado, puede llamar al Departamento de Servicios para los miembros (en la portada posterior de este folleto encontrará los números de teléfono) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede consultar este aviso por

Internet en https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html

Sección 7.2 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha del alta del hospital

Si desea pedir que los servicios hospitalarios para pacientes internados estén cubiertos por nosotros durante un tiempo más prolongado, tendrá que usar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que debe hacer y los plazos.

- **Siga el proceso.** A continuación, se explica cada paso en los dos primeros niveles del proceso de apelaciones.
- **Cumpla con los plazos.** Los plazos son importantes. Asegúrese de que comprende y sigue los plazos correspondientes a lo que debe hacer.
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame al Departamento de Servicios para los miembros (en la portada posterior de este folleto encontrará los números de teléfono). O llame al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud, una organización del gobierno que ofrece asistencia personalizada (consulte la Sección 2 de este capítulo).

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la Mejora de la Calidad revisa su apelación. Comprueba si su fecha prevista del alta es médicamente apropiada para usted.

Paso 1: Póngase en contacto con la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado y pida una "revisión rápida" de su alta del hospital. Debe actuar rápidamente.

¿Qué es la Organización para la Mejora de la Calidad?

- Esta organización está integrada por un grupo de médicos y otros profesionales de la salud a los que les paga el gobierno federal. Estos expertos no forman parte de nuestro plan. Medicare le paga a esta organización para que verifique y ayude a mejorar la calidad de la atención que se les brinda a las personas que tienen Medicare. Esto incluye revisar las fechas del alta del hospital para las personas que tienen Medicare.

¿Cómo puede ponerse en contacto con esta organización?

- El aviso por escrito que recibió *(Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos)* le explica cómo puede ponerse en contacto con esta organización. (O encuentre el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado en la Sección 4 del Capítulo 2 de este folleto).

Actúe rápido:

- Para presentar la apelación, debe ponerse en contacto con la Organización para la Mejora de la Calidad *antes* de que se vaya del hospital y **no más tarde de la fecha prevista del alta**. (La "fecha prevista del alta" es la fecha que se ha fijado para que abandone el hospital).
    - Si usted cumple con este plazo, se le autorizará a permanecer en el hospital *después* de la fecha del alta *sin que deba pagar por ello*, mientras espera la decisión sobre su apelación por parte de la Organización para la Mejora de la Calidad.
    - Si *no* cumple con este plazo y decide quedarse en el hospital después de la fecha prevista del alta, *es posible que deba pagar todos los costos* correspondientes a la atención hospitalaria que reciba con posterioridad a la fecha prevista del alta.
- Si se vence el plazo para ponerse en contacto con la Organización para la Mejora de la Calidad sobre su apelación, puede presentar la apelación directamente a nuestro plan. Para obtener detalles sobre esta otra forma de presentar su apelación, consulte la Sección 7.4.

Pida una "revisión rápida":

- Debe pedirle a la Organización para la Mejora de la Calidad que efectúe una **"revisión rápida"** del alta. Pedir una "revisión rápida" significa que le pide a la organización que use plazos "rápidos" para una apelación en lugar del plazo estándar.

Términos legales
Una **"revisión rápida"** también se denomina una **"revisión inmediata"** o una **"revisión expedita"**.

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

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización para la Mejora de la Calidad (los llamaremos "los revisores" para abreviar) le preguntarán a usted o a su representante por qué creen que debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- Los revisores también consultarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que el hospital y nosotros les hemos dado.
- Antes del mediodía del día después de que los revisores le informen a nuestro plan sobre su apelación, también recibirá un aviso por escrito en el que se le indicará su fecha prevista del alta y se le explicará en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros pensamos que es adecuado (médicamente apropiado) que reciba el alta en esa fecha.

Términos legales
La explicación por escrito se denomina **"Aviso detallado del alta"**. Para obtener una muestra de este aviso, puede llamar al Departamento de Servicios para los miembros (en la portada posterior de este folleto encontrará los números de teléfono) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). O puede ver un aviso de muestra por Internet, en https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html

Paso 3: En un plazo de un día completo después de tener toda la información necesaria, la Organización para la Mejora de la Calidad le dará la respuesta a su apelación.

¿Qué sucede si la respuesta es sí?

- Si la organización de revisión *acepta* la apelación, **debemos seguir brindándole servicios hospitalarios para pacientes internados cubiertos durante el tiempo que sean médicamente necesarios.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Además, es posible que haya limitaciones en sus servicios hospitalarios cubiertos. (Consulte el Capítulo 4 de este folleto).

¿Qué sucede si la rechazan?

- Si la organización de revisión *rechaza* su apelación, significa que la fecha prevista del alta es médicamente apropiada. En caso de que esto suceda, **nuestra cobertura para los servicios hospitalarios para pacientes internados finalizará** al mediodía del día *posterior* al día en que la Organización para la Mejora de la Calidad le dé su respuesta a la apelación.
- Si la organización de revisión *rechaza* su apelación y usted decide permanecer en el hospital, **es posible que deba pagar el costo total** de la atención hospitalaria que

reciba después del mediodía del día posterior a que la Organización para la Mejora de la Calidad le dé su respuesta a su apelación.

Paso 4: Si se rechaza su apelación de Nivel 1, usted decide si quiere presentar otra apelación.

- Si la Organización para la Mejora de la Calidad rechazó su apelación, *y* usted permanece en el hospital después de la fecha prevista del alta, puede presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que pasa al "Nivel 2" del proceso de apelaciones.

Sección 7.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha del alta del hospital

Si la Organización para la Mejora de la Calidad rechazó su apelación, *y* usted permanece en el hospital después de su fecha prevista del alta, puede presentar una apelación de Nivel 2. Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para la Mejora de la Calidad que revise de nuevo la decisión que tomaron en su primera apelación. Si la Organización para la Mejora de la Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, deberá pagar el costo total de la hospitalización con posterioridad a la fecha prevista del alta.

El Nivel 2 del proceso de apelaciones tiene los pasos que se indican a continuación:

Paso 1: Usted se pone en contacto con la Organización para la Mejora de la Calidad de nuevo para pedir otra revisión.

- Debe pedir esta revisión **en un plazo de 60 días** después del día en que la Organización para la Mejora de la Calidad *rechazó* su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si permaneció en el hospital después de la fecha en la que finalizó su cobertura de atención médica.

Paso 2: La Organización para la Mejora de la Calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para la Mejora de la Calidad harán otra revisión cuidadosa de toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En un plazo de 14 días calendario de recibida la solicitud de una segunda revisión, los revisores de la Organización para la Mejora de la Calidad decidirán sobre su apelación y le informarán su decisión.

Si la organización de revisión la acepta:

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de la atención hospitalaria que recibió desde el mediodía del día después de la fecha de rechazo de su primera apelación por parte de la Organización para la Mejora de la Calidad. **Debemos seguir brindando cobertura para su atención para pacientes internados durante el tiempo que sea médicamente necesario.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

Si la organización de revisión la rechaza:

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron para su apelación de Nivel 1 y no la cambiarán.
- En el aviso que recibirá se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles para continuar con el siguiente nivel de apelación, que lo maneja un juez.

Paso 4: Si la rechazan, tendrá que decidir si quiere continuar con la apelación y presentar una apelación de Nivel 3.

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (por un total de cinco niveles de apelación). Si la organización de revisión rechaza su apelación de Nivel 2, puede elegir aceptar esa decisión o ir al Nivel 3 y presentar otra apelación. En el Nivel 3, un juez revisa su apelación.
- La Sección 9 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 7.4 ¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar una apelación de Nivel 1?

En su lugar, puede presentar una apelación ante nosotros

Como se explica anteriormente en la Sección 7.2, debe actuar rápidamente para ponerse en contacto con la Organización para la Mejora de la Calidad y comenzar su primera apelación

del alta del hospital. ("Rápidamente" significa antes de ser dado de alta y no después de la fecha de alta estipulada). Si se vence el plazo para ponerse en contacto con esta organización, hay otra forma de presentar su apelación.

Si usa esta otra forma de presentar su apelación, *los primeros dos niveles de apelación son diferentes*.

Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 *alternativa*

Si se vence el plazo para ponerse en contacto con la Organización para la Mejora de la Calidad, puede presentarnos directamente la apelación pidiendo una "revisión rápida". Una revisión rápida es una apelación que usa plazos rápidos en lugar del plazo estándar.

Términos legales
A la revisión "rápida" (o "apelación rápida") también se la denomina **"apelación expedita"**.

Paso 1: Contáctenos y pídanos una "revisión rápida".

- Para obtener detalles sobre cómo ponerse en contacto con nosotros, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección denominada *"Cómo puede ponerse en contacto con nosotros para presentar una apelación sobre su atención médica"*.
- **No se olvide de pedir una "revisión rápida".** Esto significa que nos pide que le demos una respuesta usando los plazos "rápidos" en lugar de los "estándares".

Paso 2: Hacemos una revisión "rápida" de su fecha prevista del alta y verificamos si es médicamente apropiada.

- Durante esta revisión, analizamos toda la información sobre su hospitalización. Comprobamos si su fecha prevista del alta fue médicamente apropiada. Comprobaremos si la decisión sobre cuándo debería dejar el hospital fue justa y seguía todas las normas.
- En esta situación, usaremos los plazos "rápidos" en lugar de los estándares para darle una respuesta a esta revisión.

Paso 3: Le comunicaremos nuestra decisión dentro de un plazo de 72 horas después de pedir una "revisión rápida" ("apelación rápida").

- **Si aceptamos su apelación rápida**, significa que hemos aceptado que sigue necesitando estar en el hospital después de la fecha del alta, y seguiremos proporcionándole servicios hospitalarios para pacientes internados cubiertos mientras sigan siendo médicamente necesarios. También significa que hemos aceptado reembolsarle la parte que nos corresponde de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que se cancele su cobertura. (Debe pagar la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura).
- **Si rechazamos su apelación rápida**, estamos diciendo que su fecha prevista del alta era médicamente apropiada. Nuestra cobertura de los servicios para pacientes internados finaliza el día en que dijimos que finalizaría la cobertura.
    - Si permaneció en el hospital *después* de su fecha prevista del alta, entonces **es posible que tenga que pagar el costo total** de la atención hospitalaria que recibió después de la fecha prevista del alta.

Paso 4: Si *rechazamos* su apelación rápida, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

- Para asegurarnos de que seguimos todas las normas cuando rechazamos su apelación rápida, **se nos pide enviar su apelación a una "Organización de revisión independiente"**. Al hacer esto, significa que usted va *automáticamente* al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Paso a paso: Proceso de apelaciones de Nivel 2 *alternativas*

Si rechazamos su apelación de Nivel 1, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones. Durante la apelación de Nivel 2, una **Organización de revisión independiente** revisa la decisión que tomamos al rechazar su "apelación rápida". Esta organización determina si la decisión que tomamos debe ser cambiada.

Términos legales
El nombre formal para la "Organización de revisión independiente" es **"Entidad de revisión independiente"**. A veces, se la denomina **"IRE"**.

Paso 1: Enviaremos su caso automáticamente a la Organización de revisión independiente.

- Estamos obligados a enviar la información para su apelación de Nivel 2 ante la Organización de revisión independiente dentro de un plazo de 24 horas a partir del momento en que le informamos que vamos a rechazar su primera apelación. (Si cree que no estamos cumpliendo con este plazo o con otros, puede presentar una queja. El proceso de quejas es diferente del proceso de apelaciones. La Sección 10 de este capítulo le indica cómo presentar una queja).

Paso 2: La Organización de revisión independiente hace una "revisión rápida" de su apelación. Los revisores le darán una respuesta dentro de un plazo de 72 horas.

- **La Organización de revisión independiente es una organización independiente externa que contrata Medicare.** Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una compañía que elige Medicare para ser la Organización de revisión independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Los revisores de la Organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación del alta del hospital.
- **Si esta organización *acepta* su apelación**, debemos reembolsarle (devolverle) la parte que nos corresponde de la atención hospitalaria que recibió desde la fecha prevista del alta. Nosotros debemos seguir brindando cobertura para sus servicios

hospitalarios para pacientes internados durante el tiempo que sean médicamente necesarios. Usted deberá seguir pagando la parte que le corresponde de los costos. Si corresponden límites de cobertura, estos podrían limitar cuánto le reembolsaremos o durante cuánto tiempo seguiremos cubriendo sus servicios.

- **Si esta organización *rechaza* su apelación**, significa que están de acuerdo con nosotros en que la fecha prevista del alta del hospital era médicamente apropiada.
    - En el aviso que reciba de la Organización de revisión independiente se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles para continuar con una apelación de Nivel 3, que la maneja un juez.

Paso 3: Si la Organización de revisión independiente rechaza su apelación, puede elegir si desea continuar con su apelación.

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (por un total de cinco niveles de apelación). Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 2, usted decide si desea aceptar su decisión o ir al Nivel 3 y presentar una tercera apelación.
- La Sección 9 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

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

Sección 8.1 *Esta sección trata solo acerca de tres servicios:* Servicios de atención médica a domicilio, en un centro de atención de enfermería especializada y servicios en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Externos (CORF)

Esta sección hace referencia *solo* a los siguientes tipos de atención:

- **Atención médica a domicilio** que recibe.
- **Atención de enfermería especializada** que está recibiendo como paciente de un centro de atención de enfermería especializada. (Para obtener información sobre los

requisitos para poder considerar un centro como “centro de atención de enfermería especializada”, consulte el Capítulo 12, *Definiciones de palabras importantes*).

- **Atención de rehabilitación** que está recibiendo como paciente externo en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Externos (CORF) aprobado por Medicare. Normalmente, esto significa que está recibiendo tratamiento por una enfermedad o un accidente, o que se está recuperando de una operación importante. (Para obtener más información sobre este tipo de centro, consulte el Capítulo 12, *Definiciones de palabras importantes*).

Cuando está recibiendo cualquiera de estos tipos de atención, tiene derecho a seguir recibiendo sus servicios cubiertos para ese tipo de atención, siempre que la atención sea necesaria para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre sus servicios cubiertos, incluso la parte que le corresponde de los costos y cualquier limitación de cobertura que pueda corresponder, consulte el Capítulo 4 de este folleto: *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)*.

Cuando decidimos que es hora de dejar de cubrir alguno de los tres tipos de atención, estamos obligados a decírselo por anticipado. Cuando finalice su cobertura para esa atención, *dejaremos de pagar la parte que nos corresponde del costo de su atención*.

Si cree que estamos terminando la cobertura para su atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión.** Esta sección le indica cómo solicitar una apelación.

Sección 8.2 Le comunicaremos por adelantado cuándo se cancelará su cobertura

1. **Recibirá un aviso por escrito.** Al menos dos días antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención, usted recibirá un aviso.
    - En el aviso por escrito se le indica la fecha en la que dejamos de cubrir su atención.

- También se le indica qué puede hacer si quiere pedirle a nuestro plan que cambie su decisión con respecto a cuándo finaliza la cobertura de su atención, y que siga cubriéndola durante un período más prolongado.

Términos legales
Como le indica qué puede hacer, el aviso por escrito le explica cómo puede solicitar una **"apelación de vía rápida"**. Solicitar una apelación de vía rápida es una forma legal y formal de solicitar un cambio a nuestra decisión de cobertura sobre cuándo dejar de prestar atención médica. (La Sección 8.3, a continuación, le dice cómo puede solicitar una apelación de vía rápida).
El aviso por escrito se denomina **"Aviso de no cobertura de Medicare"**. Para obtener una copia de muestra, puede llamar al Departamento de Servicios para los miembros (los números de teléfono se indican en la portada posterior de este folleto) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). O puede ver una copia por Internet en https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/MAEDNotices.html.

2. Debe firmar el aviso por escrito para demostrar que lo recibió.

- Usted o alguien que actúe en su nombre tienen que firmar el aviso. (La Sección 4 le indica cómo puede darle permiso por escrito a alguien para que actúe como su representante).
- La firma del aviso *solo* indica que ha recibido la información sobre cuándo finalizará la cobertura. **Firmarlo no significa que esté de acuerdo** con el plan de que es momento de dejar de recibir la atención.

Sección 8.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo

Si desea pedirnos que cubramos su atención durante un período más largo, deberá usar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que debe hacer y los plazos.

- **Siga el proceso.** A continuación, se explica cada paso en los dos primeros niveles del proceso de apelaciones.
- **Cumpla con los plazos.** Los plazos son importantes. Asegúrese de que comprende y sigue los plazos correspondientes a lo que debe hacer. Nuestro plan también debe respetar ciertos plazos. (Si cree que no estamos cumpliendo con nuestros plazos, puede presentar una queja. La Sección 10 de este capítulo le indica cómo presentar una queja).
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame al Departamento de Servicios para los miembros (en la portada posterior de este folleto encontrará los números de teléfono). O llame al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud, una organización del gobierno que ofrece asistencia personalizada (consulte la Sección 2 de este capítulo).

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la Mejora de la Calidad revisa su apelación y decide si debe cambiar la decisión tomada por nuestro plan.

Paso 1: Solicite su apelación de Nivel 1: póngase en contacto con la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado y pida una revisión. Debe actuar rápidamente.

¿Qué es la Organización para la Mejora de la Calidad?

- Esta organización está integrada por un grupo de médicos y otros expertos de salud a los que les paga el gobierno federal. Estos expertos no forman parte de nuestro plan. Comprueban la calidad de la atención que reciben las personas con Medicare, y revisan las decisiones del plan sobre cuándo es momento de dejar de cubrir ciertos tipos de atención médica.

¿Cómo puede ponerse en contacto con esta organización?

- En el aviso por escrito que recibió se le explica cómo puede ponerse en contacto con esta organización. (O encuentre el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado en la Sección 4 del Capítulo 2 de este folleto).

¿Qué debe pedir?

- Pídale a esta organización una "apelación acelerada" (que realice una revisión independiente) respecto a si es médicamente apropiado para nosotros finalizar la cobertura para sus servicios médicos.

Su plazo para ponerse en contacto con esta organización.

- Para iniciar la apelación, debe ponerse en contacto con la Organización para la Mejora de la Calidad *antes del mediodía del día posterior a recibir el aviso por escrito en el que se le indica cuándo dejaremos de cubrir su atención.*
- Si se vence el plazo para ponerse en contacto con la Organización para la Mejora de la Calidad sobre su apelación, puede presentarla directamente ante nosotros. Para obtener detalles sobre esta otra forma de presentar su apelación, consulte la Sección 8.5.

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

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización para la Mejora de la Calidad (los llamaremos "los revisores" para abreviar) le preguntarán a usted o a su representante por qué creen que debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- La organización de revisión también revisará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que le ha dado nuestro plan.

- Al final del día, los revisores nos informarán sobre su apelación, usted también recibirá un aviso por escrito de parte nuestra donde se explican detalladamente las razones por las cuales queremos finalizar la cobertura de sus servicios.

Términos legales
Esta explicación por escrito se denomina **"Explicación detallada de no cobertura"**.

Paso 3: Dentro del plazo de un día completo después de tener toda la información que necesitan, los revisores le comunicarán su decisión.

¿Qué sucede si los revisores aceptan su apelación?

- Si los revisores *aceptan* su apelación, entonces **debemos seguir brindándole servicios cubiertos mientras sigan siendo médicamente necesarios.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Además, es posible que haya limitaciones en sus servicios cubiertos (consulte el Capítulo 4 de este folleto).

¿Qué sucede si los revisores rechazan su apelación?

- Si los revisores *rechazan* su apelación, **su cobertura finalizará en la fecha que le habíamos indicado**. Dejaremos de pagar la parte de los costos de esta atención en la fecha que aparece en el aviso.
- Si decide continuar recibiendo servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada o servicios en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Externos (CORF) *después* de la fecha en la que finaliza su cobertura, entonces **deberá pagar el costo total** de esta atención.

Paso 4: Si se rechaza su apelación de Nivel 1, usted decide si quiere presentar otra apelación.

- Esta primera apelación que hace es el "Nivel 1" del proceso de apelaciones. Si los revisores *rechazan* su apelación de Nivel 1, y usted decide seguir recibiendo la atención después de que haya finalizado la cobertura, puede presentar otra apelación.
- Presentar otra apelación significa que pasa al "Nivel 2" del proceso de apelaciones.

Sección 8.4 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo

Si la Organización para la Mejora de la Calidad rechaza su apelación y usted decide continuar recibiendo la atención una vez que su cobertura ha finalizado, puede presentar una apelación de Nivel 2. Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para la Mejora de la Calidad que revise de nuevo la decisión que tomaron en su primera apelación. Si la Organización para la Mejora de la Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que deba pagar el costo total de los servicios de atención médica a domicilio, de los servicios en un centro de atención de enfermería especializada o de los servicios en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Externos (CORF) *después* de la fecha en la que le informamos que termina su cobertura.

El Nivel 2 del proceso de apelaciones tiene los pasos que se indican a continuación:

Paso 1: Usted se pone en contacto con la Organización para la Mejora de la Calidad de nuevo para pedir otra revisión.

- Debe pedir esta revisión **en un plazo de 60 días** después del día en que la Organización para la Mejora de la Calidad *rechazó* su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si siguió recibiendo la atención después de la fecha en la que finalizó su cobertura.

Paso 2: La Organización para la Mejora de la Calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para la Mejora de la Calidad harán otra revisión cuidadosa de toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En un plazo de 14 días de recibida su solicitud de apelación, los revisores decidirán sobre su apelación y le informarán su decisión.

¿Qué sucede si la organización de revisión acepta su apelación?

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura. **Debemos seguir brindando cobertura** para su atención para pacientes internados durante el tiempo que sea médicamente necesario.
- Debe seguir pagando la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

¿Qué sucede si la organización de revisión la rechaza?

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomamos con respecto a su apelación de Nivel 1 y no la cambiarán.
- En el aviso que recibirá se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles para continuar con el siguiente nivel de apelación, que lo maneja un juez.

Paso 4: Si la rechaza, tendrá que decidir si quiere continuar con la apelación.

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, lo que representa un total de cinco niveles de apelación. Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 2, puede elegir aceptar esa decisión o pasar al Nivel 3 y presentar otra apelación. En el Nivel 3, un juez revisa su apelación.
- La Sección 9 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 8.5 ¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar una apelación de Nivel 1?

En su lugar, puede presentar una apelación ante nosotros

Como se explica anteriormente en la Sección 8.3, debe actuar rápido para ponerse en contacto con la Organización para la Mejora de la Calidad y comenzar su primera apelación (en un día o dos, como máximo). Si se vence el plazo para ponerse en contacto con esta organización, hay otra forma de presentar su apelación. Si usa esta otra forma de presentar su apelación, *los primeros dos niveles de apelación son diferentes.*

Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 *alternativa*

Si se vence el plazo para ponerse en contacto con la Organización para la Mejora de la Calidad, puede presentarnos directamente la apelación pidiendo una “revisión rápida”. Una revisión rápida es una apelación que usa plazos rápidos en lugar del plazo estándar.

Estos son los pasos de la apelación de Nivel 1 alternativa:

A la revisión “rápida” (o “apelación rápida”) también se la denomina **“apelación expedita”**.

Paso 1: Contáctenos y pídanos una “revisión rápida”.

- Para obtener detalles sobre cómo ponerse en contacto con nosotros, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección denominada *“Cómo puede ponerse en contacto con nosotros para presentar una apelación sobre su atención médica”*.
- **No se olvide de pedir una “revisión rápida”.** Esto significa que nos pide que le demos una respuesta usando los plazos “rápidos” en lugar de los “estándares”.

Paso 2: Hacemos una revisión “rápida” de la decisión que tomamos sobre dejar de cubrir sus servicios.

- Durante esta revisión, volvemos a revisar toda la información sobre su caso. Comprobamos si seguimos todas las normas cuando establecimos la fecha para finalizar la cobertura del plan de los servicios que estaba recibiendo.
- Usaremos los plazos “rápidos” en lugar de los estándares para darle una respuesta a esta revisión.

Paso 3: Le comunicaremos nuestra decisión dentro de un plazo de 72 horas después de pedir una “revisión rápida” (“apelación rápida”).

- **Si aceptamos su apelación rápida**, significa que hemos aceptado que necesita esos servicios durante más tiempo, y seguiremos brindándole servicios cubiertos mientras sigan siendo médicamente necesarios. También significa que hemos aceptado reembolsarle la parte que nos corresponde de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que se cancele su cobertura. (Debe pagar la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura).
- **Si rechazamos su apelación rápida**, su cobertura finalizará en la fecha que le indicamos y no pagaremos ninguna parte de los costos después de esa fecha.

- • Si continúa recibiendo servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada o servicios en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Externos (CORF) después de la fecha en la que

finaliza su cobertura, **entonces deberá pagar el costo total de esta atención usted.**

Paso 4: Si *rechazamos* su apelación rápida, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

- Para asegurarnos de que seguimos todas las normas cuando rechazamos su apelación rápida, **se nos pide enviar su apelación a una "Organización de revisión independiente"**. Al hacer esto, significa que usted va *automáticamente* al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Paso a paso: Proceso de apelaciones de Nivel 2 *alternativas*

Si rechazamos su apelación de Nivel 1, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones. Durante la apelación de Nivel 2, la **Organización de revisión independiente** revisa la decisión que tomamos al rechazar su "apelación rápida". Esta organización determina si la decisión que tomamos debe ser cambiada.

Términos legales
El nombre formal para la "Organización de revisión independiente" es **"Entidad de revisión independiente"**. A veces, se la denomina **"IRE"**.

Paso 1: Enviaremos su caso automáticamente a la Organización de revisión independiente.

- Estamos obligados a enviar la información para su apelación de Nivel 2 ante la Organización de revisión independiente dentro de un plazo de 24 horas a partir del momento en que le informamos que vamos a rechazar su primera apelación. (Si cree que no estamos cumpliendo con este plazo o con otros, puede presentar una queja. El proceso de quejas es diferente del proceso de apelaciones. La Sección 10 de este capítulo le indica cómo presentar una queja).

Paso 2: La Organización de revisión independiente hace una "revisión rápida" de su apelación. Los revisores le darán una respuesta dentro de un plazo de 72 horas.

- **La Organización de revisión independiente es una organización independiente externa que contrata Medicare.** Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una compañía que elige Medicare para ser la Organización de revisión independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Los revisores de la Organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente la información relacionada con su apelación.
- **Si esta organización acepta su apelación**, entonces debemos reembolsarle (devolverle) la parte que nos corresponde de los costos de la atención que recibió desde la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura. También debemos seguir cubriendo la atención mientras sea médicamente necesaria. Usted deberá seguir pagando la parte que le corresponde de los costos. Si corresponden límites de cobertura, estos podrían limitar cuánto le reembolsaremos o durante cuánto tiempo seguiremos cubriendo sus servicios.
- **Si esta organización *rechaza* su apelación**, significa que está de acuerdo con la decisión que tomó el plan respecto de la primera apelación y no la modificará.
    - En el aviso que reciba de la Organización de revisión independiente se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles para continuar con una apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si la Organización de revisión independiente rechaza su apelación, puede elegir si desea continuar con su apelación.

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, lo que representa un total de cinco niveles de apelación. Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 2, puede elegir aceptar esa decisión o ir al Nivel 3 y presentar otra apelación. En el Nivel 3, un juez revisa su apelación.
- La Sección 9 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

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

Sección 9.1 Niveles 3, 4 y 5 para apelaciones de servicios médicos

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y Nivel 2, y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico sobre el que ha apelado cumple con ciertos niveles mínimos, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. Si el valor en dólares es inferior al nivel mínimo, no puede seguir apelando. Si el valor en dólares es suficientemente alto, la respuesta por escrito que recibe en su apelación de Nivel 2 explicará cómo ponerse en contacto y qué hacer para pedir una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los tres últimos niveles de apelación funcionan más o menos de la misma manera. La revisión de su apelación la gestionan estas personas en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3	**Un juez que trabaja para el gobierno federal** revisará su apelación y le dará una respuesta. A este juez se le denomina "juez administrativo".

- **Si el juez administrativo acepta su apelación, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *no***. Decidiremos si será necesario apelar esta decisión en el Nivel 4. A diferencia de la decisión tomada en el Nivel 2 (Organización de revisión independiente), tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 favorable para usted.
  - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o brindarle el servicio en un plazo de 60 días calendario después de recibida la decisión del juez.
  - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 con los documentos relacionados. Es posible que esperemos la decisión de la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o brindar el servicio en cuestión.
- **Si el juez administrativo rechaza su apelación, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *no*.**
  - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.

- Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el juez administrativo rechaza su apelación, en el aviso que reciba se le indicará qué hacer a continuación si decide seguir con su apelación.

Apelación de Nivel 4	El **Consejo de Apelaciones** revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo de Apelaciones trabaja para el gobierno federal.

- **Si la respuesta es positiva o si el Consejo de Apelaciones rechaza nuestra petición de revisar una decisión favorable a una apelación de Nivel 3, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *no*.** Decidiremos si será necesario apelar esta decisión en el Nivel 5. A diferencia de la decisión tomada en el Nivel 2 (Organización de revisión independiente), tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 4 favorable para usted.
  - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o brindarle el servicio en un plazo de 60 días calendario después de recibida la decisión del Consejo de Apelaciones.
  - Si decidimos apelar la decisión, se lo comunicaremos por escrito.
- **Si la respuesta es negativa o si el Consejo de Apelaciones rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *no*.**
  - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
  - Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo de Apelaciones rechaza su apelación, en el aviso que reciba se le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5. Si las normas le permiten continuar, en el aviso escrito que reciba también se le indicará con quién ponerse en contacto y qué hacer a continuación si decide seguir con su apelación.

Apelación de Nivel 5	Un juez del **Tribunal federal del distrito** revisará su apelación.

- Este es el último paso del proceso administrativo de apelaciones.

Sección 9.2 Niveles 3, 4 y 5 de apelaciones para medicamentos de la Parte D

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y Nivel 2, y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor del medicamento sobre el que ha apelado cumple con un monto en dólares determinado, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. Si el monto en dólares es menor, no puede seguir apelando. La respuesta por escrito que recibe en su apelación de Nivel 2 explicará cómo ponerse en contacto y qué hacer para pedir una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los tres últimos niveles de apelación funcionan más o menos de la misma manera. La revisión de su apelación la gestionan estas personas en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3	**Un juez que trabaja para el gobierno federal** revisará su apelación y le dará una respuesta. A este juez se le denomina "juez administrativo".

- **Si la apelación se acepta, el proceso de apelaciones concluye.** Lo que ha solicitado en la apelación ha sido aprobado. Debemos **autorizar o brindar la cobertura para medicamentos** que aprobó el juez administrativo **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago, a más tardar, dentro de los 30 días calendario** después de recibir la resolución.
- **Si la apelación se rechaza, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *no*.**
    - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
    - Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el juez administrativo rechaza su apelación, en el aviso que reciba se le indicará qué hacer a continuación si decide seguir con su apelación.

Apelación de Nivel 4	El **Consejo de Apelaciones** revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo de Apelaciones trabaja para el gobierno federal.

- **Si la apelación se acepta, el proceso de apelaciones concluye.** Lo que ha solicitado en la apelación ha sido aprobado. Debemos **autorizar o brindar la cobertura** para medicamentos que aprobó el Consejo de Apelaciones **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago, a más tardar, dentro de los 30 días calendario** después de recibir la resolución.
- **Si la apelación se rechaza, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *no*.**

- Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
- Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo de Apelaciones rechaza su apelación o rechaza su solicitud para revisar la apelación, el aviso que reciba le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5. Si las normas le permiten continuar, en el aviso escrito que reciba también se le indicará con quién ponerse en contacto y qué hacer a continuación si decide seguir con su apelación.

Apelación de Nivel 5	Un juez del **Tribunal federal del distrito** revisará su apelación.

- Este es el último paso del proceso de apelaciones.

PRESENTACIÓN DE QUEJAS

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

Si tiene problemas con las decisiones relacionadas con los beneficios, la cobertura o el pago, esta sección *no es la indicada*. En su lugar, debe usar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones. Vaya a la Sección 4 de este capítulo.

Sección 10.1 ¿Qué tipos de problemas se tratan en el proceso de quejas?

En esta sección, se explica cómo se puede utilizar el proceso para presentar quejas. El proceso de quejas se aplica *solo* a determinados tipos de problemas. Entre ellos se incluyen los problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. A continuación, encontrará algunos ejemplos de los tipos de problemas que pueden gestionarse a través del proceso de quejas.

Si tiene cualquiera de estos tipos de problemas, puede "presentar una queja"

Queja	Ejemplo
Calidad de su atención médica	• ¿Está insatisfecho con la calidad de atención que ha recibido (incluida la atención en el hospital)?
Respeto de su privacidad	• ¿Cree que alguien no respetó el derecho a su privacidad o compartió información que usted considera que debería ser confidencial?
Falta de respeto, mal servicio al cliente u otro comportamiento negativo	• ¿Ha sido alguien descortés o le ha faltado el respeto? • ¿Está insatisfecho con la manera en que lo han tratado en nuestro Departamento de Servicios para los miembros? • ¿Le parece que lo están alentando a dejar nuestro plan?
Tiempos de espera	• ¿Está teniendo problemas para conseguir una cita, o tiene que esperar demasiado para conseguirla? • ¿Ha tenido que esperar demasiado a médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud? ¿O por el Departamento de Servicios para los miembros u otro personal de nuestro plan? ○ Entre los ejemplos se incluye esperar demasiado en el teléfono, en la sala de espera, en la sala de consulta o cuando le van a dar una receta.
Limpieza	• ¿Está insatisfecho con la limpieza o el estado de una clínica, hospital o consultorio de un médico?
Información que recibe de nosotros	• ¿Cree que no le hemos dado un aviso que estamos obligados a darle? • ¿Cree que la información por escrito que le hemos dado es difícil de comprender?

Queja	Ejemplo
Oportunidad (Estos tipos de quejas se relacionan con lo oportuno de las medidas que tomemos con respecto a las decisiones de cobertura y las apelaciones)	El proceso de pedir una decisión de cobertura y presentar apelaciones se explica en las Secciones 4 a 9 de este capítulo. Si está pidiendo una decisión o presentando una apelación, debe usar ese proceso, no el proceso de quejas. Sin embargo, si ya nos ha pedido una decisión de cobertura o presentado una apelación, y le parece que no estamos respondiendo lo suficientemente rápido, también puede presentar una queja por nuestra lentitud. Estos son algunos ejemplos: • Si ha pedido que le demos una “decisión rápida de cobertura” o una “apelación rápida”, y le hemos dicho que no lo haremos, puede presentar una queja. • Si cree que no estamos cumpliendo los plazos para darle una decisión de cobertura o la respuesta a una apelación que ha presentado, puede presentar una queja. • Cuando se revisa una decisión de cobertura tomada y se nos indica que debemos cubrir o reembolsar ciertos servicios médicos o medicamentos, se aplican ciertos plazos. Si cree que no estamos cumpliendo con nuestros plazos, puede presentar una queja. • Cuando no le damos una decisión a tiempo, tenemos la obligación de enviar su caso a la Organización de revisión independiente. Si no lo hacemos dentro del plazo obligatorio, puede presentar una queja.

Sección 10.2 El nombre formal para “presentar una queja” es “interponer un reclamo”

Términos legales

Términos legales
• En esta sección, una **"queja"** también se denomina **"reclamo"**. • Otro término para **"presentar una queja"** es **"interponer un reclamo"**. • Otra forma de decir **"usar el proceso para quejas"** es **"usar el proceso para interponer un reclamo"**.

Sección 10.3 Paso a paso: Presentación de una queja

Paso 1: Póngase en contacto con nosotros de inmediato, ya sea por escrito o por teléfono.

- **Habitualmente, el primer paso consiste en llamar al Departamento de Servicios para los miembros.** Si hay algo que necesite hacer, el Departamento de Servicios para los miembros se lo indicará. Llame al 1-888-657-1207 (solo TTY, llame al 711). Atendemos los 7 días de la semana, de 8am a 8pm, hora local. Desde el 15 de febrero hasta el 30 de septiembre, se usarán tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz) los fines de semana y feriados.
- **Si no desea llamar (o si llamó y no quedó satisfecho), puede presentar su queja por escrito y enviárnosla.** Si presentó su queja por escrito, le responderemos por escrito.
- Usted o su representante puede interponer un reclamo. Su representante tiene que completar un formulario de nombramiento de un representante (AOR) y enviarlo a Clover Health. Los formularios AOR están disponibles en www.cms.gov o https://www.cloverhealth.com.
    - Envíe su queja por escrito a la siguiente dirección: Clover Health, Attention: Appeals & Grievances, PO Box 471, Jersey City, NJ 07303.
    - En el caso de los reclamos por escrito, responderemos dentro de los 30 días calendario a partir de la fecha de recepción de su queja por escrito.
    - En el caso de las quejas expeditivas, le responderemos con nuestra decisión en un plazo de 24 horas de su queja.
- **Independientemente de si llama o escribe, debe ponerse en contacto con el Departamento de Servicios para los miembros inmediatamente.** La queja debe

presentarse dentro de los 60 días calendario después de haber tenido el problema sobre el que se quiere quejar.

- **Si presenta una queja porque se rechazó su solicitud de una "decisión rápida de cobertura" o una "apelación rápida", automáticamente le concederemos una queja "rápida".** Si se le ha concedido una queja "rápida", quiere decir que le daremos una **respuesta en un plazo de 24 horas**.

Términos legales
En esta sección, una **"queja rápida"** también se denomina **"reclamo rápido"**.

Paso 2: Analizaremos su queja y le daremos una respuesta.

- **De ser posible, le daremos una respuesta de inmediato.** Si nos llama por una queja, tal vez podamos darle una respuesta durante esa misma llamada telefónica. Si su condición médica requiere que respondamos rápidamente, así lo haremos.

- **La mayoría de las quejas se responden dentro de los 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora es para su conveniencia o si usted pide más tiempo, podemos demorarnos hasta 14 días más (44 días calendario en total) en responder a su queja. Si decidimos tomar días adicionales, se lo notificaremos por escrito.

- **Si no estamos de acuerdo** con la totalidad o una parte de la queja, o si no nos hacemos responsables respecto del problema por el que se está quejando, se lo comunicaremos. Nuestra respuesta incluirá nuestras razones para esta contestación. Debemos responder si aceptamos la queja o no.

Sección 10.4 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención a la Organización para la Mejora de la Calidad

Usted puede realizar una queja sobre la calidad de la atención que recibió de nuestra parte a través del proceso paso a paso que se describe arriba.

Cuando su queja es sobre la *calidad de la atención*, también tiene dos opciones adicionales:

- **Puede presentar su queja a la Organización para la Mejora de la Calidad.** Si lo prefiere, puede presentar su queja sobre la calidad de la atención que recibió directamente a esta organización (*sin* presentarnos la queja).

- La Organización para la Mejora de la Calidad es un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica a los cuales el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare.
- Para encontrar el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado, busque en la Sección 4 del Capítulo 2 de este folleto. Si presenta una queja a esta organización, colaboraremos con ellos para resolver su queja.

- **O puede presentar su queja ante ambos sitios al mismo tiempo.** Si así lo desea, puede presentarnos su queja sobre la calidad de la atención ante nosotros y también ante la Organización para la Mejora de la Calidad.

Sección 10.5 También puede informarle a Medicare acerca de su queja

Puede presentar una queja sobre Clover Health NJ Classic Aqua (PPO) directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, ingrese en https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma sus quejas de manera seria y utilizará esta información para mejorar la calidad del programa de Medicare.

Si tiene cualquier otro comentario o inquietud, o si considera que el plan no está tratando su caso, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

CAPÍTULO 10

Cancelación de la membresía en el plan

Capítulo 10. Cancelación de la membresía en el plan

SECCIÓN 1 Introducción 269

Sección 1.1 En este capítulo la información se centra en la cancelación de su membresía en nuestro plan 269

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan? 269

Sección 2.1 Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción anual . 270

Sección 2.2 Puede cancelar su membresía durante el Período de cancelación de inscripción anual de Medicare Advantage, pero sus opciones de planes son más limitadas 271

Sección 2.3 En ciertas situaciones, puede cancelar su membresía durante un Período de inscripción especial 271

Sección 2.4 ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía? 273

SECCIÓN 3 ¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan? 273

Sección 3.1 En general, usted cancela su membresía cuando se inscribe en otro plan 273

SECCIÓN 4 Hasta que se cancele su membresía, debe seguir recibiendo sus servicios médicos y sus medicamentos a través de nuestro plan 275

Sección 4.1 Hasta que se cancele su membresía, sigue siendo miembro de nuestro plan 275

SECCIÓN 5 Clover Health NJ Classic Aqua (PPO) debe finalizar su membresía en el plan en determinadas situaciones 276

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos cancelar su membresía en el plan? 276

Sección 5.2 Nosotros no podemos pedirle que cancele su inscripción en el plan por ningún motivo relacionado con su salud 277

Sección 5.3 Tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan 277

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 En este capítulo la información se centra en la cancelación de su membresía en nuestro plan

La cancelación de la inscripción en Clover Health NJ Classic Aqua (PPO) puede ser **voluntaria** (su elección) o **involuntaria** (cuando no es su elección):

- Es posible que deje nuestro plan porque ha decidido que *quiere* dejarlo.
    - Solo hay ciertos momentos durante el año, o ciertas situaciones, para que pueda cancelar voluntariamente su membresía en el plan. La Sección 2 indica *cuándo* usted puede cancelar su membresía en el plan.
    - El proceso para cancelar voluntariamente su membresía varía dependiendo de qué tipo de cobertura nueva está eligiendo. La Sección 3 describe *cómo* puede cancelar su membresía en cada situación.
- También hay situaciones limitadas en las que no decide dejarlo, pero nos vemos obligados a cancelar su membresía. La Sección 5 describe situaciones en las que podemos cancelar su membresía.

Si está dejando nuestro plan, debe continuar recibiendo su atención médica y medicamentos con receta a través de nuestro plan hasta que finalice su membresía.

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

Puede finalizar su membresía en nuestro plan solamente durante determinados momentos del año, conocidos como períodos de inscripción. Todos los miembros tienen la oportunidad de dejar el plan durante el Período anual de inscripción y durante el Período de cancelación de inscripción de Medicare Advantage. En ciertas situaciones, también puede ser elegible para dejar el plan en otros momentos del año.

Sección 2.1 Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción anual

Puede cancelar su membresía en nuestro plan durante el **Período de inscripción anual** (también conocido como el "Período de elección coordinada anual"). Este es el momento en el que debe revisar su cobertura médica y medicamentos y tomar una decisión sobre la cobertura para el próximo año.

- **¿Cuándo es el Período de inscripción anual?** El período es desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre.
- **¿A qué tipo de plan se puede cambiar durante el Período de inscripción anual?** Puede elegir mantener su cobertura actual o hacer cambios en su cobertura para el próximo año. Si decide cambiar a un nuevo plan, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
    - Otro plan de salud de Medicare. (Puede elegir un plan que cubra medicamentos con receta o uno que no cubra medicamentos con receta).
    - Medicare Original *con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
    - *o* Medicare Original *sin* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
        - **Si usted recibe "Ayuda adicional" de Medicare para pagar sus medicamentos con receta:** si se pasa a Medicare Original y no se inscribe en un plan de medicamentos con receta de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar en la inscripción automática.

    Nota: Si cancela su inscripción en una cobertura de medicamentos con receta de Medicare y no tiene otra cobertura acreditable para medicamentos con receta, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía si más adelante se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare. (Cobertura "acreditable" significa que se espera que la cobertura cubra los costos, en promedio, tanto como la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare como mínimo). Para obtener información sobre la multa por inscripción tardía, consulte la Sección 9 del Capítulo 1.
- **¿Cuándo se cancelará su membresía?** Su membresía se cancelará cuando comience la cobertura de su nuevo plan el 1 de enero.

Sección 2.2 Puede cancelar su membresía durante el Período de cancelación de inscripción anual de Medicare Advantage, pero sus opciones de planes son más limitadas

Tiene la oportunidad de hacer *un* cambio en su cobertura médica durante el **Período de cancelación de inscripción de Medicare Advantage anual**.

- **¿Cuál es el Período de cancelación de inscripción anual de Medicare Advantage?** Es todos los años, del 1 de enero al 14 de febrero.
- **¿A qué tipo de plan puede cambiar durante el Período de cancelación de inscripción de Medicare Advantage anual?** Durante ese tiempo, puede cancelar su inscripción en Medicare Advantage y cambiar a Medicare Original. Si elige cambiar a Medicare Original en este período, tiene tiempo hasta el 14 de febrero para inscribirse en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare para agregar cobertura para medicamentos.
- **¿Cuándo se cancelará su membresía?** Su membresía se cancelará el primer día del mes después de que recibamos su solicitud de cambio a Medicare Original. Si también elige inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare, su membresía en el plan de medicamentos comenzará el primer día del mes después de que el plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

Sección 2.3 En ciertas situaciones, puede cancelar su membresía durante un Período de inscripción especial

En ciertas situaciones, los miembros de Clover Health NJ Classic Aqua (PPO) pueden ser elegibles para cancelar su membresía en otros momentos del año. Esto se conoce como un **Período de inscripción especial**.

- **¿Quién reúne los requisitos para un Período de inscripción especial?** Si alguna de las siguientes situaciones se aplica en su caso, es elegible para cancelar su membresía durante el Período de inscripción especial. Estos son solo ejemplos, para obtener la lista completa, puede ponerse en contacto con el plan, llamar a Medicare o visitar el sitio web de Medicare (http://www.medicare.gov):
    - En general, cuando se muda.
    - Si tiene Medicaid.
    - Si es elegible para “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos con receta de Medicare.

- Si violamos nuestro contrato con usted.
- Si está recibiendo atención en una institución, como un hogar de convalecencia o un centro de atención a largo plazo.
- Si está inscrito en el Programa de atención integral para las personas de edad avanzada (PACE).

- **¿Cuándo son los Períodos de inscripción especial?** Los períodos de inscripción varían según cada caso.
- **¿Qué puede hacer?** Para saber si es elegible para un Período de inscripción especial, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si es elegible para cancelar su membresía debido a una situación especial, puede elegir cambiar tanto su cobertura médica como su cobertura para medicamentos con receta de Medicare. Esto significa que puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
  - Otro plan de salud de Medicare. (Puede elegir un plan que cubra medicamentos con receta o uno que no cubra medicamentos con receta).
  - Medicare Original *con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
  - *o* Medicare Original *sin* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
    - **Si usted recibe "Ayuda adicional" de Medicare para pagar sus medicamentos con receta:** si se pasa a Medicare Original y no se inscribe en un plan de medicamentos con receta de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar en la inscripción automática.

  Nota: Si cancela su inscripción en una cobertura de medicamentos con receta de Medicare y no tiene otra cobertura acreditable para medicamentos con receta, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía si más adelante se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare. (Cobertura «acreditable» significa que se espera que la cobertura cubra los costos, en promedio, tanto como la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare como mínimo). Para obtener información sobre la multa por inscripción tardía, consulte la Sección 9 del Capítulo 1.
- **¿Cuándo se cancelará su membresía?** Su membresía se cancelará normalmente el primer día del mes después de que se recibe su solicitud para cambiar su plan.

Sección 2.4 ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía?

Si tiene alguna pregunta o desea recibir más información sobre cuándo puede cancelar su membresía:

- Puede **llamar al Departamento de Servicios para los miembros** (en la portada posterior de este folleto encontrará los números de teléfono).
- Puede encontrar la información en el manual ***Medicare & You 2018*** (Medicare y Usted 2018).
    - Cada otoño, todas las personas que tienen Medicare reciben una copia del manual *Medicare & You* (Medicare y Usted). Los nuevos miembros de Medicare la reciben en el plazo de un mes después de que se inscriban por primera vez.
    - También puede descargar una copia del documento del sitio web de Medicare (http://www.medicare.gov). O puede llamar a Medicare al número que figura más abajo para pedir una copia impresa.
- O bien, puede llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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

Sección 3.1 En general, usted cancela su membresía cuando se inscribe en otro plan

Normalmente, para cancelar su membresía en nuestro plan, solo tiene que inscribirse en otro plan Medicare durante uno de los períodos de inscripción (para obtener información sobre los períodos de inscripción, consulte la Sección 2 de este capítulo). No obstante, si quiere pasar de nuestro plan a Medicare Original *sin* un plan de medicamentos con receta de Medicare, debe solicitar que le cancelen la inscripción en nuestro plan. Hay dos maneras de pedir que cancelen su inscripción:

- Nos puede hacer el pedido, a nosotros, por escrito. Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con el Departamento de Servicios para los miembros (en la portada posterior de este folleto encontrará los números de teléfono).
- *O bien*, puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Nota: Si cancela su inscripción en una cobertura de medicamentos con receta de Medicare y no tiene otra cobertura acreditable para medicamentos con receta, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía si más adelante se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare. (Cobertura «acreditable» significa que se espera que la cobertura cubra los costos, en promedio, tanto como la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare como mínimo). Para obtener información sobre la multa por inscripción tardía, consulte la Sección 9 del Capítulo 1.

La siguiente tabla explica cómo debe cancelar su membresía en nuestro plan.

Si desea cambiar de nuestro plan a:	**Esto es lo que debe hacer:**
Otro plan de salud de Medicare.	• Inscribirse en el nuevo plan de salud de Medicare. Se cancelará automáticamente su inscripción en Clover Health NJ Classic Aqua (PPO) cuando comienza la cobertura del nuevo plan.

Si desea cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
Medicare Original *con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.	• Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos con receta de Medicare. Se cancelará automáticamente su inscripción en Clover Health NJ Classic Aqua (PPO) cuando comienza la cobertura del nuevo plan.
• Medicare Original *sin* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare. ○ **Nota:** Si cancela su inscripción en un plan de medicamentos con receta de Medicare y no tiene otra cobertura acreditable para medicamentos con receta, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía para inscribirse más adelante en un plan de medicamentos de Medicare. Para obtener información sobre la multa por inscripción tardía, consulte la Sección 9 del Capítulo 1.	• **Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción.** Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con el Departamento de Servicios para los miembros (en la portada posterior de este folleto encontrará los números de teléfono). • O bien, póngase en contacto con **Medicare**, al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana, y pida que cancelen su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. • Su inscripción en Clover Health NJ Classic Aqua (PPO) se cancelará cuando comience la cobertura en Medicare Original.

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

Sección 4.1 Hasta que se cancele su membresía, sigue siendo miembro de nuestro plan

Si abandona el plan Clover Health NJ Classic Aqua (PPO), es posible que pase algún tiempo antes de que su membresía se cancele y su nueva cobertura de Medicare entre en vigencia. (Para obtener información sobre cuándo comienza su nueva cobertura, consulte

la Sección 2). Durante este tiempo, debe seguir obteniendo su atención médica y sus medicamentos con receta a través de nuestro plan.

- **Debe continuar usando las farmacias de nuestra red para resurtir sus recetas hasta que finalice su membresía en nuestro plan.** Normalmente, sus medicamentos con receta solo están cubiertos si se obtienen en una farmacia de la red, incluidos nuestros servicios de farmacia de pedidos por correo.
- **Si está hospitalizado el día que finalice su membresía, su hospitalización estará generalmente cubierta por nuestro plan hasta que le den el alta** (incluso si le dan el alta después de que comience su nueva cobertura médica).

SECCIÓN 5 Clover Health NJ Classic Aqua (PPO) debe finalizar su membresía en el plan en determinadas situaciones

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos cancelar su membresía en el plan?

Clover Health NJ Classic Aqua (PPO) debe cancelar su membresía en el plan si ocurre cualquiera de los siguientes casos:

- Si ya no tiene Medicare de la Parte A y la Parte B.
- Si usted se muda fuera del área de servicio.
- Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio durante más de seis meses.
    - Si se muda o realiza un viaje largo, deberá llamar al Departamento de Servicios para los miembros para averiguar si el lugar adonde se muda o al que viaja está en el área de nuestro plan. (En la portada posterior de este folleto encontrará los números de teléfono del Departamento de Servicios para los miembros).
- Si es encarcelado (va a prisión).
- Si no es ciudadano estadounidense o se encuentra en los Estados Unidos de manera ilegal.
- Si miente o encubre información sobre otro seguro que tenga que le ofrece cobertura para medicamentos con receta.
- Si nos da intencionalmente información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).

- Si permanentemente se comporta de una forma que es perturbadora y hace que sea difícil que les brindemos atención médica a usted y a otros miembros del plan. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
- Si deja que otra persona use su tarjeta de miembro para obtener atención médica. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
    - Si cancelamos su membresía por esta razón, es posible que Medicare haga que el Inspector general investigue su caso.
- Si usted debe pagar un monto adicional para la Parte D debido a sus ingresos y no lo hace, Medicare cancelará su inscripción en el plan y usted perderá la cobertura para medicamentos con receta.

¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene alguna pregunta o desea recibir más información sobre cuándo podemos cancelar su membresía:

- También puede llamar al Departamento de **Servicios para los miembros** para obtener más información (en la portada posterior de este folleto encontrará los números de teléfono).

Sección 5.2 Nosotros no podemos pedirle que cancele su inscripción en el plan por ningún motivo relacionado con su salud

Clover Health NJ Classic Aqua (PPO) no está autorizado a pedirle que se retire de nuestro plan por alguna razón relacionada a su salud.

¿Qué debe hacer si sucede esto?

Si le parece que le están pidiendo que deje nuestro plan por un motivo relacionado con la salud, debe llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar durante las 24 horas, los 7 días de la semana.

Sección 5.3 Tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan

Si cancelamos su membresía en nuestro plan, tenemos la obligación de darle por escrito nuestros motivos de dicha cancelación. También tenemos que explicarle cómo puede

interponer un reclamo o presentar una queja sobre nuestra decisión de cancelar su membresía. También puede consultar la Sección 10 del Capítulo 9 para obtener información sobre cómo presentar una queja.

CAPÍTULO 11

Avisos legales

Capítulo 11. Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes vigentes 281

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación 281

SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare 281

SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes vigentes

Se aplican muchas leyes a esta *Evidencia de cobertura* y es posible que se apliquen algunas disposiciones adicionales porque lo exige la ley. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades incluso si las leyes no están incluidas ni explicadas en este documento. La ley principal que se aplica a este documento es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y las normas creadas bajo esta ley por parte de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid. Además, es posible que se apliquen otras leyes federales y, en determinadas circunstancias, las leyes del estado en el que vive.

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación

No discriminamos por cuestiones de raza, origen étnico, nacionalidad, color, religión, sexo, género, edad, discapacidad física o mental, estado de salud, experiencia en reclamaciones, historia clínica, información genética, evidencia de asegurabilidad ni ubicación geográfica. Todas las organizaciones que ofrecen planes Medicare Advantage, como nuestro plan, deben cumplir con las leyes federales contra la discriminación, incluido el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley de Atención Accesible, y todas las demás leyes que se aplican a las organizaciones que reciben fondos federales y cualquier otra ley o norma que se aplique por cualquier otra razón.

SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos por Medicare en los que Medicare no es el pagador principal. Según las regulaciones de los CMS en el Título 42, Secciones 422.108 y 423.462 del Código de Regulaciones Federales (CFR), Clover Health NJ Classic Aqua (PPO), como una organización Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que los que la Secretaría ejerce conforme a las regulaciones e los CMS en las subpartes B a D de la parte 411 del Título 42 del CFR, y las normas establecidas en esta sección sustituyen cualquier legislación estatal.

CAPÍTULO 12

Definiciones de palabras importantes

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

Centro quirúrgico ambulatorio: un centro quirúrgico ambulatorio es una entidad que funciona exclusivamente con el propósito de brindar servicios quirúrgicos a pacientes externos que no requieren hospitalización y que esperan no pasar más de 24 horas en el centro asistencial.

Período de inscripción anual: un tiempo establecido, durante el otoño, en el que los miembros pueden cambiar de planes de medicamentos y salud o elegir Medicare Original. El Período de inscripción anual es desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre.

Apelación: una apelación es un recurso que usted presenta si no está de acuerdo con la decisión de denegarle una solicitud de servicios de atención médica o medicamentos con receta, o pagos por servicios o medicamentos que ya ha recibido. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con una decisión de interrumpir los servicios que está recibiendo. Por ejemplo, puede pedir una apelación si no pagamos por un medicamento, artículo o servicio que usted cree que debería poder recibir. El Capítulo 9 explica las apelaciones, incluido el proceso relacionado con presentar una apelación.

Facturación de saldos: cuando un proveedor (un médico o el hospital) factura al paciente más que el monto del costo compartido permitido del plan. Como miembro de Clover Health NJ Classic Aqua (PPO), solo tiene que pagar los montos del costo compartido del plan cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores le "facturen el saldo" o cobren, de otra manera, más del monto del costo compartido que su plan indica que debe pagar.

Período de beneficios: la manera en que Medicare Original mide su uso de los servicios de los hospitales y el centro de atención de enfermería especializada (SNF). El período de beneficios comienza el día en que usted va a un hospital o centro de atención de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza cuando no haya recibido servicios de atención para pacientes internados en un hospital (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si lo internan en el hospital o en el centro de atención de enfermería especializada después de que un período de beneficios haya terminado, comenzará un período de beneficios nuevo. No hay límite en cuanto a la cantidad de períodos de beneficios.

Medicamento de marca: medicamento con receta fabricado y vendido por la compañía farmacéutica que originalmente investigó y desarrolló dicho medicamento. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de ingrediente activo que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos los fabrican y venden otros fabricantes de medicamentos y normalmente no están disponibles hasta que haya vencido la patente del medicamento con nombre de marca.

Etapa de cobertura en situaciones catastróficas: es la etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D en la que paga un copago o coseguro bajo por sus medicamentos después de que usted o alguna persona calificada en su nombre haya
gastado $5,000 en medicamentos cubiertos durante el año de cobertura.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS): es la agencia federal que administra Medicare. El Capítulo 2 explica cómo ponerse en contacto con los CMS.

Coseguro: un monto que se le pedirá que pague como su parte de los costos por los medicamentos con receta y servicios después de pagar los deducibles. El coseguro es normalmente un porcentaje (por ejemplo, el 20%).

Monto máximo combinado que paga de su bolsillo: este es el máximo que pagará en un año por todos los servicios de la Parte A y la Parte B tanto de proveedores de la red (preferidos) como de proveedores fuera de la red (no preferidos). Consulte la Sección 1.2 del Capítulo 4 para obtener información sobre el monto máximo combinado que paga de su bolsillo.

Queja: el nombre formal para “presentar una queja” es “interponer un reclamo”. El proceso de quejas se aplica *solo* a determinados tipos de problemas. Entre ellos se incluyen los problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. Consulte también “Reclamo” en esta lista de definiciones.

Centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF): un centro que brinda principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión y que ofrece una variedad de servicios como fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios de patología del habla y el lenguaje, y servicios de evaluación del entorno en el hogar.

Copago: un monto que es posible que deba pagar como su parte del costo por un servicio o suministro médico, como una consulta con el médico, una consulta como paciente externo en un hospital o un medicamento con receta. Un copago es un monto establecido más que un porcentaje. Por ejemplo, puede pagar $10 o $20 por una consulta al médico o por un medicamento con receta.

Costo compartido: los montos que un miembro tiene que pagar cuando obtiene servicios o medicamentos. El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) cualquier monto deducible que puede imponer un plan antes de cubrir los servicios o medicamentos; (2) cualquier monto fijo de “copago” que un plan exige cuando se recibe un medicamento o servicio específico; o (3) cualquier monto de “coseguro”, un porcentaje del monto total pagado por un servicio o medicamento, que un plan exige cuando

se recibe un medicamento o servicio específico. Es posible que se aplique un "costo compartido diario" cuando su médico le receta un suministro de determinados medicamentos para menos de un mes completo y usted debe pagar un copago.

Nivel de costo compartido: cada medicamento de la Lista de medicamentos cubiertos está en uno de los cinco niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor sea el nivel de costo compartido, mayor será el costo del medicamento que le corresponderá pagar.

Determinación de cobertura: una decisión para determinar si un medicamento que le recetaron está cubierto por el plan y el monto, si lo hubiera, que deberá pagar por el medicamento con receta. En general, si usted lleva su receta a la farmacia y allí le indican que la receta no está cubierta por su plan, eso no es una determinación de cobertura. Deberá llamar o escribir a su plan para pedir una decisión de cobertura formal. Las determinaciones de cobertura también se llaman "decisiones de cobertura" en este folleto. El Capítulo 9 explica cómo solicitar una decisión de cobertura.

Medicamentos cubiertos: es el término que se utiliza para referirse a todos los medicamentos con receta que cubre el plan.

Servicios cubiertos: es el término general que usamos para todos los servicios y suministros de atención médica cubiertos por nuestro plan.

Cobertura acreditable para medicamentos con receta: cobertura para medicamentos con receta (por ejemplo, de un empleador o un sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura, cuando pasan a ser elegibles para Medicare, pueden normalmente mantener esa cobertura sin pagar una multa si deciden inscribirse más tarde en un plan de cobertura para medicamentos con receta de Medicare.

Cuidado asistencial: el cuidado asistencial es la atención personal brindada en un hogar de convalecencia, hospicio u otro centro cuando usted no necesita atención médica o de enfermería especializada. El cuidado asistencial es la atención personal que brindan personas que no tienen habilidades ni preparación profesional y que ayudan con actividades de la vida diaria, como bañarse, vestirse, alimentarse, acostarse y levantarse de la cama o de la silla, desplazarse y utilizar el baño. Puede incluir el tipo de cuidado relacionado con la salud que la mayoría de las personas realizan por sí mismas; por ejemplo, usar gotas para los ojos. Medicare no paga el cuidado asistencial.

Costo compartido diario: es posible que se aplique un "costo compartido diario" cuando su médico le receta un suministro de determinados medicamentos para menos de un mes completo y usted debe pagar un copago. El costo compartido diario es el copago dividido por

la cantidad de días de un suministro para un mes. A continuación, le presentamos un ejemplo: Si su copago para un suministro de un medicamento para un mes es de $30, y un suministro para un mes en su plan tiene 30 días, su "costo compartido diario" es de $1 por día. Esto significa que paga $1 por cada día del suministro cuando obtiene su medicamento con receta.

Deducible: el monto que debe pagar por los medicamentos con receta o por la atención médica antes de que nuestro plan comience a pagar.

Cancelar la inscripción o **cancelación de la inscripción**: el proceso de cancelación de su membresía en nuestro plan. La cancelación de la inscripción puede ser voluntaria (su elección) o involuntaria (cuando no es su elección).

Costo de suministro: un honorario que se cobra cada vez que un medicamento cubierto se entrega para pagar el costo de obtener un medicamento con receta. El costo de suministro cubre costos tales como el tiempo que le insume al farmacéutico preparar y envolver el medicamento con receta.

Equipo médico duradero (DME): ciertos equipos médicos indicados por su médico por razones médicas. Entre los ejemplos se incluyen caminadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, bombas de infusión intravenosa, dispositivos para el habla, equipos de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital solicitados por un proveedor para usar en el hogar.

Emergencia: una emergencia médica es cuando usted o cualquier persona prudente con un conocimiento normal de salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar perder la vida, un miembro o la función de un miembro. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o condición médica que se agrava rápidamente.

Atención de emergencia: corresponde a los servicios cubiertos que: 1) brinda un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia; y 2) son necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia.

Evidencia de cobertura (EOC) y Divulgación de información: en este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro documento adjunto, cláusula adicional u otra cobertura opcional seleccionada, se explica su cobertura, lo que debemos hacer nosotros, sus derechos y lo que debe hacer usted como miembro de nuestro plan.

Excepción: un tipo de determinación de cobertura que, si se aprueba, le permite recibir un medicamento que no está en el formulario del patrocinador de su plan (una excepción al formulario) o un medicamento no preferido a un nivel de costo compartido preferido menor

(una excepción de nivel). También puede solicitar una excepción si el patrocinador de su plan le obliga a probar otro medicamento antes de recibir el medicamento que está solicitando, o si el plan limita la cantidad o dosis del medicamento que está solicitando (una excepción al formulario).

Ayuda adicional: un programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos con receta de Medicare, como las primas, los deducibles y el coseguro.

Medicamento genérico: un medicamento con receta que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA), dado que se considera que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Un medicamento "genérico" tiene el mismo efecto que un medicamento de marca, pero, por lo general, es más económico.

Reclamo: un tipo de queja que se presenta sobre nosotros o las farmacias de nuestra red, incluso las quejas acerca de la calidad de la atención. Este tipo de queja no está relacionado con disputas de cobertura ni de pago.

Auxiliar de atención médica a domicilio: un auxiliar de atención de médica a domicilio brinda servicios que no necesitan las habilidades de enfermeros o terapeutas certificados, como ayudar con la atención personal (por ejemplo, bañarse, usar el baño, vestirse o realizar ejercicios prescritos). Los auxiliares de atención médica a domicilio no tienen una licencia de enfermería ni ofrecen terapia.

Hospicio: una persona inscrita con una expectativa de vida de 6 meses o menos tiene derecho a elegir un hospicio. Nosotros, su plan, debemos proporcionarle una lista de hospicios en su área geográfica. Si elige un hospicio y continúa pagando las primas, usted sigue siendo miembro de nuestro plan. Puede seguir recibiendo todos los servicios médicamente necesarios, así como también los beneficios complementarios que ofrecemos. El hospicio brindará el tratamiento especial para su estado.

Hospitalización: una hospitalización es cuando usted ha sido ingresado formalmente al hospital para recibir servicios médicos especializados. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un "paciente externo".

Monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso (IRMAA): si su ingreso está por encima de cierto límite, pagará un monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso además de la prima de su plan. Por ejemplo, las personas con ingresos superiores a $85,000 y las parejas casadas con ingresos superiores a $170,000 deben pagar un monto superior de la prima de la Parte B de Medicare (seguro médico) y de la cobertura para medicamentos con receta de Medicare. Este monto adicional se denomina monto de ajuste mensual relacionado con el

ingreso. Menos del 5% de las personas con Medicare se encuentran afectadas, por lo que la mayoría de las personas no pagarán una prima más alta.

Límite de cobertura inicial: el límite máximo de cobertura en la Etapa de cobertura inicial.

Etapa de cobertura inicial: es la etapa antes de que sus costos totales de los medicamentos, incluso los montos que usted ha pagado y lo que el plan ha pagado en su nombre, en el año alcancen $3,750.

Período de inscripción inicial: el tiempo en el que puede inscribirse en la Parte A y la Parte B de Medicare cuando es elegible por primera vez para recibir Medicare. Por ejemplo, si es elegible para Medicare cuando cumpla 65 años, el período de inscripción inicial es el período de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que cumple 65 años, incluye el mes en que cumple 65 años y termina 3 meses después del mes en que cumple 65 años.

Monto máximo que paga de su bolsillo dentro de la red: el monto máximo que pagará por servicios de la Parte A y la Parte B cubiertos que reciba de proveedores de la red (preferidos). Después de que haya alcanzado este límite, no tendrá que pagar nada cuando reciba servicios cubiertos de proveedores de la red por el resto del año del contrato. Sin embargo, hasta que alcance el monto combinado que usted paga de su bolsillo, debe continuar pagando su parte del costo cuando lo atienda un proveedor fuera de la red (no preferido). Consulte la Sección 1.2 del Capítulo 4 para obtener información sobre el monto máximo que paga de su bolsillo dentro de la red.

Lista de medicamentos cubiertos (Formulario o "Lista de medicamentos"): una lista de medicamentos con receta cubiertos por el plan. El plan, con la colaboración de un equipo de médicos y farmacéuticos, seleccionó los medicamentos de esta lista. La lista incluye tanto medicamentos de marca como genéricos.

Subsidio por bajos ingresos (LIS): consulte "Ayuda adicional".

Medicaid (o Asistencia médica): un programa conjunto, estatal y federal, que ayuda a solventar costos médicos de ciertas personas con bajos ingresos y recursos limitados. Los programas de Medicaid varían de un estado a otro, pero cubren la mayoría de los costos de atención médica si usted califica para Medicare y Medicaid. En la Sección 6 del Capítulo 2, se incluye más información sobre cómo ponerse en contacto con Medicaid en su estado.

Indicación médicamente aceptada: uso de un medicamento que está aprobado por la FDA y respaldado por ciertos libros de referencia. Para obtener información sobre una indicación médicamente aceptada, consulte la Sección 3 del Capítulo 5.

Médicamente necesario: servicios, suministros o medicamentos que son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su condición médica y cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.

Medicare: el programa federal de seguros de salud destinado a personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas que padecen de la enfermedad renal terminal (por lo general, las que tienen insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o trasplante de riñón). Las personas que tienen Medicare pueden obtener su cobertura médica de Medicare a través de Medicare Original, un plan PACE o Medicare Advantage.

Período de cancelación de inscripción de Medicare Advantage: un tiempo establecido cada año para que los miembros de un plan Medicare Advantage puedan cancelar sus inscripciones al plan y cambiarse a Medicare Original. El Período de cancelación de inscripción de Medicare Advantage es del 1 de enero al 14 de febrero de 2018.

Plan Medicare Advantage (MA): a veces llamado Parte C de Medicare. Es un plan ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindarle todos sus beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare. Un plan Medicare Advantage puede ser una HMO, PPO, un Plan privado de pago por servicio (PFFS) o un plan de Cuenta de ahorros para gastos médicos de Medicare (MSA). Cuando se inscribe en un plan Medicare Advantage, los servicios de Medicare están cubiertos a través del plan y no los paga Medicare Original. En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D (cobertura para medicamentos con receta) de Medicare. Estos planes se llaman planes **Medicare Advantage con cobertura para medicamentos con receta.** Todos los que tengan la Parte A y la Parte B de Medicare son elegibles para inscribirse en cualquier plan de salud de Medicare que se ofrezca en su área, excepto las personas con enfermedad renal terminal (a menos que se apliquen ciertas excepciones).

Programa de Descuento para el Período sin Cobertura de Medicare: es un programa que le brinda descuentos para la mayoría de los medicamentos de marca cubiertos de la Parte D a los inscritos en la Parte D que hayan alcanzado la Etapa del período sin cobertura y que aún no estén recibiendo “Ayuda adicional”. Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y ciertos fabricantes de medicamentos. Por esta razón, la mayoría de los medicamentos de marca, pero no todos, tienen descuentos.

Servicios cubiertos por Medicare: servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare, incluido nuestro plan, deben cubrir todos los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare.

Plan de salud de Medicare: un plan de salud de Medicare ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindar los beneficios de la Parte A y la Parte B a personas con Medicare que se inscriben en el plan. Incluye todos los planes Medicare Advantage, los planes Medicare Cost, programas piloto/demostraciones y programas de atención integral para las personas de edad avanzada (PACE).

Cobertura para medicamentos con receta de Medicare (Parte D de Medicare): seguro que le ayuda a pagar los medicamentos con receta para pacientes externos, las vacunas, los productos biológicos y algunos suministros que no cubren la Parte A o la Parte B de Medicare.

Póliza "Medigap" (seguro complementario de Medicare): el seguro complementario de Medicare vendido por una compañía de seguros privada para cubrir los "períodos sin cobertura" de Medicare Original. Las pólizas Medigap solo funcionan con Medicare Original. (Un plan Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

Miembro (miembro de nuestro Plan o "miembro del Plan"): una persona con Medicare que reúne los requisitos para recibir servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Departamento de Servicios para los miembros: un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder a sus preguntas sobre su membresía, beneficios, reclamos y apelaciones. Para obtener información sobre cómo ponerse en contacto con el Departamento de Servicios para los miembros, consulte el Capítulo 2.

Red: médicos y otros profesionales de salud, hospitales y otras instalaciones de cuidado de la atención o proveedores que proporcionan servicios cubiertos a nuestros miembros que han acordado con nosotros aceptar nuestros pagos y cualquier costo compartido del plan como pago pleno.

Farmacia de la red: una farmacia en la que los miembros del plan pueden obtener los beneficios de medicamentos con receta. Las llamamos "farmacias de la red" porque tienen un contrato con nuestro plan. En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta están cubiertos solo si se obtienen en una de nuestras farmacias de la red.

Proveedor de la red: "proveedor" es el término general que usamos para médicos, otros profesionales de la salud, hospitales y otros centros de atención médica que tienen licencia o están certificados por Medicare y por el estado para ofrecer servicios de atención médica. Los llamamos "**proveedores de la red**" cuando aceptan nuestro pago como pago total y, en algunos casos, para coordinar y prestar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Nuestro plan paga a los proveedores de la red conforme al acuerdo que tiene con los

proveedores o si los proveedores aceptan brindarle servicios cubiertos por el plan. Los proveedores de la red también se denominan “proveedores del plan”.

Determinación de la organización: el plan Medicare Advantage ha tomado una determinación de la organización cuando este toma una decisión sobre si los servicios están cubiertos o sobre cuánto le corresponde pagar a usted por los productos o los servicios cubiertos. Las determinaciones de la organización se denominan “decisiones de cobertura” en este folleto. El Capítulo 9 explica cómo solicitar una decisión de cobertura.

Medicare Original (“Medicare tradicional” o plan Medicare con “pago por servicio”): el plan Medicare Original es ofrecido por el gobierno y no por planes de salud privados, como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos con receta. En Medicare Original, los servicios de Medicare están cubiertos al pagarles a los médicos, hospitales y otros proveedores de la salud los montos de pago establecidos por el Congreso. Usted puede consultar con cualquier médico, hospital o proveedor de atención médica que acepte Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga lo que le corresponde de la cantidad aprobada por Medicare, y usted paga lo que le corresponde a usted. Medicare Original tiene dos partes: la Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico), y está disponible en todas partes en los EE. UU.

Farmacia fuera de la red: una farmacia que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar los medicamentos cubiertos a los miembros del plan. Como se explicó en esta Evidencia de cobertura, la mayoría de los medicamentos que obtenga en las farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan a menos que se apliquen ciertas condiciones.

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red: es un proveedor o centro con el que no hemos acordado coordinar ni ofrecer servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no están empleados, ni son propiedad ni los opera nuestro plan, y además no han firmado un contrato para ofrecerle servicios cubiertos a usted. En el Capítulo 3 de este folleto, se explica cómo usar proveedores o centros fuera de la red.

Costos que paga de su bolsillo: consulte la definición de “costo compartido”. El requisito de costo compartido de un miembro para pagar una parte de los servicios o medicamentos recibidos también se conoce como el requisito de costo que “paga de su bolsillo” un miembro.

Parte C: consulte “Plan Medicare Advantage (MA)”.

Parte D: es el Programa voluntario de beneficios de medicamentos con receta de Medicare. (Para que sea más fácil referirnos al programa de beneficios de medicamentos con receta, lo denominaremos Parte D).

Medicamentos de la Parte D: los medicamentos que pueden estar cubiertos por la Parte D. Podemos ofrecer todos los medicamentos de la Parte D o no. (Consulte su formulario para ver una lista específica de los medicamentos cubiertos). Ciertas categorías de medicamentos fueron excluidas específicamente por el Congreso y no están cubiertas como medicamentos de la Parte D.

Multa mensual por inscripción tardía de la Parte D: un monto que se suma a su prima mensual por la cobertura para medicamentos de Medicare si no tiene una cobertura acreditable (la cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare) durante un período continuo de 63 días o más. Usted paga este monto más alto mientras tenga el plan de medicamentos de Medicare. Hay algunas excepciones. Por ejemplo, si recibe "Ayuda adicional" de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos con receta, no pagará una multa por inscripción tardía.

Costo compartido preferido: el costo compartido más bajo para ciertos medicamentos de la Parte D cubiertos en determinadas farmacias de la red.

Plan de Organización de Proveedores Preferidos (PPO): un plan de Organización de Proveedores Preferidos es un plan Medicare Advantage que tiene una red de proveedores contratados que han acordado tratar a los miembros por un monto de pago específico. Un plan PPO debe cubrir todos los beneficios del plan independientemente de si son recibidos por proveedores dentro o fuera de la red. El costo compartido por el miembro será normalmente superior cuando se reciben los beneficios de proveedores fuera de la red. Los planes PPO tienen un límite anual de los costos que paga de su bolsillo para los servicios recibidos de proveedores (preferidos) de la red y un límite más alto en los costos que paga de su bolsillo por servicios de proveedores tanto dentro de la red (preferido) como fuera de la red (no preferidos).

Prima: el pago periódico a Medicare, a una compañía de seguros o a un plan de salud para una cobertura de salud o de medicamentos con receta.

Proveedor de atención primaria (PCP): su proveedor de atención primaria u otro proveedor que visita primero para la mayoría de sus problemas de salud. Se asegura de que reciba la atención que necesita para mantenerse saludable. También puede hablar con otros médicos y proveedores de atención de la salud acerca de su atención y darle referidos para ellos. En muchos planes de salud de Medicare, debe visitar a su proveedor de atención primaria antes

de ver a cualquier otro proveedor de atención de la salud. Para obtener información sobre Médicos de atención primaria, consulte la Sección 2.1 del Capítulo 3).

Autorización previa: la aprobación por adelantado para obtener servicios o determinados medicamentos que pueden estar incluidos en el formulario o no. En la parte de la red de una PPO, algunos servicios médicos dentro de la red están cubiertos solo si su médico u otro proveedor de la red consigue una "autorización previa" de nuestro plan. En una PPO, no necesita autorización previa para recibir servicios fuera de la red. Sin embargo, tal vez quiera consultar con su plan antes de obtener servicios de proveedores fuera de la red para confirmar que el servicio esté cubierto por su plan y para conocer la parte del costo que le corresponde a usted. En la Tabla de beneficios del Capítulo 4, se señalan los servicios cubiertos para los que se necesita autorización previa. Algunos medicamentos están cubiertos solo si su médico u otro proveedor de la red obtiene una "autorización previa" otorgada por nosotros. Los medicamentos que necesitan autorización previa están marcados en el formulario.

Dispositivos ortésicos y protésicos: estos son dispositivos médicos solicitados por su médico u otro proveedor de atención médica. Entre los artículos cubiertos, se incluyen dispositivos ortopédicos para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o una función interna del cuerpo, como suministros para ostomía y terapia nutricional enteral y parenteral.

Organización para la Mejora de la Calidad (QIO): un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica a los cuales el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare. Consulte en la Sección 4 del Capítulo 2 la información sobre cómo ponerse en contacto con la QIO de su estado.

Límites de cantidad: una herramienta de gestión diseñada para limitar el uso de medicamentos seleccionados por motivos de calidad, seguridad o utilización. Los límites también pueden ser en la cantidad de medicamento que cubrimos por receta o durante un período definido de tiempo.

Servicios de rehabilitación: estos servicios incluyen fisioterapia, terapia del habla y del lenguaje, y terapia ocupacional.

Área de servicio: un área geográfica donde un plan de salud acepta miembros, en caso de que el plan limite la membresía con base en el lugar donde viven las personas. Para los planes que limitan qué médicos y hospitales puede utilizar, también es generalmente el área donde puede obtener servicios de rutina (no emergencias). El plan puede cancelar su inscripción si se muda fuera del área de servicio del plan de manera permanente.

Atención en un centro de atención de enfermería especializada (SNF): servicios de atención de enfermería especializada o rehabilitación especializada brindados todos los días en un centro de atención de enfermería especializada. Ejemplos de los servicios del centro incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo pueden ser aplicadas por una enfermera matriculada o un médico.

Período de inscripción especial: un tiempo determinado para que los miembros puedan cambiar sus planes de salud o medicamentos, o volver a Medicare Original. Situaciones en las que usted puede ser elegible para un Período de inscripción especial son: si se aleja del área de servicio, si está recibiendo "Ayuda adicional" con los costos de sus medicamentos con receta, si se muda a un hogar de convalecencia, o si rompemos nuestro contrato con usted.

Costo compartido estándar: costo compartido estándar que no es el costo compartido preferido que se ofrece en una farmacia de la red.

Tratamiento escalonado: herramienta de utilización que exige que primero intente tratar su afección médica con otro medicamento antes de que cubramos el medicamento que le recetó el médico en primer lugar.

Ingreso complementario administrado por el Seguro Social (SSI): es un beneficio mensual que paga el Seguro Social a las personas con ingresos y recursos limitados, y que son discapacitadas, están ciegas o tienen 65 años o más. Los beneficios del SSI no son iguales que los beneficios del Seguro Social.

Servicios de urgencia: los servicios de urgencia son atención brindada para tratar a una enfermedad, lesión o condición imprevista, que no es de emergencia y que requiere atención médica inmediata. Los servicios de urgencia pueden ser brindados por proveedores dentro de la red o fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles o no es posible comunicarse con ellos temporalmente

Departamento de Servicios para los miembros de Clover Health NJ Classic Aqua (PPO)

Método	Departamento de Servicios para los miembros - Información de contacto
LLAME AL	1-888-657-1207 Las llamadas a este número son gratuitas. El Departamento de Servicios para los miembros está disponible los 7 días de la semana, de 8am a 8pm, hora local. Desde el 15 de febrero hasta el 30 de septiembre, se usarán tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz) los fines de semana y los feriados. También puede enviarnos un mensaje por Internet. Para ello, visite https://www.cloverhealth.com/en/members/contact-us El Departamento de Servicios para los miembros también ofrece servicios gratuitos de intérpretes para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. El Departamento de Servicios para los miembros está disponible los 7 días de la semana, de 8am a 8pm, hora local. Desde el 15 de febrero hasta el 30 de septiembre, se usarán tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz) los fines de semana y feriados.
ESCRIBA A	Clover Health PO Box 471 Jersey City, NJ 07303
SITIO WEB	https://www.cloverhealth.com

Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP) de Nueva Jersey

Es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros de salud, a nivel local y en forma gratuita, a las personas que tienen Medicare.

Método	Información de contacto
LLAME AL	1-800-792-8820
TTY	711
ESCRIBA A	Division of Aging and Community Services Department of Health PO Box 715 Trenton, NJ 08625-0715
SITIO WEB	www.state.nj.us/humanservices/doas/services/ship

Declaración de Divulgación de PRA

De acuerdo con la Ley de Reducción de Documentación de 1995, ninguna persona debe responder a una recopilación de información excepto que muestre un número de control válido de OMB. El número de control válido de OMB para esta recopilación de información es 0938-1051. Si tiene comentario o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

Clover está aquí para ayudarle.

¿Tiene preguntas? 1-201-414-9690 (TTY 711),
de 8am a 8pm, hora local, los 7 días de la semana*.

---

*Entre el 15 de febrero y el 30 de septiembre, se usarán tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz) los fines de semana y los días feriados.

Clover Health es un plan de Organización de Proveedores Preferidos (Preferred Provider Organization, PPO) que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en Clover Health depende de la renovación del contrato. Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Comuníquese con el plan para obtener más información. Pueden aplicarse limitaciones, copagos y restricciones. Los beneficios, las primas o los copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero de cada año. El formulario, la red de farmacias o la red de proveedores puede cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando sea necesario.

Debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare.

Tenga en cuenta que los proveedores fuera de la red/sin contrato no tienen la obligación de tratar a los miembros de Clover, excepto en situaciones de emergencia. Si desea saber si cubriremos un servicio fuera de la red, le recomendamos que usted o su proveedor solicite una determinación de la organización previa al servicio antes de recibir el servicio. Llame al Servicio al Cliente o consulte la Evidencia de Cobertura para obtener más información, incluidos los costos compartidos que se aplican a los servicios fuera de la red.

H5141_7MX035A2_SP_Approved