Clover Health

Texas Clover Health Classic (HMO) (008)

Su Evidencia de Cobertura:
Todos los detalles de su
TX Clover Health Classic (HMO) para 2022

Clover Health

Desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2022

Evidencia de cobertura:

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

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

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

Esta información está disponible sin cargo en español.

Para obtener más información, llame a Servicios para los Miembros al 1-888-778-1478. (Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711). Nuestro horario de atención es de 8 am a 8 pm, hora local, 7 días a la semana. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, se usarán tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz) los fines de semana y los días feriados.

Los beneficios, las primas, los deducibles y los copagos o coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2023.

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

Y0129_ 21MX032B19_C

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

Evidencia de cobertura de 2022

Índice

Esta lista de capítulos y números de páginas es el punto de partida. Si necesita ayuda adicional 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 4

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

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes 23

Le informa cómo ponerse en contacto con nuestro plan (Clover Health Choice Classic (HMO)) y con otras organizaciones como Medicare, el Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (State Health Insurance Assistance Program, 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 sus medicamentos con receta y la Junta de Retiro Ferroviario.

Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos . 44

Explica conceptos importantes que debe saber para recibir atención médica como miembro de nuestro plan. Los temas incluyen cómo usar los proveedores en la red del plan y cómo obtener atención cuando tiene una emergencia.

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar) 60

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 107

Explica las normas que debe cumplir cuando obtiene medicamentos de la Parte D. Le indica cómo usar la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)* del plan para averiguar qué medicamentos están cubiertos. Detalla qué tipos de medicamentos *no* están cubiertos. También explica los distintos tipos de restricciones que se aplican a la cobertura para determinados medicamentos. Le indica dónde puede surtir sus medicamentos con receta. Menciona los programas del plan para la seguridad de los medicamentos y el manejo de medicamentos.

Capítulo 6. Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D 135

Explica las tres etapas de la cobertura para medicamentos (*Etapa de cobertura inicial, Etapa del período sin cobertura y Etapa de cobertura en situaciones catastróficas*) y cómo estas etapas afectan lo que paga por ellos. Explica los 5 niveles de costo compartido para sus medicamentos de la Parte D y le informa lo que debe pagar por un medicamento 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 155

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 163

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) 175

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 solicitarnos que hagamos excepciones a las reglas o restricciones adicionales en su cobertura para medicamentos con receta, y solicitarnos que sigamos cubriendo la atención hospitalaria y ciertos tipos de servicios médicos si cree que su cobertura finaliza demasiado pronto.
- También 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 236

Explica cuándo y cómo puede cancelar su membresía en el plan. Además, detalla las situaciones en las cuales nuestro plan debe cancelar su membresía.

Capítulo 11. Avisos legales 247

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

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes 249

Explica los términos clave utilizados en este folleto.

CAPÍTULO 1

Primeros pasos como miembro

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 1 Introducción 6

Sección 1.1 Usted está inscrito en Clover Health Classic (HMO), que es un plan HMO de Medicare 6

Sección 1.2 ¿De qué trata el folleto *de Evidencia de cobertura*? 6

Sección 1.3 Información legal sobre la *Evidencia de cobertura* 6

SECCIÓN 2 ¿Qué lo hace elegible para ser miembro del plan? 7

Sección 2.1 Sus requisitos de elegibilidad 7

Sección 2.2 ¿A qué hacen referencia la Parte A y la Parte B de Medicare? 7

Sección 2.3 Este es el área de servicio para el plan Clover Health Classic (HMO) 8

Sección 2.4 Ciudadano de los Estados Unidos o residente legal 8

SECCIÓN 3 ¿Qué otros materiales le enviaremos? 8

Sección 3.1 Su tarjeta de membresía del plan. Úsela para obtener todos los servicios cubiertos de atención y de medicamentos con receta 8

Sección 3.2 El *Directorio de proveedores*: su guía para conocer a todos los proveedores de la red del plan 9

Sección 3.3 El *Directorio de farmacias*: su guía para conocer las farmacias de nuestra red 10

Sección 3.4 La Lista de medicamentos cubiertos *(Formulario)* del plan 11

Sección 3.5 *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 11

SECCIÓN 4 Su prima mensual para Clover Health Classic (HMO) 12

Sección 4.1 ¿Cuál es el costo de la prima de su plan? 12

SECCIÓN 5 ¿Tiene que pagar la “multa por inscripción tardía” de la Parte D? 12

Sección 5.1 ¿Qué es la “multa por inscripción tardía” de la Parte D? 12

Sección 5.2 ¿Cuánto es la multa por inscripción tardía de la Parte D? 13

Sección 5.3 En algunas situaciones, puede inscribirse tarde y no tener que pagar la multa 14

Sección 5.4 ¿Qué puede hacer si no está de acuerdo con su multa por inscripción tardía de la Parte D? 15

SECCIÓN 6 ¿Debe pagar un monto adicional de la Parte D por sus ingresos? 15

Sección 6.1 ¿Quién paga un monto adicional de la Parte D por sus ingresos? 15
Sección 6.2 ¿Cuánto es el monto adicional de la Parte D? 15
Sección 6.3 ¿Qué puede hacer si no está de acuerdo con pagar un monto adicional de la Parte D? 16
Sección 6.4 ¿Qué sucede si no paga el monto adicional de la Parte D? 16
SECCIÓN 7 Más información sobre su prima mensual 16
Sección 7.1 Si paga una multa por inscripción tardía de la Parte D, hay varias maneras de pagarla 17
Sección 7.2 ¿Podemos cambiar su prima mensual del plan durante el año? 18
SECCIÓN 8 Mantenga actualizado su registro de membresía del plan 19
Sección 8.1 Cómo puede asegurarse de que tengamos información correcta sobre usted 19
SECCIÓN 9 Protegemos la privacidad de su información de salud personal 20
Sección 9.1 Nos aseguramos de que su información de salud esté protegida..... 20
SECCIÓN 10 Cómo funciona otro seguro con nuestro plan 20
Sección 10.1 ¿Qué plan paga primero cuando tiene otro seguro? 20

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Usted está inscrito en Clover Health Classic (HMO), que es un plan HMO de Medicare

Usted está cubierto por Medicare y ha elegido obtener su atención médica de Medicare y su cobertura para medicamentos con receta a través de nuestro plan, Clover Health Classic (HMO).

Hay distintos tipos de planes de salud de Medicare. Clover Health Classic (HMO) es un plan Medicare Advantage HMO (HMO significa Organización para el Mantenimiento de la Salud) aprobado por Medicare y administrado por una empresa privada.

La cobertura de este plan califica como cobertura de salud elegible (Qualifying Health Coverage, QHC) y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de Protección al Paciente y de la Ley de Atención Asequible (Affordable Care Act, ACA). Visite el sitio web del IRS (del inglés Internal Revenue Service, Servicio de Impuestos internos) en: www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información.

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

Este folleto de *Evidencia de cobertura* describe cómo puede obtener su cobertura de atención médica y de 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.

Las palabras “cobertura” y “servicios cubiertos” hacen referencia a la atención, a los servicios médicos y a los medicamentos con receta disponibles para usted como miembro de Clover Health Classic (HMO).

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

Si hay algún tema que lo confunde o le preocupa, o simplemente tiene una pregunta, comuníquese con Servicios para los Miembros de nuestro plan (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).

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 respecto de cómo Clover Health Classic (HMO) cubre su atención. Otras partes de este contrato incluyen su formulario de inscripción, la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* y cualquier aviso que reciba de

nosotros sobre cambios en su cobertura o condiciones que afecten su cobertura. En ocasiones, estos avisos se denominan “cláusulas adicionales” o “enmiendas”.

El contrato tendrá vigencia durante los meses en los que esté inscrito en Clover Health Classic (HMO) del 1 de enero de 2022 al 31 de diciembre de 2022.

Cada año calendario, Medicare nos permite realizar cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y los beneficios de Clover Health Classic (HMO) después del 31 de diciembre de 2022. También podemos decidir dejar de ofrecer el plan u ofrecerlo en un área de servicio diferente después del 31 de diciembre de 2022.

Medicare debe aprobar nuestro plan todos los años

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar el plan Clover Health Classic (HMO) cada año. Usted 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 lo hace elegible para ser miembro del plan?

Sección 2.1 Sus 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).
- -- *Y* -- viva en nuestra área geográfica de servicio (la Sección 2.3 a continuación describe nuestra área de servicio).
- -- *Y* -- sea ciudadano de los Estados Unidos, o se encuentre en los Estados Unidos de manera legal.

Sección 2.2 ¿A qué hacen referencia la Parte A y la Parte B de Medicare?

Cuando se inscribió por primera vez en Medicare, recibió información sobre qué servicios están cubiertos en 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 (servicios para pacientes internados, centros 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, el tratamiento de infusión en el hogar y otros servicios para pacientes ambulatorios) y ciertos artículos (como suministros y equipo médico duradero (EMD)).

Sección 2.3 Este es el área de servicio para el plan Clover Health Classic (HMO)

Si bien Medicare es un programa federal, Clover Health Classic (HMO) está disponible solo para personas que viven 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 este condado en Texas: El Paso

Si tiene pensado mudarse fuera del área de servicio, comuníquese con Servicios para los Miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto). 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 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 Ciudadano de los Estados Unidos o residente legal

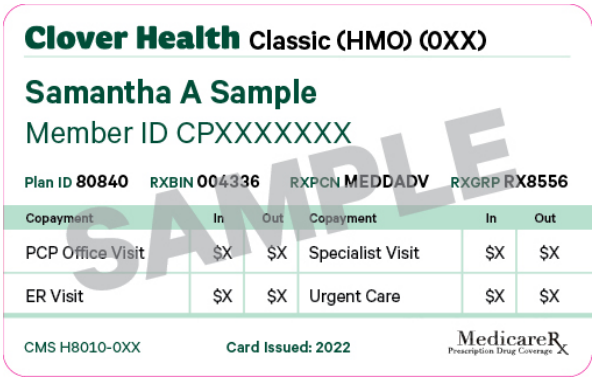
Los miembros de los planes de salud de Medicare deben ser ciudadanos estadounidenses o encontrarse en los Estados Unidos de manera legal. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificará a Clover Health Classic (HMO) si usted no es elegible para seguir siendo miembro con base en este requisito. Clover Health Classic (HMO) debe cancelar su inscripción si usted no cumple con este requisito.

SECCIÓN 3 ¿Qué otros materiales le enviaremos?

Sección 3.1 Su tarjeta de membresía del plan. Úsela para obtener todos los servicios cubiertos de atención y de medicamentos con receta.

Mientras sea un miembro de nuestro plan, debe usar su tarjeta de membresía cada vez que reciba un servicio cubierto por este plan y para los medicamentos con receta que obtenga en las farmacias de la red. Además, debe mostrarle al proveedor su tarjeta de Medicaid, si corresponde.

A continuación, encontrará un modelo de la tarjeta de membresía para que conozca cómo será la suya:



NO use su tarjeta roja, azul y blanca de Medicare para obtener los servicios médicos cubiertos mientras sea miembro de este plan. Si utiliza su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de membresía de *Clover Health Classic (HMO)*, es posible que deba pagar el costo completo de los servicios médicos. Mantenga su tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Es posible que se le pida que la muestre si necesita recibir servicios hospitalarios o de cuidados paliativos, o participar en estudios de investigación de rutina.

Aquí le explicamos por qué esto es tan importante: Si recibe servicios cubiertos con su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare en lugar de usar su tarjeta de membresía de *Clover Health Classic (HMO)* mientras sea miembro del plan, es posible que deba pagar el costo total de los servicios.

Si la tarjeta de membresía del plan está dañada, se le pierde o se la roban, llame de inmediato a Servicios para los Miembros para que le enviemos una tarjeta nueva. (Los números de teléfono de Servicios para los Miembros figuran en la contraportada de este folleto).

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

El *Directorio de proveedores* enumera los proveedores de nuestra red y los proveedores de equipos médicos duraderos.

¿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 para que presten servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. La lista de proveedores más actualizada está disponible en nuestro sitio web en www.cloverhealth.com/en/members/find-provider.

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

Es importante saber qué proveedores forman parte de nuestra red porque, con excepciones limitadas, mientras sea miembro de nuestro plan debe usar proveedores de la red para obtener su atención y servicios médicos. Las únicas excepciones son emergencias, servicios de urgencia cuando la red no está disponible (generalmente, cuando se encuentra fuera del área), servicios de diálisis fuera del área y casos en los que Clover Health Classic (HMO) autoriza el uso de proveedores fuera de la red. Consulte el Capítulo 3 *(Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos)* para obtener información más específica sobre la cobertura de emergencia, fuera de la red y fuera del área.

Si no tiene su copia del *Directorio de proveedores*, puede solicitar una a través de Servicios para los Miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto). El Departamento de Servicios para los Miembros, le podrá proporcionar más información sobre los proveedores de nuestra red, incluidas sus calificaciones. También puede ver el *Directorio de proveedores* en www.cloverhealth.com/en/members/find-provider. Tanto el Departamento de Servicios para los Miembros como el sitio web pueden proporcionarle la información más actualizada sobre cambios en los proveedores de la red.

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

¿Qué son las “farmacias de la red”?

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

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

Usted puede utilizar el *Directorio de farmacias* para encontrar la farmacia de la red que desee utilizar. Hay cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. En nuestro sitio web www.cloverhealth.com/en/members/find-provider encontrará un Directorio de farmacias actualizado. También puede llamar a 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 2022 para verificar qué farmacias se encuentran en nuestra red.**

El *Directorio de farmacias* también le indicará qué farmacias de la red tienen costo compartido preferido, que pueden ofrecerle un costo compartido menor que el costo compartido estándar ofrecido por otras farmacias de la red para algunos medicamentos.

Si no tiene el *Directorio de farmacias*, puede solicitar uno a través de Servicios para los Miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto). Puede llamar a 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 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". Esta lista indica qué medicamentos con receta de la Parte D están cubiertos por el beneficio de la Parte D incluido en el plan Clover Health Classic (HMO). 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 Classic (HMO).

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

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

Sección 3.5 *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 lo ayudará a comprender y a hacer un seguimiento de los pagos realizados por sus medicamentos con receta de la Parte D. Este informe 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 gastado por usted, otras personas en su nombre y nosotros por medicamentos con receta de la Parte D, así como el monto total pagado por cada uno de los medicamentos con receta de la Parte D durante cada mes en que se utilizan los beneficios de la Parte D. En la EOB de la Parte D, se proporciona más información acerca de los medicamentos que toma, como los aumentos de precio y otros medicamentos costo compartido más bajo que puede tener a disposición. Debe hablar con la persona que emite la receta sobre estas opciones de costo más bajo. 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 cómo le puede servir para hacer un seguimiento de su cobertura para medicamentos.

El resumen de la *Explicación de Beneficios de la Parte D* también está disponible si lo solicita. Para obtener una copia, comuníquese con Servicios para los Miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).

Si desea recibir en forma electrónica el resumen de la Explicación de Beneficios de la Parte D, puede registrar una cuenta a través de nuestro socio de beneficios farmacéuticos, CVS Caremark, en el portal caremark.com y optar por recibir los estados de cuenta digitales. Recibirá un correo electrónico en el que se le informará que hay un documento para consultar en el portal en línea.

SECCIÓN 4 Su prima mensual para Clover Health Classic (HMO)

Sección 4.1 ¿Cuál es el costo de la prima de su plan?

Usted no paga una prima mensual por separado para Clover Health Classic (HMO). Usted debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid u otro tercero pague la prima de la parte B por usted).

En algunos casos, la prima del plan podría ser mayor

En algunos casos, la prima del plan podría ser mayor al monto mencionado en la Sección 4.1. Estas situaciones se describen a continuación.

- Algunos miembros deben pagar una **multa por inscripción tardía de la Parte D** porque no se inscribieron en un plan de medicamentos de Medicare cuando pasaron a ser elegibles por primera vez o porque transcurrieron 63 días o más consecutivos sin que tuvieran una cobertura para medicamentos con receta "acreditable". (Cobertura "acreditable" significa que se espera que la cobertura para medicamentos pague, en promedio, tanto como lo que ofrece la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare). Para esos miembros, la multa por inscripción tardía de la Parte D se suma a la prima mensual del plan. El monto de la prima estará constituido por la prima mensual del plan más el monto de la multa por inscripción tardía de la Parte D.
    - Si se le exige que pague la multa por inscripción tardía de la Parte D, el costo de la multa por inscripción tardía depende de cuánto tiempo estuvo sin cobertura de la Parte D u otra cobertura acreditable para medicamentos con receta. La Sección 5 del Capítulo 1 explica 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.
- A algunos miembros se les puede exigir que paguen un cargo adicional, conocido como el monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso de la Parte D o IRMAA, porque hace 2 años tuvieron un ingreso bruto ajustado modificado, por encima de cierto monto, en su declaración de impuestos al IRS. Los miembros sujetos a un IRMAA deberán pagar el monto de la prima estándar y este cargo adicional, que se agregará a su prima. En la Sección 6 del Capítulo 1 se explica el IRMAA con más detalle.

SECCIÓN 5 ¿Tiene 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 usted recibe "Ayuda Adicional" de Medicare para pagar sus medicamentos con receta, no pagará una multa por inscripción tardía.

La multa por inscripción tardía es un monto 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. "Cobertura acreditable para medicamentos con receta" es la cobertura que cumple con los estándares mínimos de Medicare, ya que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare. El costo de la multa por inscripción tardía depende de cuánto tiempo estuvo sin cobertura de la Parte D u otra cobertura acreditable para medicamentos con receta. Tendrá que pagar esta multa mientras tenga la cobertura de la Parte D.

Cuando se inscribe por primera vez en Clover Health Classic (HMO), le informamos el monto de la multa. Su multa por inscripción tardía de la Parte D se considera su prima del plan.

Sección 5.2 ¿Cuánto es 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 durante 14 meses no tiene cobertura, la multa será del 14%.
- Luego, Medicare determina el monto de la prima mensual promedio para los planes de medicamentos de Medicare en el país desde el año anterior. Para 2022, el monto promedio de esta prima es $33.37.
- Para calcular su multa mensual, debe multiplicar el porcentaje de la multa y la prima mensual promedio y, luego, redondear el resultado a los 10 centavos más cercanos. En el ejemplo aquí, sería 14% multiplicado por $33.37, que equivale a $4.671. Esto se redondea en $4.67. Este monto se agregaría **a la prima mensual para alguien con 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.
- En segundo lugar, **usted continuará pagando una multa** todos los meses mientras esté inscrito en un plan que tenga beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare, incluso si cambia de plan.

- Tercero, si tiene menos de 65 años y actualmente recibe los beneficios de Medicare, la multa por inscripción tardía de la Parte D se reinicia cuando cumpla los 65 años. 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 algunas situaciones, puede inscribirse tarde y no tener que pagar 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 la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare. Medicare la denomina "**cobertura acreditable para 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 puede enviar por carta o se la puede incluir 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 para medicamentos con receta "acreditable" que se preveía que pagaría el mismo monto que la cobertura estándar para 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 más información sobre las coberturas acreditables, consulte su manual *Medicare & You* (Medicare y Usted) *2022* o llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
- Si estuvo sin cobertura acreditable, pero durante menos de 63 días consecutivos.

- Si recibe "Ayuda Adicional" de Medicare.

Sección 5.4 ¿Qué puede hacer si no está de acuerdo con su multa por inscripción tardía de la Parte D?

Si no está de acuerdo con su multa por inscripción tardía de la Parte D, usted o su representante pueden solicitar una revisión de la decisión sobre su multa por inscripción tardía. En general, debe solicitar esta revisión en un **plazo de 60 días a** partir de la fecha de la primera carta que reciba en la que se indique que debe pagar una multa por inscripción tardía. Si pagó una multa antes de inscribirse en nuestro plan, quizás no tenga otra oportunidad de solicitar una revisión de esa multa por inscripción tardía. Para obtener más información sobre cómo hacerlo, puede llamar a Servicios para los Miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).

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

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

Si su ingreso bruto ajustado modificado, tal como aparece en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años, supera un cierto monto, pagará el monto de la prima estándar y un monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos, también conocido como IRMAA. IRMAA es un cargo adicional que se suma a su prima.

Si tiene que pagar un monto adicional, el Seguro Social, no su plan de Medicare, le enviará una carta en la que le informará 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 Ferroviarios o de la Oficina de Administración de Personal, independientemente de cómo pague generalmente 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 ¿Cuánto es el monto adicional de la Parte D?

Si su ingreso bruto ajustado modificado (Modified Adjusted Gross Income, MAGI), como se informó en su declaración de impuestos del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS), está por encima de cierto monto, usted pagará una suma adicional además de su prima mensual del plan. Para obtener más información sobre el monto adicional que puede tener que pagar según sus ingresos, visite www.medicare.gov/part-d/costs/premiums/drug-plan-premiums.html.

Sección 6.3 ¿Qué puede hacer si no está de acuerdo con pagar un monto adicional de la Parte D?

Si no está de acuerdo con pagar un monto adicional por sus ingresos, puede solicitar al Seguro Social que revise la decisión. Para obtener más información, comuníquese con el Seguro Social al 1-800-772-1213 (los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-325-0778).

Sección 6.4 ¿Qué sucede 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 por ley 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 ser elegible para nuestro plan, usted debe tener Medicare Parte A y Medicare Parte B. Algunos miembros del plan (aquellos que no son elegibles para obtener la Parte A sin pagar la prima) pagan una prima por la Parta A de Medicare. La mayoría de los miembros del plan pagan una prima por la Parte B de Medicare. **Usted debe continuar pagando las primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan.**

Si su ingreso bruto ajustado modificado, tal como aparece en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años, supera un cierto monto, pagará el monto de la prima estándar y un monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos, también conocido como IRMAA. IRMAA es un cargo adicional que se suma a su prima.

- **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 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/TDD deben llamar al 1-877-486-2048. O bien, puede llamar al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-325-0778.

Su copia del manual *Medicare & You 2022* (Medicare y Usted 2022) le brinda información sobre las primas de Medicare en la sección denominada “Costos de Medicare para 2022”. 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 manual *Medicare & You* (Medicare y usted). Los nuevos miembros de Medicare lo reciben en el plazo de un mes después de que se inscriben por primera vez. También puede descargar una copia del manual *Medicare & You 2022* (Medicare y Usted 2022) del sitio web de Medicare (www.medicare.gov). O bien, puede solicitar una copia impresa por teléfono al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 7.1 Si paga una multa por inscripción tardía de la Parte D, hay varias maneras de pagarla

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

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

Opción n.º 1: Puede pagar con cheque

- Recibirá un resumen todos los meses por correo postal en el que se detallará su multa por inscripción tardía de la Parte D. Deberá enviarnos su cheque o giro, pagadero a Clover Health, antes del 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 (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) ni al Departamento de Salud y Servicios Humanos (Health and Human Services, HHS).

Opción n.º 2: Puede hacer los pagos por 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. Comuníquese 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 (Electronic Funds Transfer, EFT).
- Clover Health debitará automáticamente su multa por inscripción tardía de la Parte D aproximadamente el día 5 de cada mes (si el día 5 cae en un fin de semana, el débito se podría realizar el siguiente día hábil).

Opción n.º 3: Puede solicitar que la multa por inscripción tardía de la Parte D se deduzca de su cheque mensual del Seguro Social

Puede solicitar que la multa por inscripción tardía de la Parte D se deduzca de su cheque mensual del Seguro Social. Comuníquese con Servicios para los Miembros para obtener más información acerca de cómo pagar su multa de esta manera. Con gusto lo ayudaremos a configurar esta opción. (Los números de teléfono de Servicios para los Miembros figuran en la contraportada de este folleto).

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

Si tiene problemas para pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D a tiempo, comuníquese con Servicios para los Miembros para ver si podemos recomendarle programas que lo ayuden a pagar la multa. (Los números de teléfono de Servicios para los Miembros figuran en la contraportada de este folleto).

En el momento en que cancelemos su membresía, es posible que aún nos adeude la multa que no ha pagado. Tenemos derecho a solicitar el cobro de la multa que adeuda. En el futuro, si desea volver a inscribirse en nuestro plan (u otro plan que ofrezcamos), deberá pagar el monto adeudado antes de poder hacerlo.

Si considera que su membresía fue cancelada por error, tiene derecho a pedirnos que reconsideremos esta decisión mediante la presentación de una queja. La Sección 10 del Capítulo 9 de este folleto explica cómo presentar una queja. Si tuvo una circunstancia de emergencia que estaba fuera de su control y no pudo pagar su multa por inscripción tardía de la Parte D dentro de nuestro período de gracia, puede solicitarnos que reconsideremos esta decisión llamando al 1-888-778-1478 de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, se usarán tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz) los fines de semana y los días feriados. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711. Debe realizar la solicitud antes de los 60 días posteriores a la fecha en que se cancela su membresía.

Sección 7.2 ¿Podemos cambiar su prima mensual del plan durante el año?

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

Sin embargo, en algunos casos, puede necesitar comenzar a pagar o puede dejar de pagar una multa por inscripción tardía. (La multa por inscripción tardía se puede aplicar si hubo un período continuo de 63 días o más en el que no tuvo una cobertura para medicamentos con receta “acreditable”). Esto puede ocurrir si resulta elegible para el programa “Ayuda Adicional” o si pierde su elegibilidad para el programa “Ayuda Adicional” durante el año:

- Si actualmente paga la multa por inscripción tardía de la Parte D y resulta ser elegible para la "Ayuda Adicional" durante el año, podría dejar de pagar la multa.
- Si ya no goza del beneficio de Ayuda adicional, puede pagar una multa por inscripción tardía si pasan 63 días o más seguidos sin la cobertura de la Parte D u otra cobertura acreditable para medicamentos con receta.

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

SECCIÓN 8 Mantenga actualizado su registro de membresía del plan

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

Su registro de membresía contiene información del formulario de inscripción, incluida 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 membresía 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, Compensación para Trabajadores 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 el responsable designado por usted (como un cuidador).
- Si está participando en un estudio de investigación clínica.

Si hay algún cambio, llame a Servicios para los Miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).

También es importante que se comunique 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 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 a Servicios para los Miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).

SECCIÓN 9 Protegemos la privacidad de su información de salud personal

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 su información de salud personal. Protegemos su información de salud personal según lo exigido por estas leyes.

Para obtener más información acerca de cómo protegemos la información de salud personal, consulte la Sección 1.3 del Capítulo 8 de este folleto.

SECCIÓN 10 Cómo funciona otro seguro con nuestro plan

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

Cuando tiene otro seguro (como una cobertura de salud grupal del empleador), hay normas establecidas por Medicare que determinan si nuestro plan o su otro seguro paga primero. El seguro que paga primero 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. Es probable que el pagador secundario no pague todos los costos sin cubrir.

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

- Si tiene una cobertura para jubilados, Medicare paga primero.

- Si la cobertura de su plan de salud grupal se basa en su empleo actual o el de un miembro de su familia, el pagador primario dependerá de su edad, la cantidad de trabajadores del empleador y si usted tiene Medicare debido a su edad, una discapacidad o enfermedad renal en etapa terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD):
    - Si es menor de 65 años y está discapacitado, y usted o un miembro de su familia todavía trabajan, su plan de salud grupal paga en primer lugar si el empleador tiene 100 o más empleados o si este es parte de un plan de empleadores múltiples en el cual, al menos, uno de ellos tiene más de 100 empleados.
    - Si es mayor de 65 años y usted o su cónyuge todavía trabajan, su plan de salud grupal paga en primer lugar si el empleador tiene 20 empleados o más, o si este es parte de un plan de empleadores múltiples en el cual, al menos, uno de ellos tiene más de 20 empleados.
- Si usted tiene Medicare debido a una 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 (incluso el seguro automovilístico)
- Responsabilidad (incluso el seguro automovilístico)
- Beneficios por neumoconiosis
- Compensación para Trabajadores

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, informe a su médico, hospital y farmacia. Si tiene preguntas sobre quién paga primero, o si necesita actualizar el resto de su información, llame a Servicios para los Miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto). Es posible que sus otras aseguradoras le soliciten 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 Classic (HMO)** (cómo comunicarse con nosotros, incluido cómo puede comunicarse con el Departamento de Servicios para los Miembros) **24**

SECCIÓN 2 **Medicare** (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal de Medicare) **31**

SECCIÓN 3 **Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud** (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare) **33**

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) **34**

SECCIÓN 5 **Seguro Social** **35**

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) **36**

SECCIÓN 7 **Información sobre programas para ayudar a las personas a pagar sus medicamentos con receta** **37**

SECCIÓN 8 **Cómo contactar a la Junta de Retiro Ferroviario** **41**

SECCIÓN 9 **¿Tiene un "seguro grupal" u otro seguro de salud de un empleador?** **42**

SECCIÓN 1 Contactos de Clover Health Classic (HMO) (cómo comunicarse con nosotros, incluido 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

Si necesita asistencia con reclamaciones, facturación o preguntas sobre la tarjeta de miembro, llame o escriba al Departamento de Servicios para los miembros de Clover Health Classic (HMO). Con gusto lo ayudaremos.

Método	Información de contacto del Departamento de Servicios para los miembros
LLAME AL	1-888-778-1478 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención de Servicios para los Miembros es de 8 am a 8 pm (hora local), los 7 días de la semana. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, se usarán tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz) los fines de semana y los días feriados. Servicios para los Miembros también ofrece un servicio gratuito de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY/TDD	711 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención de Servicios para los Miembros es de 8 am a 8 pm (hora local), los 7 días de la semana. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, se usarán tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz) los fines de semana y los días feriados.
ESCRIBA A	Clover Health Attention: Member Services PO Box 471 Jersey City, NJ 07303
SITIO WEB	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 la petición de decisiones de cobertura con relación a 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	1-888-778-1478 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención de Servicios para los Miembros es de 8 am a 8 pm (hora local), los 7 días de la semana. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, se usarán tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz) los fines de semana y los días feriados.
TTY/TDD	711 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención de Servicios para los Miembros es de 8 am a 8 pm (hora local), los 7 días de la semana. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, se usarán tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz) los fines de semana y los días feriados.
FAX	1-800-308-1107
ESCRIBA A	Clover Health Attention: Utilization Management PO Box 471 Jersey City, NJ 07303
SITIO WEB	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 solicitar que revisemos y modifiquemos 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	Información de contacto para apelaciones sobre la atención médica
LLAME AL	1-888-778-1478 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención de Servicios para los Miembros es de 8 am a 8 pm (hora local), los 7 días de la semana. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, se usarán tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz) los fines de semana y los días feriados.

Método	Información de contacto para apelaciones sobre la atención médica
TTY/TDD	711 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención de Servicios para los Miembros es de 8 am a 8 pm (hora local), los 7 días de la semana. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, se usarán tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz) los fines de semana y los días feriados.
FAX	1-732-412-9706
ESCRIBA A	Clover Health Attention: Appeals Department PO Box 2091 Jersey City, NJ 07303
SITIO WEB	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 con respecto a 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 una 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	Información de contacto para quejas sobre la atención médica
LLAME AL	1-888-778-1478 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención de Servicios para los Miembros es de 8 am a 8 pm (hora local), los 7 días de la semana. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, se usarán tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz) los fines de semana y los días feriados.
TTY/TDD	711 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención de Servicios para los Miembros es de 8 am a 8 pm (hora local), los 7 días de la semana. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, se usarán tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz) los fines de semana y los días feriados.

Método	Información de contacto para quejas sobre la atención médica
FAX	1-551-227-3962
ESCRIBA A	Clover Health Attention: Grievance Department PO Box 471 Jersey City, NJ 07303 qualityteam@cloverhealth.com
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede enviar una queja sobre Clover Health Classic (HMO) directamente a Medicare. Para presentar una queja por internet ante Medicare, ingrese en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.

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

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre el monto que pagaremos por sus medicamentos con receta según el beneficio de la Parte D de su plan. Para obtener más información sobre la petición de 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	Información de contacto para decisiones de cobertura sobre los medicamentos con receta de la Parte D
LLAME AL	1-844-232-2316 Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes de Servicio al Cliente de CVS Caremark están disponibles durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY/TDD	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes de Servicio al Cliente de CVS Caremark están disponibles durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
FAX	1-855-633-7673
ESCRIBA A	CVS Caremark Attention-Prior Authorization - Part D PO Box 52000, MC109 Phoenix, AZ 85072-2000
SITIO WEB	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 solicitar que revisemos y modifiquemos 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	Información de contacto para apelaciones sobre los medicamentos con receta de la Parte D
LLAME AL	1-844-232-2316 Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes de Servicio al Cliente de CVS Caremark están disponibles durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY/TDD	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes de Servicio al Cliente de CVS Caremark están disponibles durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
FAX	1-855-633-7673
ESCRIBA A	CVS Caremark Attn: Part D Appeals P.O. Box 52000, MC109 Phoenix, AZ 82072-2000
SITIO WEB	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 con respecto a 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 una 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	Información de contacto para quejas sobre medicamentos con receta de la Parte D
LLAME AL	1-844-232-2316 Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes de Servicio al Cliente de CVS Caremark están disponibles durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY/TDD	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes de Atención al cliente de CVS Caremark están disponibles durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
FAX	1-866-217-3353
ESCRIBA A	CVS Caremark Medicare Part D - Grievances P.O. Box 30016 Pittsburgh, PA 15222-0330
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede enviar una queja sobre Clover Health Classic (HMO) directamente a Medicare. Para presentar una queja por internet ante Medicare, ingrese en 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. Consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer*

si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)) para obtener más información.

Método	Información de contacto para solicitud de pago de atención médica
LLAME AL	1-888-778-1478 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención de Servicios para los Miembros es de 8 am a 8 pm (hora local), los 7 días de la semana. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, se usarán tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz) los fines de semana y los días feriados.
TTY/TDD	711 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención de Servicios para los Miembros es de 8 am a 8 pm (hora local), los 7 días de la semana. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, se usarán tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz) los fines de semana y los días feriados.
ESCRIBA A	Clover Health Attention: Medical Claims PO Box 2092 Jersey City, NJ 07303 claims@cloverhealth.com
SITIO WEB	www.cloverhealth.com

Método	Información de contacto para solicitud de pago de medicamentos con receta
LLAME AL	1-844-232-2316 Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes de Servicio al Cliente de CVS Caremark están disponibles durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY/TDD	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes de Servicio al Cliente de CVS Caremark están disponibles durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
FAX	1-855-230-5549
ESCRIBA A	Medicare Part D Paper Claim PO Box 52066 Phoenix, AZ 85072-2066
SITIO WEB	www.cloverhealth.com

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

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

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

Método	Información de contacto de Medicare
LLAME AL	1-800-MEDICARE, o 1-800-633-4227 Las llamadas a este número son gratuitas. Durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
TTY/TDD	1-877-486-2048 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.

Método	Información de contacto de Medicare
SITIO WEB	www.medicare.gov Este es el sitio web gubernamental oficial de Medicare. Proporciona información actualizada sobre Medicare y cuestiones actuales relacionadas con Medicare. También contiene información sobre hospitales, hogares de convalecencia, médicos, agencias de atención médica a domicilio y centros de diálisis. Incluye folletos que se pueden imprimir directamente desde su computadora. También puede encontrar la información de contacto de Medicare en su estado. El sitio web de Medicare también tiene información detallada sobre las opciones de elegibilidad e inscripción con las siguientes herramientas: • **Herramienta de elegibilidad de Medicare:** Ofrece información sobre el estado de elegibilidad para Medicare. • **Buscador de planes de Medicare:** Ofrece información personalizada sobre los planes de medicamentos con receta de Medicare, los planes de salud de Medicare y las pólizas Medigap (seguro complementario de Medicare) disponibles en su área. Estas herramientas brindan un valor *estimativo* de los costos que podría pagar de su bolsillo en diferentes planes de Medicare. También puede usar el sitio web para informar a Medicare sobre cualquier queja que tenga sobre Clover Health Classic (HMO): • **Infórmele a Medicare sobre su queja:** Puede enviar una queja sobre Clover Health Classic (HMO) directamente a Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, ingrese en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma sus quejas de manera seria y utilizará esta información para mejorar la calidad del programa de Medicare. Si no tiene una computadora, la biblioteca o el centro para personas de edad avanzada locales pueden ayudarlo a ingresar al sitio web con sus computadoras. O bien, puede llamar a Medicare para pedirles la información que está buscando. Ellos buscarán la información en el sitio web, la imprimirán y se la enviarán. (Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY/TDD 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 (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa gubernamental que tiene asesores capacitados en cada estado. En Texas, al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) se lo denomina Health Information Counseling & Advocacy Program (HICAP) of Texas.

HICAP of Texas es un programa independiente (no está relacionado con ninguna compañía de seguros 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 de HICAP of Texas pueden ayudarlo con sus preguntas o problemas relacionados con Medicare. Pueden ayudarlo 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 de HICAP of Texas también pueden ayudarlo a comprender las opciones de los planes de Medicare y a responder preguntas sobre cómo cambiar de plan.

MÉTODO PARA ACCEDER A SHIP y a OTROS RECURSOS:
- Visite www.medicare.gov
- Haga clic en “Forms, Help, and Resources” (Formularios, ayuda y recursos) en el extremo derecho del menú en la parte superior
- En el menú desplegable, haga clic en “Phone Numbers & Websites” (Números de teléfono y sitios web)
- Ahora cuenta con varias opciones
  - Opción n.º 1: Puede tener un chat en vivo
  - Opción n.º 2: Puede hacer clic en cualquiera de los “TOPICS” (Temas) en el menú de la parte inferior)
  - Opción n.º 3: Puede seleccionar su STATE (Estado) en el menú desplegable y hacer clic en GO (Ir). Esto lo llevará a una página que contiene números de teléfono y recursos específicos para su estado

Método	Información de contacto de Health Information Counseling & Advocacy Program (HICAP) of Texas
LLAME AL	800-252-9240
ESCRIBA A	HICAP P.O. Box 149104 Austin, Texas 78714-9104
SITIO WEB	www.tdi.texas.gov/consumer/hicap

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)

En cada estado, hay una Organización para la Mejora de la Calidad designada que trabaja para los beneficiarios de Medicare. En Texas, la Organización para la Mejora de la Calidad se denomina KEPRO.

KEPRO 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 proporciona a las personas que tienen Medicare. KEPRO es una organización independiente. No tiene ninguna relación con nuestro plan.

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

- 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 enfermería especializada o servicios en Centros de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) finaliza demasiado pronto.

Método	Información de contacto de KEPRO (Organización para la Mejora de la Calidad) de Texas
LLAME AL	1-888-315-0636 Días de semana: Fines de semana y días feriado de 9 am a 5 pm (hora local): De 11 am a 3 pm (hora local)
TTY/TDD	1-855-843-4776 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
ESCRIBA A	KEPRO 5201 W. Kennedy Blvd., Suite 900 Tampa, FL 33609
SITIO WEB	www.keproqio.com

SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social es responsable de determinar la elegibilidad y administrar las inscripciones en Medicare. Los ciudadanos estadounidenses y los residentes legales permanentes de 65 años o más, o que tienen una discapacidad o padecen enfermedad renal terminal y cumplen con determinadas condiciones, son elegibles para recibir Medicare. Si ya está recibiendo cheques del Seguro Social, la inscripción en Medicare es automática. Si no está recibiendo cheques del Seguro Social, debe inscribirse en Medicare. El Seguro Social administra 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 para su cobertura 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	Información de contacto del Seguro Social
LLAME AL	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. Esta línea atiende de lunes a viernes, de 7 am a 7 pm. Puede utilizar los servicios telefónicos automáticos del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunas gestiones durante las 24 horas.
TTY/TDD	1-800-325-0778 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Esta línea atiende de lunes a viernes, de 7 am a 7 pm.
SITIO WEB	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, como las primas de Medicare. Estos "Programas de ahorros de Medicare" ayudan a las personas con ingresos y recursos limitados a ahorrar dinero todos los años:

- **Beneficiario calificado de Medicare (QMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare y otros costos compartidos (como deducibles, coseguros y copagos). (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 que califica (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 la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (Texas Health and Human Services Commission).

Método	Información de contacto de la Texas Health and Human Services Commission
LLAME AL	800-252-8263 (de 8 am a 5 pm, de lunes a viernes)
TTY/TDD	711 o 512-424-6597 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
ESCRIBA A	Texas Health and Human Services Commission Behavioral Health Care Ombudsman P.O. Box 13247 Austin, TX 78711-3247
SITIO WEB	www.hhs.texas.gov/services/health/medicaid-chip

SECCIÓN 7 Información sobre programas para ayudar a las personas a pagar sus 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 automóvil. Si califica, 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 se tiene en cuenta para los costos que paga de su bolsillo.

Algunas personas califican para recibir "Ayuda Adicional" en forma automática y no necesitan presentar una solicitud. Medicare envía por correo una carta a las personas que califican para recibir "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 califica para recibir "Ayuda Adicional", llame a los números que aparecen a continuación:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048, disponible las 24 horas, los 7 días de la semana.
- La oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, entre las 7 am y las 7 pm, de lunes a viernes. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes).
- 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 de Medicaid del beneficiario que incluya el nombre del beneficiario y una fecha de elegibilidad durante un mes después de junio del año calendario anterior.
  - — Una copia de un documento estatal que confirme el estado activo de Medicaid durante un mes después de junio del año calendario anterior.

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

— Otra documentación proporcionada por el Estado en la que se muestre el estado de Medicaid durante un mes después de junio del año calendario anterior.

— Una carta de la Administración del Seguro Social (Social Security Administration, SSA) que muestre que la persona recibe beneficios de Seguridad de Ingreso Suplementario (Supplemental Security Income, SSI).

— Una copia del aviso Application Filed by Deemed Eligible que confirme que el beneficiario es automáticamente elegible para recibir ayuda adicional.

- **Si vive en una residencia o recibe HCBS (del inglés, Home and Community-Based Services, servicios de cuidado en el hogar y la comunidad):**

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

  — Una copia de un documento del estado que confirme el pago de Medicaid en nombre de la persona centro durante un mes calendario completo después de junio del año calendario anterior.

  — Una impresión de la pantalla del sistema Medicaid del estado en la que se muestre la situación institucional de la persona 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 emitido 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.

  — Un plan de servicios de cuidado en el hogar y la comunidad (Home and Community Based Services, 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.

  — Otra documentación proporcionada por el estado que 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, incluso 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 pagar el copago correcto cuando obtenga su próximo medicamento con receta en la farmacia. Si el copago que paga es superior a lo que le correspondería pagar, le reembolsaremos la diferencia. Para ello le enviaremos un cheque por la diferencia o haremos una compensación en los futuros copagos. Si la farmacia no le ha cobrado el copago y lo tiene registrado como un monto que usted le adeuda, es posible que 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, llame a Servicios para los Miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).

Programa de descuentos para el período sin cobertura de Medicare

El Programa de Descuentos para el Período sin Cobertura de Medicare ofrece descuentos de los fabricantes de medicamentos de marca para 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 descuento del 70% que ofrecen los fabricantes no incluye ningún costo de suministro en el período sin cobertura. Los miembros pagan el 25% 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 su medicamento con 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 se tienen en cuenta para los gastos que paga de su bolsillo como si usted hubiera pagado esa cantidad y le permite avanzar en el período sin cobertura. El monto pagado por el plan (5%) 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 75% del precio por los medicamentos genéricos y usted paga el 25% restante del precio. Para los medicamentos genéricos, el monto que paga el plan (75%) no se considera para los costos que paga de su bolsillo. Solo se considera el monto que usted paga y le permite avanzar en el período sin cobertura. Además, el costo de suministro se incluye como parte del costo del medicamento.

Si tiene alguna pregunta sobre la posibilidad de obtener descuentos para los medicamentos que está tomando, o acerca del Programa de Descuentos para el Período sin Cobertura de Medicare en general, comuníquese con Servicios para los Miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).

Clover Health Classic (PPO) ofrece cobertura adicional en períodos sin cobertura para insulinas seleccionadas. Durante la Etapa del período sin cobertura, los costos que paga de su bolsillo por insulinas seleccionadas tendrán un copago de $35 en una farmacia estándar, o bien un copago de $25 en una farmacia preferida para un suministro de 1 mes. Consulte la Sección 2.1 del Capítulo 6 para obtener más información sobre la cobertura durante la Etapa del período sin cobertura. Nota: Esta distribución de costos solo se aplica a los beneficiarios que no califican para un

programa que ayuda a pagar sus medicamentos ("Ayuda adicional"). Para obtener información sobre cuáles medicamentos corresponden a insulinas seleccionadas, revise la Lista de Medicamentos más reciente que proporcionamos de forma electrónica. Puede identificar los Medicamentos Selectos de Insulina con la abreviatura "SI" en la Lista de Medicamentos. Si tiene preguntas sobre la Lista de Medicamentos, también puede llamar a Servicios para los Miembros (los números de teléfono de Servicios para los Miembros se encuentran en la contraportada de este folleto).

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

Si está inscrito en un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (State Pharmaceutical Assistance Program, SPAP) o cualquier otro programa que brinda cobertura para los medicamentos de la Parte D (que no sea la "Ayuda Adicional"), aún conservará el 70% de descuento sobre los medicamentos de marca cubiertos. Además, el plan paga el 5% de los costos de los medicamentos de marca en el período sin cobertura. El 70% de descuento y el 5% 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 con Medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a que las personas elegibles para el ADAP que tienen VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos vitales para el VIH. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el Programa de Asistencia con Medicamentos para el SIDA (ADAP) califican para la asistencia de costo compartido para medicamentos con receta del Programa de Medicamentos para VIH de Texas. Nota: Para ser elegible para el ADAP que funciona en su estado, las personas deben cumplir con ciertos criterios, que incluyen un comprobante de residencia en el estado y condición de VIH, bajos ingresos según lo definido por el estado y la condición de no asegurado o subasegurado.

Si usted está actualmente inscrito en un ADAP, este programa puede continuar ofreciéndole asistencia con los costos compartidos de los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare para los medicamentos incluidos en el formulario del ADAP. Para asegurarse de continuar recibiendo esta asistencia, notifíquele al encargado de inscripción del ADAP local sobre cualquier cambio en el número de póliza o nombre de plan de la Parte D de Medicare. Puede ponerse en contacto con Texas HIV Medication Program si llama al (800) 255-1090, o en línea si visita www.dshs.texas.gov/hivstd/meds.

Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o sobre cómo inscribirse en el programa, llame a Texas HIV Medication Program (Programa de Medicamentos para VIH de Texas) al (800) 255-1090.

¿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 cobertura para los costos de los 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 Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (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), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY/TDD 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 sus miembros.

En Texas, el Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica es el Programa de Atención de la Salud Renal de Texas (Texas Kidney Healthcare Program).

Método	Información de contacto de Texas Kidney Healthcare Program
LLAME AL	1-800-222-3986 (de lunes a viernes, de 8 am a 5 pm)
TTY/TDD	711
ESCRIBA A	Kidney Health Care Specialty Health Care Services, MC 1938 P.O. Box 149347 Austin, TX 78714-9347
SITIO WEB	hhs.texas.gov/services/health/kidney-health-care

SECCIÓN 8 Cómo contactar a 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	Información de contacto de la Junta de Retiro Ferroviario
LLAME AL	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Si presiona "0", podrá hablar con un representante de la RRB (del inglés Railroad Retirement Board, Junta de Retiro Ferroviario), de 9 am a 3:30 pm los lunes, martes, jueves y viernes, y de 9 am a 12 pm los miércoles. Si presiona "1", podrá acceder a la Línea de ayuda automatizada e información grabada de la RRB durante las 24 horas, incluidos los fines de semana y días feriados.
TTY/TDD	1-312-751-4701 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número *no* son gratuitas.
SITIO WEB	rrb.gov/

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

Si usted (o su cónyuge) recibe beneficios de su empleador (o el de su cónyuge) o grupo de jubilados como parte de este plan, puede llamar al administrador de beneficios del empleador/sindicato o a 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). (Los números de teléfono de Servicios para los Miembros figuran en la contraportada de este folleto). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; los usuarios de TTY/TDD deben llamar al: 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 ayudarlo 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 la cobertura de su atención médica como miembro de nuestro plan 46

Sección 1.1 ¿Qué son los "proveedores de la red" y los "servicios cubiertos"? 46

Sección 1.2 Reglas básicas para obtener la cobertura del plan para su atención médica 46

SECCIÓN 2 Use proveedores dentro de la red para obtener su atención médica 47

Sección 2.1 Usted puede elegir un PCP (del inglés Primary Care Provider, proveedor de atención primaria) para proporcionar y supervisar su atención médica 47

Sección 2.2 Cómo obtener atención de especialistas y otros proveedores de la red 48

Sección 2.3 Cómo obtener atención de proveedores fuera de la red 49

SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios cubiertos cuando tiene una emergencia o necesita atención urgente o durante un desastre 50

Sección 3.1 Cómo obtener atención si tiene una emergencia médica 50

Sección 3.2 Cómo obtener atención ante una necesidad urgente de recibir servicios .. 51

Sección 3.3 Cómo obtener atención durante un desastre 52

SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de sus servicios cubiertos? 52

Sección 4.1 Puede solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios cubiertos 52

Sección 4.2 Si los servicios no están cubiertos por nuestro plan, usted debe pagar el costo total 52

SECCIÓN 5 ¿Cómo se cubren sus servicios médicos cuando participa en un "estudio de investigación clínica"? 53

Sección 5.1 ¿Qué es un "estudio de investigación clínica"? 53

Sección 5.2 Cuando participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién paga cada cosa? 54

SECCIÓN 6 Reglas para obtener atención cubierta en una "institución religiosa no médica de atención de la salud" 55

Sección 6.1 ¿Qué es una institución religiosa no médica de atención de la salud? 55

Sección 6.2 Recibir atención de una institución religiosa no médica 56

SECCIÓN 7 Reglas para la propiedad de equipo médico duradero 56

Sección 7.1 ¿Será propietario del equipo médico duradero después de realizar una cierta cantidad de pagos conforme a nuestro plan? 56

SECCIÓN 8 Reglas para los equipos de oxígeno, los suministros y el mantenimiento 57

Sección 8.1 ¿A qué beneficios de equipos de oxígeno puede acceder? 57

Sección 8.2 ¿Cuál es el costo compartido? ¿Cambiará después de 36 meses? 58

Sección 8.3 ¿Qué pasa si deja su plan y regresa a Medicare Original? 58

SECCIÓN 1 Lo que debe saber sobre cómo obtener la cobertura de su 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 su atención médica. Ofrece definiciones de los términos y explica las normas que deberá cumplir para obtener los tratamientos médicos, servicios y otra atención médica cubiertos por el plan.

Para obtener detalles sobre qué tipo de atención médica 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 para que presten servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red nos facturan directamente la atención que le proporcionan 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 Reglas básicas para obtener la cobertura del plan para su atención médica

Como plan de salud de Medicare, Clover Health Classic (HMO) debe cubrir todos los servicios cubiertos por Medicare Original y debe seguir las reglas de cobertura de Medicare Original.

Clover Health Classic (HMO) generalmente cubrirá su atención médica siempre que:

- **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 buenas prácticas médicas aceptados.

- **Usted debe recibir su atención de un proveedor de la red** (para obtener más información al respecto, consulte la Sección 2 de este capítulo). En la mayoría de los casos, la atención que recibe de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no forma parte de la red de nuestro plan) no estará cubierta. *A continuación, se presentan tres excepciones:*
    - El plan cubre la atención de emergencia o los servicios de urgencia que reciba de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información al respecto y para ver qué significan los servicios de urgencia o de emergencia, consulte la Sección 3 de este capítulo.
    - Si necesita atención médica que Medicare requiere que cubra nuestro plan y los proveedores de nuestra red no pueden proporcionar esta atención, puede obtenerla de un proveedor fuera de la red. Se debe obtener una autorización previa del plan antes de buscar atención. En esta situación, pagará lo mismo que pagaría si recibiera la atención de un proveedor de la red. Para obtener información sobre cómo obtener la aprobación para ver a un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.3 de este capítulo.
    - El plan cubre los servicios de diálisis renal que obtiene en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan.

SECCIÓN 2 Use proveedores dentro de la red para obtener su atención médica

Sección 2.1 Usted puede elegir un PCP (del inglés Primary Care Provider, proveedor de atención primaria) para proporcionar y supervisar su atención médica

¿Qué es un "PCP" y qué es lo que hace 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. Puede seleccionar un PCP para que lo asista con los referidos a especialistas y a proveedores de atención de la salud conductual. Un PCP también puede coordinar el acceso a servicios hospitalarios, si es necesario. Cuando necesite autorización previa para un servicio, su PCP deberá comunicarse con nosotros antes de que reciba los servicios para determinar si estarán cubiertos.

Nuestros proveedores de la red designan cuando deciden actuar como PCP para nuestros miembros y prestan servicios de:

- Medicina general
- Medicina familiar
- Medicina interna
- NP y PA que forman parte de la atención primaria prácticas

Dado que su PCP le proporcionará y coordinará su atención médica, debe enviar todos sus registros médicos anteriores al consultorio de su PCP.

¿Cómo elige a su PCP?

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

Para cambiar su PCP

Puede cambiar a su PCP por cualquier razón, en cualquier momento. Además, su PCP podría dejar nuestra red de proveedores y usted tendría que encontrar un nuevo PCP.

Para cambiar de PCP o si necesita ayuda para buscar uno nuevo, llame a Servicios para los Miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto). 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. Cuando llame, actualizaremos su registro de membresía para que muestre el nombre de su nuevo PCP.

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

El especialista es un médico que proporciona servicios de atención médica para enfermedades específicas o para una cierta 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 un referido para que vea a un especialista; sin embargo, su PCP puede ayudarlo a decidir con qué especialista, centro 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, podríamos realizar cambios en hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de su plan. Hay muchas razones por los cuales su proveedor podría retirarse de su plan, pero si su médico o especialista efectivamente se retira de su plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Si bien nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare nos exige ofrecerle acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Haremos un esfuerzo de buena fe para enviarle un aviso con al menos 30 días de anticipación en el que se explicará que su proveedor dejará el plan, para que tenga tiempo de elegir un proveedor nuevo.
- Lo ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado para que continúe administrando sus necesidades de atención médica.
- Si está recibiendo tratamiento médico, tiene derecho a solicitar que el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo no sea interrumpido, y trabajaremos con usted para asegurarnos de que así sea.
- 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 dejarán el plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor y a administrar su atención llamando a Servicios para los Miembros al 1-888-778-1478 (solo los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711), de 8 am a 8 pm (hora local), los 7 días de la semana. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, se usarán tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz) los fines de semana y los días feriados.

Sección 2.3 Cómo obtener atención de proveedores fuera de la red

En el caso de los servicios cubiertos por Medicare, si necesita servicios especializados que no están disponibles de un proveedor de nuestra red, comuníquese con Clover Health para obtener autorización y coordinación de la atención. Los miembros tienen derecho a recibir servicios de proveedores fuera de la red para servicios de urgencia o de emergencia fuera del área. Los servicios de diálisis están cubiertos para los miembros con ESRD que han viajado fuera del área de servicio de los planes y no puedan acceder a proveedores para ESRD contratados.

SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios cubiertos cuando tiene una emergencia o necesita atención urgente o durante un desastre

Sección 3.1 Cómo obtener atención si tiene una emergencia médica

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

Una **"emergencia médica"** 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, una extremidad o las funciones de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una 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. Llame una ambulancia por teléfono si la necesita. *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.** Debemos hacer el seguimiento de la atención de emergencia que reciba. Usted u otra persona deben llamarnos para avisarnos sobre la atención de emergencia, por lo general, en un plazo de 48 horas, al 1-888-778-1478 (solo los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711). El horario de atención es de 8 am a 8 pm (hora local), los 7 días de la semana. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, se usarán tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz) los fines de semana y los días feriados.

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

Puede obtener atención médica de emergencia cubierta siempre que la necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos y 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 brindan atención de emergencia para colaborar en el manejo y el seguimiento de su atención. Los médicos que le proporcionan atención de emergencia indicarán en qué momento su afección está estable y finaliza la emergencia médica.

Una vez que finaliza la emergencia, usted tiene derecho a recibir atención de seguimiento para garantizar que su afección se mantenga estable. Nuestro plan cubrirá la atención de seguimiento. Si su atención de emergencia es proporcionada por proveedores fuera de la red,

intentaremos coordinar que los proveedores de la red se hagan cargo de su atención tan pronto como su condición médica y las circunstancias lo permitan.

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

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

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

- Si acude a un proveedor de la red para recibir atención adicional.
- - *o* - La atención adicional que recibe se considera "servicios de urgencia" y usted sigue las reglas para obtener estos servicios de urgencia (para obtener más información al respecto, consulte la Sección 3.2 a continuación).

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

¿Qué son los "servicios de urgencia"?

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

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

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

Si necesita ayuda para localizar los servicios de atención urgentes, llame a los Servicios para los Miembros al número que aparece en la portada posterior de este folleto o visite www.cloverhealth.com/en/members/find-providerpara encontrar 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.

Nuestro plan no cubre servicios de emergencia, servicios de urgencia ni ningún otro servicio si recibe atención fuera de los Estados Unidos.

Sección 3.3 Cómo obtener atención durante un desastre

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

Visite el siguiente sitio web: www.texasready.gov/ para ver información sobre cómo obtener la atención necesaria durante un desastre.

Por lo general, si no puede hablar con un proveedor de la red durante un desastre, su plan le permitirá obtener atención médica de proveedores fuera de la red al costo compartido dentro de la red. Si, durante un desastre, no puede utilizar una farmacia dentro de la red, puede surtir sus medicamentos con receta en una farmacia fuera de la red. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para obtener más información.

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

Sección 4.1 Puede solicitarnos que paguemos nuestra parte 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 los servicios no están cubiertos por nuestro plan, usted debe pagar el costo total

Clover Health Classic (HMO) cubre todos los servicios médicos que son médicamente necesarios; estos servicios se enumeran en la Tabla de beneficios médicos del plan (la tabla se encuentra en el Capítulo 4 de este folleto) y se obtienen de acuerdo 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 se obtuvieron de proveedores fuera de la red sin autorización.

Si tiene alguna duda sobre si pagaremos algún tipo de atención o servicio médico que piensa obtener, tiene derecho a preguntar 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.

El Capítulo 9 *(Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*) tiene más información sobre qué hacer si desea que le proporcionemos una decisión de cobertura o si desea apelar una decisión que ya tomamos. También puede llamar a Servicios para los Miembros para obtener más información (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).

En el caso de los servicios cubiertos que tienen un límite de beneficio, 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 beneficio, cualquier servicio que pague en su totalidad no se tendrá en cuenta para su monto máximo de bolsillo. Si quiere saber cuánto ha utilizado del límite del beneficio, puede llamar a Servicios para los Miembros.

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

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

Un estudio de investigación clínica (también denominado un “ensayo clínico”) es una manera que tienen los médicos y científicos de probar nuevos tipos de atención médica, por ejemplo, para averiguar la eficacia de un nuevo medicamento contra el cáncer. 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 aprueba el estudio, alguien que trabaje 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 lo llevan a cabo. Puede participar en el estudio solo si cumple con los requisitos del estudio, *y* 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 de los servicios cubiertos que usted recibe como parte del estudio. Mientras participa en un estudio de investigación clínica, puede continuar inscrito en nuestro plan y recibir 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 su 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 planea participar en un estudio de investigación clínica, comuníquese con Servicios para los Miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto) para informarles que participará en un ensayo clínico y obtener detalles más específicos sobre lo que el plan pagará.

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

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

- Habitación y comida 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. Pagaremos la diferencia entre el costo compartido de Medicare Original y el costo compartido que usted debe pagar como miembro de nuestro plan. Esto significa que usted pagará el mismo monto por los servicios que reciba como parte del estudio igual que si recibiera estos servicios de nuestro plan.

> *A continuación, se presenta un ejemplo de cómo funcionan los costos compartidos:* Supongamos que se realiza una prueba de laboratorio que cuesta $100 como parte del estudio de investigación. También supongamos que, conforme a Medicare Original, su parte del costo sería $20 para esta prueba, pero conforme a los beneficios de nuestro plan, su parte del costo sería $10. En este caso, Medicare Original pagaría $80 por la prueba 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 recibió como parte del

estudio y cuánto debe. Para obtener información sobre cómo presentar solicitudes de pago, consulte el Capítulo 7.

Cuando participa en un estudio de investigación clínica, **ni Medicare ni nuestro plan pagan 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 proporcione a usted, o a cualquier participante, de forma gratuita.
- Los productos o servicios que se proporcionen solo para recopilar información 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 (www.medicare.gov).

También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 6 Reglas para obtener atención cubierta en una "institución religiosa no médica de atención de la salud"

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

Una institución religiosa no médica de atención de la salud es un centro que proporciona atención para una afección que normalmente se trataría en un hospital o en un centro de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o en un centro de enfermería especializada va en contra de las creencias religiosas de un miembro, se proporcionará cobertura para su atención en una institución religiosa no médica de atención de la salud. 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 no médicos de atención de la salud). Medicare solo pagará los servicios no médicos de atención de la salud que se presten en instituciones religiosas no médicas de atención de la salud.

Sección 6.2 Recibir atención de una institución religiosa no médica

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

- La atención o el tratamiento médico "no exceptuados" son toda atención o tratamiento médico *voluntario* y *no* obligatorio según la legislación federal, estatal o local.
- El tratamiento médico "exceptuado" es aquella atención o tratamiento médico que *no* se considera voluntario o que es *obligatorio* según la legislación federal, estatal o local.

Para contar con la cobertura del plan, la atención que reciba en una institución religiosa no médica de atención de la salud debe cumplir con las siguientes condiciones:

- El centro que proporciona la atención debe estar certificado por Medicare.
- La cobertura de los servicios que reciba de nuestro plan 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 enfermería especializada.
    - *Y* debe obtener la aprobación del plan por adelantado antes de que lo ingresen en el centro, porque de lo contrario, su estadía no estará cubierta.

Usted tiene cobertura por una cantidad ilimitada 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 Reglas para la propiedad de equipo médico duradero

Sección 7.1 ¿Será propietario del equipo médico duradero después de realizar una cierta cantidad de pagos conforme a nuestro plan?

El equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) incluye artículos como suministros y equipos de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, sistemas de colchones eléctricos, muletas, suministros para la diabetes, dispositivos para la generación del habla, bombas de infusión intravenosa, nebulizadores y camas de hospital indicados por un proveedor para usar en

el hogar. Ciertos artículos, como las prótesis, son siempre propiedad del miembro. En esta sección, hablaremos sobre otros tipos de DME que debe alquilar.

En Medicare Original, quienes 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 Classic (HMO), por lo general, no adquirirá la propiedad de los artículos de DME alquilados sin importar cuántos copagos realice por el artículo mientras sea miembro de nuestro plan. En determinadas circunstancias limitadas, transferiremos la posesión del DME. Llame a Servicios para los Miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto) para conocer los requisitos que debe cumplir y la documentación que debe presentar.

¿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 realizó mientras estuvo en nuestro plan no se tienen en cuenta en el recuento de estos 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.

SECCIÓN 8 Reglas para los equipos de oxígeno, los suministros y el mantenimiento

Sección 8.1 ¿A qué beneficios de equipos de oxígeno puede acceder?

Si califica para obtener la cobertura de los equipos de oxígeno de Medicare, entonces mientras esté inscrito, Clover Health Classic (HMO) cubrirá:

- Alquiler de equipos de oxígeno
- Suministro de oxígeno y su contenido
- Tubos y accesorios de oxígeno relacionados para el suministro de oxígeno y su contenido
- Mantenimiento y reparaciones de equipos de oxígeno

Si deja el plan Clover Health Classic (HMO), o ya no necesita médicamente el equipo de oxígeno, debe devolverlo al propietario.

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

Su costo compartido para la cobertura del equipo de oxígeno de Medicare es el coseguro del 20%, cada 12 meses.

Su costo compartido no cambiará durante 36 meses de inscripción en *Clover Health Classic (HMO)*.

Si antes de inscribirse en Clover Health Classic (HMO) pagó durante 36 meses un alquiler por la cobertura del equipo de oxígeno, su costo compartido en Clover Health Classic (HMO) es el coseguro del 20%.

Sección 8.3 ¿Qué pasa si deja su plan y regresa a Medicare Original?

Si vuelve a Medicare Original, inicia un nuevo ciclo de 36 meses que se renueva cada cinco años. Por ejemplo, si había pagado el alquiler del equipo de oxígeno durante 36 meses antes de inscribirse en Clover Health Classic (HMO), si se inscribió en Clover Health Classic (HMO) durante 12 meses y, luego, regresó a Medicare Original, pagará el costo total de la cobertura del equipo de oxígeno.

De igual manera, si pagó durante 36 meses mientras estaba inscrito en Clover Health Classic (HMO) y luego regresa a Medicare Original, pagará el costo compartido completo de la cobertura del equipo de oxígeno.

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 Explicación de sus costos de bolsillo por servicios cubiertos .. 61

Sección 1.1 Tipos de costos de bolsillo que puede pagar por sus servicios cubiertos .. 61

Sección 1.2 ¿Cuál es el monto máximo que pagará por los servicios médicos cubiertos de las Partes A y B de Medicare? 61

Sección 1.3 Nuestro plan no permite que los proveedores le "facturen el saldo"..... 62

SECCIÓN 2 Use la *Tabla de beneficios médicos* para averiguar qué está cubierto para usted y cuánto pagará 63

Sección 2.1 Sus beneficios y costos médicos como miembro del plan..... 63

SECCIÓN 3 ¿Qué servicios no cubre el plan? 101

Sección 3.1 Servicios que *no* cubrimos (exclusiones) 101

SECCIÓN 1 Explicación de sus costos de bolsillo por servicios cubiertos

Este capítulo se centra en los servicios cubiertos y lo que usted paga por sus beneficios médicos. Incluye una Tabla de beneficios médicos que enumera sus servicios cubiertos y muestra cuánto pagará por cada servicio cubierto como miembro de Clover Health Classic (HMO). Más adelante en este capítulo, encontrará información sobre los servicios médicos que no están cubiertos. También se explican los límites para determinados servicios.

Sección 1.1 Tipos de costos de bolsillo que puede pagar por sus 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 paga 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 proporciona más información sobre sus coseguros).

La mayoría de las personas que califica para Medicaid o para el programa de Beneficiario calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) nunca debe pagar deducibles, copagos ni coseguros. Si corresponde, asegúrese de mostrar a su proveedor un comprobante de elegibilidad de Medicaid o QMB. Si considera que se le solicita que pague por error, póngase en contacto con 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?

Debido a que está inscrito en un plan Medicare Advantage, existe un límite para la cantidad que debe pagar de su bolsillo cada año por los servicios médicos dentro de la red que están cubiertos por las Partes A y B de Medicare (consulte la Tabla de beneficios médicos en la Sección 2, más abajo). Este límite se denomina monto máximo de bolsillo por servicios médicos.

Como miembro de Clover Health Classic (HMO), lo máximo que tendrá que pagar de su bolsillo por los servicios cubiertos de las Partes A y B dentro de la red en 2022 es $2,900. Los montos que paga por los copagos y el coseguro para los servicios cubiertos dentro de la red se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo. (Los montos que paga por su multa por inscripción tardía de la Parte D, si los hubiera, y por sus medicamentos con receta de la Parte D no corresponden a su monto máximo de bolsillo). Además, los montos que paga por algunos servicios

no se tienen en cuenta para el monto máximo de bolsillo. Estos servicios están marcados con un asterisco en la Tabla de beneficios médicos). Si alcanza el monto máximo de bolsillo de $2,900, no tendrá que pagar ningún costo de bolsillo por el resto del año por los servicios cubiertos de las Partes A y B dentro de la 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).

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

Como miembro de Clover Health Classic (HMO), una protección importante para usted es que solo tiene que pagar las cantidades de costo compartido del plan cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores agreguen cargos adicionales, lo que se denomina "facturación de saldos". Esta protección (de que usted nunca pagará más de la cantidad de costo compartido que le corresponde) se aplica incluso si le pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio e 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 de dólares establecida, por ejemplo, $15.00), entonces usted paga solamente esa cantidad por cualquier servicio cubierto brindado por un proveedor de la red.
- Si su costo compartido es un coseguro (un porcentaje de los cargos totales), entonces usted nunca paga más de ese porcentaje. Sin embargo, su costo depende del tipo de proveedor:
    - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor de la red, paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tarifa de reembolso del plan (según se determine en el contrato entre el proveedor y el plan).
    - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red participante de Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores participantes. (Recuerde, el plan cubre servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, como cuando obtiene un referido).
    - Si obtiene servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que no es participante de Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores no participantes. (Recuerde, el plan cubre servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, como cuando obtiene un referido).
- Si cree que un proveedor le ha "facturado saldos", llame a Servicios para los Miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).

SECCIÓN 2 Use la *Tabla de beneficios médicos* para averiguar qué está cubierto para usted y cuánto pagará

Sección 2.1 Sus beneficios y costos médicos como miembro del plan

La Tabla de beneficios médicos en las siguientes páginas enumera los servicios que cubre Clover Health Classic (HMO) y lo que usted paga de su bolsillo por cada servicio. 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 proporcionarse de conformidad con las pautas de cobertura establecidas por Medicare.
- Sus servicios (incluidos 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 la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su condición médica y cumplen con los estándares de buenas prácticas médicas aceptados.
- Usted recibe su atención de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, la atención que recibe de un proveedor fuera de la red no estará cubierta. El Capítulo 3 proporciona más información sobre los requisitos para usar proveedores de la red y las situaciones en las que cubriremos los servicios de un proveedor fuera de la red.
- Algunos de los servicios enumerados en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos *solo* si su médico u otro proveedor de la red obtienen la aprobación por adelantado (a veces llamada "autorización previa") de parte nuestra. Los servicios cubiertos que requieren aprobación por adelantado están marcados con **negrita** en la siguiente Tabla de beneficios médicos.

Otros datos importantes que debe conocer sobre su cobertura:

- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Medicare Original. En el caso de 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* (Medicare y Usted) 2022. Puede consultarlo por Internet en www.medicare.gov o solicite una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048).
- En el caso de todos los servicios preventivos que están cubiertos sin costo por Medicare Original, nosotros también cubrimos el servicio sin costo para usted. Sin embargo, si también recibe tratamiento o controles por una condición médica existente durante la consulta en la que recibe el servicio preventivo, se aplicará un copago por la atención recibida por la condición médica existente.

- A menudo, Medicare agrega cobertura de Medicare Original para nuevos servicios durante el año. Si Medicare agrega cobertura para cualquier servicio durante el año 2022, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.
- Si se le diagnostica alguna de las siguientes afecciones crónicas identificadas y cumple con ciertos criterios, usted puede ser elegible para recibir beneficios complementarios especiales para enfermos crónicos.
  - Trastornos autoinmunes
  - Alcoholismo crónico y otra dependencia a las drogas
  - Cáncer (no incluye las afecciones previas al cáncer)
  - Ciertos trastornos cardiovasculares
  - Artritis crónica
  - Insuficiencia cardíaca crónica
  - Enfermedad renal crónica
  - Enfermedad hepática crónica
  - Demencia
  - Diabetes mellitus
  - Prediabetes
  - Hipertensión
  - Hipercolesterolemia
  - Enfermedad hepática en etapa final
  - Enfermedad renal en etapa terminal que requiere diálisis (cualquier tipo de diálisis)
  - Ciertos trastornos hematológicos graves
  - VIH/SIDA
  - Depresión
  - Sobrepeso/obesidad
  - Artritis (incluidas la artritis reumatoide y la osteoartritis)
  - Ciertos trastornos pulmonares crónicos
  - Ciertas afecciones crónicas y discapacitantes de salud mental
  - Determinados trastornos neurológicos
  - Accidente cerebrovascular
  - Otros problemas
- Un miembro debe padecer una enfermedad crónica documentada para que se beneficie de una dieta saludable, según lo confirme el miembro y según los registros de los servicios médicos recibidos.
- Consulte la fila “Beneficios complementarios especiales para los enfermos crónicos” en la siguiente Tabla de beneficios médicos para obtener más información.

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

*Verá este asterisco junto a los servicios que no cuentan para su monto máximo de bolsillo en la tabla de beneficios.

Tabla de beneficios médicos

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe 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 recibe un referido de su médico, asistente médico, profesional de enfermería o especialista en enfermería clínica.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para esta prueba de detección preventiva.
Acupuntura para el dolor lumbar crónico Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: Se cubren hasta 12 visitas en 90 días para los beneficiarios de Medicare en las siguientes circunstancias: A efectos de este beneficio, el dolor lumbar crónico se define como: • dolor que dura 12 semanas o más; • no específico, en el sentido de que no tiene ninguna causa sistémica identificable (es decir, no está asociada con metástasis, inflamatorias, infecciosa, etc.); • no está asociado con la intervención quirúrgica; y • no está asociado con el embarazo. Se cubrirán ocho sesiones más para aquellos pacientes que demuestren una mejoría. No se pueden administrar más de 20 tratamientos de acupuntura por año. El tratamiento debe interrumpirse si el paciente no mejora o empeora. Requisitos del proveedor:	Hasta un copago de $20

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
Los médicos (según se define en el Artículo 1861(r)(1) de la Ley del Seguro Social (la Ley) pueden prestar servicios de acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales aplicables. Los asistentes médicos (PA), los profesionales de enfermería (NP) o los especialistas en enfermería clínica (CNS) (según lo identificado en el Artículo 1861(aa)(5) de la Ley) y el personal auxiliar pueden prestar servicios de acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales aplicables y cumplen con las siguientes condiciones: • Una maestría o doctorado en acupuntura o Medicina Oriental de una escuela acreditada por la Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental (ACAOM); y • Una licencia actual, completa, activa y sin restricciones para practicar la acupuntura en un estado, territorio o estado libre asociado (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos o el Distrito de Columbia. El personal auxiliar que presta servicios de acupuntura debe estar bajo el nivel apropiado de supervisión de un médico, un PA o un NP/CNS requerido por nuestras regulaciones en el Artículo 42 del Código Federal de Regulaciones (CFR) §§ 410.26 y 410.27.	
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 adecuado más cercano que pueda brindar atención si se trata de un miembro cuya condición médica es tal que cualquier otro medio de transporte podría poner en peligro su salud o si está autorizado por el plan. • El servicio de transporte en ambulancia para casos que no sean de emergencia es adecuado si está documentado que la afección del miembro es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro	**Copago de $250 por cada servicio de transporte terrestre de ida o vuelta cubierto por Medicare.** **Copago de $250 por cada servicio de transporte aéreo de ida o vuelta cubierto por Medicare.**

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
su salud y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario. Las reglas de autorización previa se aplican a los servicios de ambulancia que no son de emergencia.	
Examen físico anual Nuestro plan cubre un examen físico de rutina anual además de la consulta de bienestar anual cubierta por Medicare. El beneficio está limitado a un examen físico de rutina anual por año calendario. El examen físico de rutina anual le permite realizar una consulta por separado con su médico para analizar preguntas o problemas generales de salud sin presentar una queja principal específica e incluye una revisión exhaustiva de los sistemas y un examen físico. Este examen no incluye pruebas de laboratorio o de diagnóstico.	Copago de $0 por el examen físico anual.
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 su plan de prevención personalizado basado en sus factores de riesgo y de salud actuales. Está cubierta una vez cada 12 meses. **Nota**: Su primera consulta anual de bienestar no puede realizarse dentro del plazo de 12 meses posterior a su consulta preventiva “Bienvenido a Medicare”. Sin embargo, no necesita haber realizado una consulta de “Bienvenido a Medicare” para tener cobertura para las consultas anuales de bienestar después de haber tenido la Parte B por 12 meses.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las consultas anuales de bienestar.
Medición de la masa ósea Para las personas que reúnan los requisitos (generalmente, personas en riesgo de pérdida de 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 determinar la calidad ósea (incluye la lectura de los resultados por parte del médico).	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la densitometría ósea cubierta por Medicare.

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
Prueba de detección de cáncer de mama (mamografías) Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Una mamografía inicial entre los 35 y 39 años. • Una mamografía de control 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 detección 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.	**Rehabilitación cardíaca y rehabilitación cardíaca intensiva cubiertas por Medicare:** **Copago de $20 por cada servicio de rehabilitación cardíaca cubierto por Medicare.**
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 proporcionarle consejos para asegurarse de que usted esté comiendo sano.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de tratamiento conductual intensivo para enfermedades cardiovasculares.
Prueba de detección de enfermedades cardiovasculares Pruebas 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 las pruebas 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 lo siguiente:	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
• Para todas las mujeres: Pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses. • Si tiene un alto riesgo de padecer cáncer de cuello de útero o de vagina, o está en edad reproductiva y ha tenido un resultado anormal en una prueba de Papanicolaou en los últimos 3 años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses.	Papanicolaou y los exámenes pélvicos preventivos cubiertos por Medicare.
Servicios de quiropráctica Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Solo cubrimos la manipulación de la columna para corregir una subluxación.	**Copago de $20 para cada consulta de quiropráctica 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 (FIT). Examen colorrectal basado en ADN cada 3 años Para las personas que tienen un alto riesgo de padecer cáncer colorrectal, nosotros 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, nosotros cubrimos lo siguiente: • Colonoscopia de detección cada 10 años (120 meses), pero no dentro de los 48 meses posteriores a una sigmoidoscopia de detección.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la prueba de detección de cáncer colorrectal cubierta por Medicare. **Colonoscopia de diagnóstico (centro de cirugía ambulatoria):** **Copago de $170 para cada colonoscopia de diagnóstico cubierta por Medicare.** **Colonoscopia de diagnóstico (hospital para pacientes ambulatorios):** **Copago de $150 por cada colonoscopia de diagnóstico cubierta por Medicare.** No se aplicará el copago de cirugía si se realiza un procedimiento quirúrgico durante una colonoscopia de detección. Enemas de bario: Copago de $0 por cada enema de bario cubierto por Medicare.

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
Servicios odontológicos	
En general, los servicios odontológicos preventivos (como limpiezas, exámenes dentales de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Medicare Original. Nosotros cubrimos lo siguiente: Servicios odontológicos preventivos: • Exámenes dentales de rutina • Limpiezas • Radiografías • Tratamientos con flúor Servicios odontológicos integrales: • Servicios odontológicos de restauración • Endodoncia • Periodoncia • Extracciones • Prostodoncia, otras cirugías orales/maxilofaciales	Servicios odontológicos preventivos: *Copago de $0 por cada examen dental de rutina; 1 por año calendario. *Copago de $0 por cada limpieza; hasta 2 por año calendario. *Copago de $0 por 1 radiografía por año calendario. *Copago de $0 por cada tratamiento con flúor; hasta 2 por año calendario. Servicios odontológicos integrales: Copago de $0 por servicios cubiertos por Medicare durante una hospitalización de gravedad si es médicamente necesario. Se aplican normas relativas al copago para pacientes hospitalizados. *Copago de $20 por cada servicio de restauración dental *Copago de $20 por cada servicio de endodoncia *Copago de $20 por cada servicio de periodoncia *Copago de $20 por cada servicio de extracción *Copago de $20 por cada servicio de prostodoncia, otra cirugía oral/maxilofacial u otro servicio El plan cubre hasta $1,500 cada año para servicios odontológicos integrales no cubiertos por Medicare después de que pague un copago de *$20 por cada servicio. Pueden aplicarse limitaciones según el tipo de servicio cubierto. Los

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
	beneficios dentales complementarios se deben obtener de un proveedor de la red de DentaQuest. Los servicios obtenidos de proveedores que no pertenecen a la red de DentaQuest no están cubiertos. Para obtener más información sobre sus beneficios dentales complementarios, incluidas las limitaciones y exclusiones, comuníquese con el proveedor de Clover Health, DentaQuest, llamando al 1-800-896-2373.
Prueba de detección de depresión Cubrimos una evaluación de detección de la depresión por año. La evaluación debe realizarse en un entorno de atención primaria que pueda proporcionar tratamiento de seguimiento o referidos.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta anual de detección de depresión.
Prueba de detección de diabetes Cubrimos estas pruebas de detección (incluidas pruebas de glucosa en ayunas) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), antecedentes de niveles anormales de triglicéridos y colesterol (dislipidemia), obesidad o antecedentes 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, es posible que sea 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 lo siguiente: • Suministros para controlar la glucosa en sangre: glucómetro, tiras reactivas para pruebas de glucosa	Suministros para el control de la diabetes de una farmacia: Copago de $0 Productos preferidos = monitores y tiras reactivas One-Touch y monitores y tiras reactivas Accu-Chek.

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
en sangre, dispositivos de punción y lancetas, y soluciones de control de glucosa para verificar la precisión de las tiras reactivas y de los glucómetros. • Para las personas que padecen diabetes y pie diabético grave: Un par de zapatos terapéuticos a medida por año calendario (con los zapatos se incluyen las plantillas ortopédicas) y dos pares extra de plantillas ortopédicas, o un par de zapatos profundos y tres pares de plantillas ortopédicas (con los zapatos no se incluyen las plantillas ortopédicas extraíbles que no están hechas a medida). La cobertura incluye la adaptación. • La capacitación para lograr un autocontrol de la diabetes está cubierta siempre que se cumpla con ciertos requisitos.	Suministros para el control de la diabetes de un proveedor de equipo médico duradero, (Durable Medical Equipment, DME): Coseguro del 20% Capacitación para el autocontrol de la diabetes: Copago de $0. Plantillas o zapatos terapéuticos: Copago de $0.
Equipo médico duradero (EMD) 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 la diabetes, camas de hospital recetadas por un proveedor para usar en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos para la generación del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores y andadores. Cubrimos todo el DME médicamente necesario cubierto por Medicare Original. Si nuestro proveedor en su área no trabaja una marca o un fabricante en particular, puede solicitarle que realice un pedido especial para usted. También puede acceder a la lista de proveedores más actualizada en nuestro sitio web www.cloverhealth.com/en/members/find-provider.	**20% del costo total para equipos médicos duraderos cubiertos por Medicare.**

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
Atención de emergencia	
La atención de emergencia hace referencia a los servicios que cumplen con las siguientes características: • Son prestados por un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia. • Son necesarios para evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia. 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, una extremidad o las funciones de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una condición médica que se agrava rápidamente. Los costos compartidos para los servicios de emergencia necesarios que se prestan fuera de la red son los mismos que para dichos servicios si se prestan dentro de la red. Clover Health Classic (HMO) no proporciona cobertura de servicios de emergencia o urgencia internacionales.	Copago de $90 por cada visita a la sala de emergencias cubierta por Medicare. El copago no se aplica si usted ingresa al hospital dentro de las 24 horas. Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención como paciente internado después de que su condición de emergencia se estabilice, debe regresar a un hospital de la red para que su atención continúe cubierta O deberá recibir atención para pacientes internados en el hospital fuera de la red autorizado por el plan y su costo será el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.
Programas educativos sobre salud y bienestar	
Los miembros de Clover Health pueden obtener una membresía del Programa de Acondicionamiento Físico a través de nuestro socio, SilverSneakers®. Los miembros pueden participar en actividades que incluyen natación recreativa, actividades aeróbicas y programas de acondicionamiento físico individualizados. No hay una tarifa por visita o por uso para la membresía básica cuando visita un gimnasio de SilverSneakers. Consulte www.silversneakers.com/locations para encontrar un gimnasio en línea o llame al Servicio al Cliente de SilverSneakers al 1-888-502-0836 (TTY/TDD: 711), de lunes a viernes, de 8 am a 8 pm, hora del este.	Copago de $0 por membresía de SilverSneakers®.

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
Servicios auditivos	
Las evaluaciones auditivas y de equilibrio de diagnóstico realizadas por su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico tienen cobertura como atención para pacientes ambulatorios cuando las realiza un médico, un audiólogo u otro proveedor calificado. • Examen auditivo: 1 examen auditivo de rutina cada año • Audífonos: hasta 2 audífonos marca TruHearing cada año (uno por oído por año). • El beneficio se limita a los audífonos Premium y Advanced de TruHearing, que vienen en varios estilos y colores. Debe consultar a un proveedor de TruHearing para usar este beneficio. Llame al 1-855-205-5570 para pedir una cita (para usuarios de TTY/TDD, marque 711). • Las compras de audífonos TruHearing incluyen lo siguiente: - Primer año de consultas de seguimiento con el proveedor a partir de la fecha de compra del audífono - Período de prueba de 60 días - Garantía extendida de 3 años - 80 baterías por audífono para modelos no recargables • El beneficio no incluye ni cubre nada de lo siguiente: - Moldes para los oídos - Accesorios para audífonos - Consultas adicionales al proveedor - Baterías adicionales; baterías cuando se compra un audífono recargable - Se aplica un costo adicional por la capacidad de recarga opcional del audífono - Costos asociados con reclamos de garantía por pérdidas y daños • Los costos asociados con los ítems no incluidos son responsabilidad del miembro y no están cubiertos por el plan.	Exámenes auditivos: Copago de $20 por cada examen auditivo de diagnóstico cubierto por Medicare. *$0 por 1 examen auditivo de rutina cada año Debe consultar a un proveedor de TruHearing para el examen de rutina. Audífonos: Hasta 2 audífonos por año (uno por oído por año). *Copago de $699 para audífonos Advanced a través de un proveedor de TruHearing. *Copago de $999 para audífonos Premium a través de un proveedor de TruHearing. Un adicional de *$50 por audífono Premium para opciones recargables.

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
Prueba de detección de VIH Para las personas que solicitan una prueba de detección de VIH o que están en mayor riesgo de infección por VIH, nosotros cubrimos lo siguiente: • Una prueba de detección cada 12 meses. Para mujeres embarazadas, nosotros cubrimos lo siguiente: • Hasta tres pruebas de detección durante el embarazo.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para pruebas de detección de VIH preventivas cubiertas por Medicare.
Atención médica a domicilio Antes de recibir 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 se los proporcione. Usted debe estar confinado en casa, lo que significa que le resulta muy difícil salir. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, lo siguiente: • Servicios de asistencia de enfermería especializada y asistencia médica a domicilio a tiempo parcial o intermitente. (Para estar cubiertos por el beneficio de atención médica a domicilio, sus servicios combinados de asistencia de enfermería especializada y asistencia médica a domicilio deben sumar 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.	**No se requiere coseguro, copago ni deducible para los servicios atención médica a domicilio cubiertos por Medicare.**
Tratamiento de infusión en el hogar El tratamiento de infusión en el hogar implica la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a una persona en el hogar. Los componentes necesarios para realizar la infusión en el hogar incluyen el medicamento (por ejemplo, antivirales, antiglobulina, etc.), el equipo (por ejemplo, una bomba) y los suministros (por ejemplo, tubos y catéteres).	**20% del costo total por tratamientos de infusión en el hogar cubiertos por Medicare**

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, lo siguiente: • Servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, proporcionados de acuerdo con el plan de atención • La capacitación y educación de los pacientes no está cubierta de otra manera por la prestación de equipo médico duradero • Monitoreo remoto • Servicios de monitoreo para el suministro de tratamiento de infusión en el hogar y medicamentos para la infusión en el hogar proporcionados por un proveedor calificado	
Atención en un hospicio Usted puede recibir atención a través de un programa de hospicio certificado por Medicare. Usted es elegible para el beneficio de hospicio cuando su médico y el director médico del hospicio le dan un diagnóstico que certifica que tiene una enfermedad terminal y tiene 6 meses o menos de vida si su enfermedad sigue su curso normal. El médico del hospicio puede ser un proveedor de la red o fuera de la red. Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Medicamentos para controlar síntomas y aliviar el dolor. • Cuidados paliativos a corto plazo. • Atención médica a domicilio. <u>Para los servicios de hospicio y los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare que se relacionan con su diagnóstico de enfermedad terminal</u>: Medicare Original (en lugar de nuestro plan) pagará sus servicios de hospicio y todos los servicios de la Parte A y la Parte B relacionados 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 este cubra. <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	Cuando se inscribe en un programa de hospicio certificado por Medicare, Medicare Original, no Clover Health Classic (HMO), paga sus servicios de hospicio y sus servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal. Clover Health pagará una consulta de asesoramiento antes de que elija un hospicio.

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
sean de urgencia o de emergencia que estén cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que no estén relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal, el costo dependerá de si usted utiliza un proveedor de la red de nuestro plan: • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red, solo pagará el monto de costo compartido del plan para servicios dentro de la red. • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, pagará el costo compartido del plan conforme a Medicare de pago por servicio (Medicare Original). <u>Para los servicios cubiertos por Clover Health Classic (HMO) que no están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare:</u> Clover Health Classic (HMO) continuará cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no están cubiertos por la Parte A o la Parte B, estén o no relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal. Por estos servicios usted paga el costo compartido del plan. <u>Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por los beneficios de la Parte D del plan</u>: Los medicamentos nunca están cubiertos por el beneficio de 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 programa de hospicio certificado por Medicare?)*. **Nota:** Si necesita atención médica que no sea de hospicio (atención que no está relacionada con su diagnóstico de enfermedad terminal), debe comunicarse con nosotros para coordinar los servicios. Nuestro plan cubre servicios de consulta con hospicios (una única vez) para una persona que padece una enfermedad terminal y no ha optado por el beneficio de hospicio.	
Vacunas Los servicios cubiertos de la Parte B de Medicare incluyen los siguientes: • Vacuna contra la neumonía.	No se requiere un coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
• Vacunas antigripales, una vez en cada temporada de gripe en el otoño y el invierno, y vacunas antigripales adicionales si son médicamente necesarias. • Vacuna contra la hepatitis B si corre riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B. • Vacuna contra el COVID-19. • Otras vacunas si su salud está en riesgo y 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.	la neumonía, la gripe, la hepatitis B y el COVID-19.
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 empieza el día en que se le admite formalmente en el hospital con la orden de un médico. El día antes de recibir el alta es su último día como paciente hospitalizado. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, lo siguiente: • Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario). • Comidas, incluso dietas especiales. • Servicios regulares de enfermería. • Costos de las unidades de cuidados especiales (por ejemplo, unidades de cuidados intensivos o coronarios). • Medicamentos. • Pruebas de laboratorio. • Radiografías y otros servicios radiológicos. • Suministros médicos y quirúrgicos necesarios. • Uso de aparatos, como sillas de ruedas. • Costos de las salas de operaciones y de recuperación.	Se cobra un costo compartido por cada hospitalización. **Copago de $200 por día para los días 1-5 para cada hospitalización.** **Copago de $0 por día para los días 6-365 para cada hospitalización.** Si recibe atención autorizada para pacientes internados en un hospital fuera de la red después de que su condición de emergencia se estabilice, su costo es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
• Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje. • Servicios por abuso de sustancias para pacientes internados. • Bajo ciertas condiciones, están cubiertos los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, páncreas y riñón, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinos/múltiples vísceras. Si necesita un trasplante, organizaremos la revisión de su caso en un centro de trasplantes aprobado por Medicare, que decidirá si es candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplante pueden ser locales o fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de trasplante dentro de la red se encuentran fuera del patrón de atención de la comunidad, puede elegir un lugar cerca, siempre y cuando los proveedores locales de trasplantes estén dispuestos a aceptar la tarifa de Medicare Original. Si Clover Health Classic (HMO) proporciona servicios de trasplante en un lugar fuera del patrón de atención para trasplantes de su comunidad y usted elige obtener los trasplantes en este lugar distante, coordinaremos o pagaremos los costos de alojamiento y transporte adecuados para usted y un acompañante. • Sangre (incluidos almacenamiento y administración). La cobertura de sangre total y de glóbulos rojos empacados (así como de otros componentes de la sangre) comienza con la primera pinta de sangre que necesite. • Servicios médicos. **Nota:** Para ser paciente internado, el proveedor debe realizar una orden por escrito para que lo ingresen de manera formal como paciente internado en el hospital. Incluso si usted permanece en el hospital durante la noche, puede ser considerado un “paciente ambulatorio”. Si no está seguro de si es un paciente internado o ambulatorio, consulte con el personal del hospital.	

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada "Are You a Hospital Inpatient or Outpatient? If You Have Medicare – Ask!" (¿Está usted internado o es un paciente ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡consulte!). Esta hoja informativa se encuentra disponible en la Web en www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.	
Atención de salud mental para pacientes internados Los servicios cubiertos incluyen servicios de atención de salud mental que requieren hospitalización. Nuestro plan cubre hasta 190 días de por vida para la atención de salud mental para pacientes internados en un hospital psiquiátrico. El límite de atención para pacientes internados en un hospital no se aplica a los servicios mentales para pacientes internados proporcionados en un hospital general.	Se cobra un costo compartido por cada hospitalización. **Copago de $200 por día para los días 1-5 para cada hospitalización.** **Copago de $0 por día para los días 6-90 para cada hospitalización.**
Hospitalización: Servicios cubiertos recibidos en un hospital o SNF (del inglés Skilled Nursing Facility, centro de enfermería especializada) durante una hospitalización no cubierta Si ha agotado sus beneficios para pacientes internados o si la hospitalización no es razonable y necesaria, no cubriremos su hospitalización. Sin embargo, en algunos casos, cubriremos ciertos servicios que reciba mientras esté en el hospital o en un centro de enfermería especializada (SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, lo siguiente: • Servicios médicos. • Pruebas de diagnóstico (como las pruebas de laboratorio). • Radiografías, radioterapia y terapia de isótopos, incluidos los servicios y materiales de los técnicos. • Vendajes quirúrgicos.	**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 debe pagar** cuando recibe estos servicios
• Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones. • Dispositivos ortésicos y protésicos (salvo los dentales) que sustituyen una parte o la totalidad de un órgano interno del cuerpo (incluso tejido contiguo), o bien una parte o la totalidad de la función de un órgano interno del cuerpo que no funciona bien o que permanentemente no funciona, incluida la sustitución o reparación de dichos dispositivos. • Dispositivos ortopédicos para piernas, brazos, espalda y cuello; bragueros; y piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos ajustes, reparaciones y reemplazos necesarios debidos a la rotura, al desgaste, a la pérdida o a un cambio en el estado físico del paciente. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla.	
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 de riñón 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 o Medicare Original) y 2 horas cada año, después de eso. 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 los miembros elegibles para servicios de terapia médica nutricional cubiertos por Medicare.
Programa de Medicare para la prevención de la diabetes (MDPP) Los servicios del MDPP estarán cubiertos para los beneficiarios elegibles de Medicare a través de todos los planes de salud de Medicare.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio del MDPP.

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
El MDPP es una intervención estructurada de cambio de conducta de salud que proporciona capacitación práctica sobre cambio en la dieta a largo plazo, aumento de la actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar los desafíos a fin de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.	
Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare	
La Parte B de Medicare Original cubre estos medicamentos. Los miembros de nuestro plan reciben cobertura de estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen los siguientes: • Medicamentos que el paciente no suele administrarse por sí mismo y que se deben inyectar mientras recibe servicios médicos, servicios en un establecimiento de cuidados ambulatorios o servicios en un centro quirúrgico ambulatorio. • Medicamentos que se administran con equipo médico duradero (por ejemplo, nebulizadores) autorizados por el plan. • Factores de 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 realizó un trasplante de órgano. • Medicamentos inyectables para la osteoporosis si usted está confinado en su casa, tiene una fractura ósea que el médico confirma que está relacionada con la osteoporosis posmenopáusica y no puede administrarse usted mismo el medicamento. • Antígenos. • Determinados medicamentos orales para el tratamiento del cáncer y las náuseas. • Ciertos medicamentos para diálisis en el hogar, incluida la heparina, el antídoto para la heparina cuando sea médicamente necesario, anestésicos tópicos y agentes estimulantes de la eritropoyesis (como Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp® o Darbepoetin Alfa).	**Medicamentos para quimioterapia de la Parte B de Medicare y su administración:** **20% del costo total** **Otros medicamentos de la Parte B de Medicare y su administración:** **20% del costo total** Los medicamentos de la parte B pueden estar sujetos a requisitos de la terapia escalonada.

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
• Inmunoglobulinas intravenosas para el tratamiento a domicilio de deficiencias inmunitarias primarias. El siguiente enlace lo llevará a una lista de medicamentos de la parte B que podrían estar sujetos a la terapia escalonada: www. cloverhealth.com/part-b-st También cubrimos vacunas en virtud de los beneficios de cobertura para medicamentos con receta de la Parte B y D. El Capítulo 5 explica el beneficio para medicamentos con receta de la Parte D e indica las normas que deben seguirse a fin de recibir cobertura para los medicamentos con receta. Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D a través de nuestro plan se incluye en el Capítulo 6.	
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 asesoramiento intensivo para ayudarlo a perder peso. Este asesoramiento está cubierto si usted lo recibe en un entorno de atención primaria, donde se puede coordinar con su plan integral de prevención. Para obtener más información, consulte con su profesional o médico de atención primaria.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los tratamientos y las pruebas de detección de la obesidad preventivos.
Servicios del Programa de Tratamiento de Opioides Los miembros de nuestro plan con OUD (del inglés Opioid Use Disorder, trastorno por uso de opioides) pueden recibir cobertura de servicios para tratar el OUD a través de un OTP (del inglés Opioid Treatment Program, Programa de Tratamiento de Opioides), el cual incluye los siguientes servicios: • Medicamentos para el tratamiento asistido por medicamentos (MAT) de agonistas y antagonistas opioides aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los Estados Unidos.	**Copago de $20 por cada servicio de tratamiento de opioides cubierto por Medicare.**

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
• Suministro y administración de medicamentos para MAT (si corresponde). • Asesoramiento sobre consumo de sustancias. • Terapia individual y grupal. • Pruebas toxicológicas. • Actividades sobre el consumo. • Evaluaciones periódicas.	
Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, lo siguiente: • Radiografías. • Radioterapia (radio e isótopos) incluidos los suministros y materiales de los técnicos. • Suministros quirúrgicos, como vendajes. • Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones. • Pruebas de laboratorio. • Sangre (incluidos almacenamiento y administración). La cobertura de sangre total y de glóbulos rojos empacados (así como de otros componentes de la sangre) comienza con la primera pinta de sangre que necesite. • Otras pruebas radiológicas de diagnóstico para pacientes ambulatorios (p. ej., MRI, CT, PET).	**Pruebas y procedimientos de diagnóstico:** **Copago de hasta $40 por cada procedimiento y prueba de diagnóstico para pacientes ambulatorios cubierto por Medicare en un consultorio o centro de imágenes y copago de hasta $100 por cada procedimiento y prueba de diagnóstico para pacientes ambulatorios cubierto por Medicare en un centro ambulatorio.** El copago por mamografía de diagnóstico no se aplicará si hay una mamografía de detección el mismo día. **Radiografías para pacientes ambulatorios:** **Copago de hasta $30 por cada radiografía cubierta por Medicare.** **Servicios de radiología terapéutica (como radioterapia para el cáncer):** **20% del costo total por cada servicio de radiología terapéutica cubierto por Medicare en un consultorio o centro ambulatorio.** **Suministros médicos y quirúrgicos:**

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
	20% del costo total para suministros cubiertos por Medicare. **Servicios de laboratorio:** **Copago de $0 por cada servicio de laboratorio cubierto por Medicare.** **$0 de copago por servicios de laboratorio y pruebas de COVID-19.** Servicios de sangre: Copago de $0. **Pruebas de alergia:** **$0 de copago por cada consulta de prueba de alergia y tratamiento.** **Electrocardiograma (EKG):** **Copago de $0 por cada electrocardiograma.** **Servicios relacionados con la masa ósea:** **Copago de $40 por cada servicio cubierto por Medicare.** **Otros servicios de radiología de diagnóstico:** **Copago de hasta $40 por cada servicio de radiología de diagnóstico cubierto por Medicare en un consultorio o centro de imágenes y copago de $100 por cada servicio de radiología de diagnóstico cubierto por Medicare en un centro ambulatorio.** Si recibe múltiples servicios de radiología en el mismo lugar el mismo día, solo se aplica el copago máximo.

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
Servicios de observación en hospital para pacientes ambulatorios Los servicios de observación son servicios en un establecimiento de cuidados ambulatorios proporcionados para determinar si necesita ser ingresado como paciente internado o puede ser dado de alta. Para que los servicios de observación en hospital para pacientes ambulatorios tengan cobertura, deben cumplir con los criterios de Medicare y considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación tienen cobertura solo cuando son proporcionados a partir de la orden de un médico o de otra persona autorizada por la ley de licencias del estado y los reglamentos sobre personal del hospital para ingresar pacientes al hospital u ordenar pruebas para pacientes ambulatorios. **Nota:** A menos que el proveedor haya realizado por escrito una orden de admisión como paciente internado, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos del costo compartido por servicios en un establecimiento de cuidados ambulatorios. Incluso si usted permanece en el hospital durante la noche, puede ser considerado un "paciente ambulatorio". Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, consulte con el personal del hospital. También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada "Are You a Hospital Inpatient or Outpatient? If You Have Medicare – Ask!" (¿Está usted internado o es un paciente ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡consulte!). Esta hoja informativa se encuentra disponible en la Web en www.medicare.gov/Pubs/pdf/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.	Copago de $120 por cada servicio de observación cubierto por Medicare.

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
Servicios en un establecimiento de cuidados ambulatorios Cubrimos los servicios médicamente necesarios que se le proporcionen en el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital para el diagnóstico y el tratamiento de una enfermedad o lesión. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, lo siguiente: • Servicios en un departamento de emergencias o clínica para pacientes ambulatorios, como servicios de observación o cirugía ambulatoria. • Pruebas de laboratorio y 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 necesario sin esta atención. • Radiografías y otros servicios radiológicos facturados por el hospital. • Suministros médicos como entablillados y yesos. • Algunos medicamentos y productos biológicos que no se puede administrar por sus propios medios. **Nota:** A menos que el proveedor haya realizado por escrito una orden de admisión como paciente internado, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos del costo compartido por servicios en un establecimiento de cuidados ambulatorios. Incluso si usted permanece en el hospital durante la noche, puede ser considerado un "paciente ambulatorio". Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, consulte con el personal del hospital. También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada "Are You a Hospital Inpatient or Outpatient? If You Have Medicare – Ask!" (¿Está usted internado o es un paciente ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡consulte!). Esta hoja informativa se encuentra disponible en la Web en www.medicare.gov/Pubs/pdf/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando al 1-800-	**Servicios en un establecimiento de cuidados ambulatorios:** **Copago de $150 por cada servicio hospitalario para pacientes ambulatorios cubierto por Medicare.** Servicios de emergencia: Consulte la sección "Atención de emergencia" en esta tabla. Cirugía ambulatoria: Consulte la sección "Cirugía para pacientes externos, incluso servicios brindados en centros hospitalarios para pacientes externos y centros quirúrgicos ambulatorios" de esta tabla. Pruebas de laboratorio y diagnóstico, radiografías, servicios de radiología y suministros médicos: Consulte la sección "Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos" de esta tabla. Atención de salud mental y hospitalización parcial: Consulte las secciones "Atención de salud mental para pacientes externos" y "Servicios de hospitalización parcial" de esta tabla. Atención para personas con dependencia de sustancias químicas: Consulte la sección "Servicios por abuso de sustancias para pacientes externos" de esta tabla. Medicamentos y productos biológicos que no se puede administrar por sus propios medios.

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.	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 lo siguiente: Servicios de salud mental prestados por un psiquiatra o médico con licencia del estado, psicólogo clínico, asistente social clínico, especialista en enfermería clínica, profesional de enfermería, asistente médico u otro profesional de atención de salud mental calificado según Medicare, de conformidad con lo permitido por la legislación estatal aplicable.	**Terapia individual y grupal para pacientes ambulatorios:** **Copago de $20 por cada consulta cubierta por Medicare.**
Servicios de rehabilitación para pacientes externos Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje. Los servicios de rehabilitación para pacientes externos se proporcionan en distintos entornos como los departamentos para pacientes ambulatorios de los hospitales, consultorios de terapeutas independientes y Centros de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF).	**Fisioterapia y terapia del habla y del lenguaje:** **Copago de $20 por cada consulta cubierta por Medicare.** **Terapia ocupacional:** **Copago de $20 por 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 de sustancias químicas.	**Consulta de terapia individual o grupal:** **Copago de $20 por cada consulta cubierta por Medicare.**
Cirugía para pacientes externos, incluso servicios brindados en centros hospitalarios para pacientes externos y centros quirúrgicos ambulatorios **Nota:** Si van a realizarle una cirugía en un centro hospitalario, consulte con el proveedor si será considerado un paciente internado o ambulatorio. A menos que el proveedor escriba una orden de admisión para su hospitalización, usted es un paciente externo y	**Centro quirúrgico ambulatorio:** **Copago de $170 por cada servicio cubierto por Medicare.** **Cirugía para pacientes ambulatorios en un hospital:**

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
paga los montos del costo compartido para la cirugía para pacientes externos. Incluso si usted permanece en el hospital durante la noche, puede ser considerado un "paciente ambulatorio".	**Copago de $150 por cada servicio cubierto por Medicare.** **Cirugía ambulatoria realizada durante la observación:** **Copago de $150 por cada servicio de observación cubierto por Medicare que conduzca a cirugía ambulatoria.** Consulte la sección "Servicios en un establecimiento de cuidados ambulatorios" en esta tabla.
Artículos de venta libre Usted es elegible para recibir una asignación de $75 cada tres meses a fin de utilizarla en la compra de productos de venta libre (OTC) seleccionados, disponibles a través de Healthy Benefits. La asignación de beneficios está disponible al comienzo de cada trimestre del año calendario (enero, abril, julio y octubre). Las cantidades no utilizadas no se transferirán al siguiente trimestre. Los pedidos se pueden realizar por teléfono llamando al 1-844-529-5869; TTY/TDD: 1-877-672-2688 de lunes a viernes, de 8 am a 11 pm, EST, o en línea en: HealthyBenefitsPlus.com/CloverHealthOTC. Los pedidos se enviarán a su casa sin costo alguno.	Copago de $0 por productos OTC seleccionados.
Servicios de hospitalización parcial La "hospitalización parcial" es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo, suministrado como un servicio hospitalario para pacientes ambulatorios o en un centro comunitario de salud mental, que es más intenso que la atención recibida en el consultorio del médico o terapeuta y es una alternativa a la hospitalización.	**Copago de $20 por servicios cubiertos por Medicare.**

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios

Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico
Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:
• Servicios quirúrgicos o de atención médica necesarios llevados a cabo en un consultorio médico, centro quirúrgico ambulatorio certificado, departamento para pacientes ambulatorios de un hospital o cualquier otra ubicación.
• Consultas con un especialista, y diagnóstico y tratamiento a cargo de un especialista.
• Exámenes básicos de audición y equilibrio realizados por su PCP o especialista, si su médico lo indica para ver si necesita tratamiento médico.
• Algunos servicios de telesalud, entre los que se incluyen: servicios hospitalarios para pacientes internados (agudos), servicios de centro de enfermería especializada (SNF), servicios del médico de atención primaria (PCP), servicios de especialistas médicos, sesiones individuales y grupales de servicios especializados de salud mental, sesiones individuales y grupales de servicios psiquiátricos.
  o Tiene la opción de recibir estos servicios ya sea mediante una consulta en persona o de telesalud. Si elige recibir uno de estos servicios a través de telesalud, debe usar un proveedor de la red que ofrezca el servicio a través de telesalud.
• Servicios de telesalud para las consultas mensuales relacionadas con una enfermedad renal en etapa terminal para los miembros que se realizan diálisis en el hogar, en un centro de diálisis renal ubicado en un hospital o en un hospital de acceso crítico, centro de diálisis renal o en la casa del miembro.
• Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un accidente cerebrovascular.
• Consultas virtuales (por ejemplo, por teléfono o videoconferencia) con su médico durante 5 o 10 minutos **si:**
  o No es un paciente nuevo **y**
	Consulta con un proveedor de atención primaria (PCP):
	Copago de $0 por cada consulta cubierta por Medicare.
	Consulta con un especialista:
	Copago de $20 por cada consulta cubierta por Medicare.
	Servicios de telesalud:
	$0 por cada servicio de telesalud cubierto por Medicare proporcionado por un PCP.
	Copago de $20 por cada servicio de telesalud cubierto por Medicare proporcionado por un especialista o proveedor de salud mental.

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
○ la consulta no se relaciona con una visita al consultorio en los últimos 7 días **y** ○ la consulta no implica una visita al consultorio en 24 horas o la cita más temprana disponible. • Evaluación de video o imágenes que envíe a su médico, y la interpretación y seguimiento por parte de su médico dentro de las 24 horas **si:** ○ No es un paciente nuevo **y** ○ la evaluación no se relaciona con una visita al consultorio en los últimos 7 días **y** ○ la evaluación no implica una visita al consultorio en 24 horas o la cita más temprana disponible. • Consulta que su médico realiza con otros médicos por teléfono, Internet o registro de salud electrónico, **si** usted no es un paciente nuevo. • Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de una cirugía. • Cuidado dental que no sea de rutina (los servicios cubiertos se limitan a cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas, reducción de fracturas de mandíbula o huesos faciales, extracción de dientes para preparar la mandíbula para aplicar radioterapia por una enfermedad neoplásica o servicios que estarían cubiertos si los proporcionara un médico).	
Servicios de podiatría Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (por ejemplo, dedo en martillo o espolones calcáneos). • Cuidado de rutina de los pies para los miembros que padecen determinadas afecciones que comprometen las extremidades inferiores.	Copago de $20 por 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 de tacto rectal. • Pruebas de antígeno prostático específico (PSA).	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la prueba de PSA y el examen de tacto rectal anuales.

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
Dispositivos protésicos y suministros relacionados Dispositivos (salvo los dentales) que reemplazan una función o parte del cuerpo parcial o totalmente. Estos incluyen, entre otros, bolsas de colostomía y artículos directamente relacionados con el cuidado de la colostomía, marcapasos, férulas, zapatos protésicos, miembros artificiales y prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico para después de una mastectomía). Incluye ciertos suministros relacionados con dispositivos protésicos y la reparación o el reemplazo 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 visión" más adelante en esta sección).	**Dispositivos protésicos:** **20% del costo total por artículos cubiertos por Medicare.** **Suministros médicos relacionados:** **20% del costo total para suministros cubiertos por Medicare.**
Servicios de rehabilitación pulmonar Los programas integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para miembros que padecen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD) de moderada a grave y tienen una orden del médico que atiende su enfermedad respiratoria crónica para comenzar un tratamiento de rehabilitación pulmonar.	**Copago de $20 por cada servicio de rehabilitación pulmonar cubierto por Medicare.**
Tecnologías de acceso remoto Los miembros tienen la opción de realizar consultas médicas con médicos con licencia certificados por la Junta a través del teléfono o un video en línea. Los médicos pueden diagnosticar problemas de salud comunes, recomendar tratamientos y, si es necesario y apropiado, recetar medicamentos no controlados por la Administración para el Control de Drogas (DEA). Este beneficio está diseñado para manejar problemas médicos que no sean emergencias y los miembros no deben usar este beneficio si sufren una emergencia médica. Los problemas de salud comunes que se pueden diagnosticar y tratar incluyen problemas sinusales, infecciones respiratorias, alergias, infección en el tracto urinario, conjuntivitis, síntomas de resfrío y gripe comunes, y muchas otras enfermedades que no son emergencias. Para acceder a los servicios, los miembros deben registrarse en línea o por teléfono y	Copago de $0 por servicios de tecnología de acceso remoto a través de Teladoc.

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
proporcionar sus antecedentes médicos básicos. Una vez registrados, los miembros pueden ver al primer médico disponible o pedir una cita para más adelante. Las citas están disponibles las 24 horas del día, los 365 días del año, sin referidos ni autorización previa. Los miembros pueden acceder a los servicios por teléfono (no se requiere un teléfono inteligente), computadora o tableta para su cita. Para acceder a este beneficio, visite www.teladoc.com o llame al número gratuito (800) 835-2362, TTY/TDD (855) 636-1578.	
Pruebas de detección y asesoramiento para reducir el alcoholismo Cubrimos una prueba de detección de abuso de alcohol para adultos con Medicare (incluso 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 personal por año (si demuestra ser competente y estar alerta durante el asesoramiento) proporcionadas por un profesional o médico de atención primaria calificado en un entorno de atención primaria.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de pruebas de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol cubierto por Medicare.
Prueba de detección de cáncer de pulmón mediante tomografía computarizada de baja dosis (LDCT) Para las personas que reúnen los requisitos, se cubre una LDCT cada 12 meses. **Los miembros elegibles son** personas de entre 55 y 77 años que no tienen signos o síntomas de cáncer de pulmón, pero tienen antecedentes de consumo de tabaco de 30 paquetes/año y actualmente fuman o han dejado de fumar en los últimos 15 años, y reciben una orden escrita por parte de un médico o un profesional no médico calificado para realizarse una LDCT durante la consulta de asesoramiento para la detección de cáncer de pulmón y de toma de decisiones	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta de asesoramiento y de toma de decisiones compartidas cubierta por Medicare ni para la LDCT.

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
compartida que cumple con los criterios de Medicare para dichas consultas. *Para las pruebas de detección de cáncer de pulmón con LDCT después de la prueba inicial con LDCT:* Los miembros deben recibir orden escrita por parte de un médico o un profesional no médico calificado que se puede proporcionar durante cualquier visita apropiada. Si un médico o un profesional no médico calificado elige realizar una consulta de asesoramiento y de toma de decisiones compartidas para realizar una prueba de detección de cáncer de pulmón con LDCT posterior, la consulta debe cumplir con los criterios de Medicare.	
Prueba de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y asesoramiento para prevenir las ETS Cubrimos pruebas de detección de enfermedades de transmisión sexual (STI) 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 mayor riesgo de contraer STI cuando el proveedor de atención primaria las solicita. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertos momentos durante el embarazo. También cubrimos hasta 2 sesiones personales individuales súper intensivas de asesoramiento conductual de 20 a 30 minutos por año para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de contraer STI. Solo cubriremos estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo si son proporcionadas por un proveedor de atención primaria y se realizan en un entorno de atención primaria, como en un consultorio médico.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio de pruebas de detección de STI y asesoramiento para prevenirlas cubierto por Medicare.
Servicios para tratar enfermedades renales Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Servicios educativos sobre enfermedades renales para enseñar sobre el cuidado del riñón y ayudar a los miembros a tomar decisiones fundamentadas sobre su atención. En el caso de los miembros con	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los servicios de educación sobre enfermedades renales, la capacitación para la autoadministración de diálisis o los

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
enfermedad renal crónica en etapa IV, cuando son referidos por su médico, cubrimos hasta seis sesiones de servicios educativos sobre la enfermedad renal de por vida. • Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios (incluidos tratamientos de diálisis cuando se encuentra 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). • Capacitación para la autoadministración de diálisis (incluye capacitación para usted y para cualquier otra persona que lo ayude con los tratamientos de diálisis en su casa). • Equipo y suministros para diálisis en el hogar. • Determinados servicios de asistencia a domicilio (por ejemplo, cuando sea necesario, visitas por parte de trabajadores capacitados y especializados en diálisis para verificar cómo va con la diálisis en su casa, para ayudarlo en casos de emergencia y para revisar su equipo para diálisis y el suministro de agua). Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos por los beneficios de cobertura para medicamentos de la Parte B de Medicare. Para obtener más información sobre la cobertura para medicamentos de la Parte B, consulte la sección “Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare”.	servicios de apoyo a domicilio cubiertos por Medicare. Diálisis renal: 20% del costo total para diálisis renal, equipo y suministros para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare.
Cuidados en un centro de enfermería especializada (SNF) (En el Capítulo 12 de este folleto, encontrará una definición de “centro de enfermería especializada”, que suele denominarse “SNF”). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, lo siguiente: • Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario). • Comidas, incluso dietas especiales. • Servicios de enfermería especializada.	**Estadías en SNF cubiertas por Medicare:** **Copago de $20 por día para los días 1-20 para cada hospitalización.** **Copago de $178 por día para los días 21-100 para cada hospitalización.** No se requiere hospitalización previa.

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
• Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Medicamentos administrados como parte de su plan de atención (esto incluye sustancias naturalmente presentes en el organismo, como los factores de coagulación de la sangre). • Sangre (incluidos almacenamiento y administración). La cobertura de sangre total y de glóbulos rojos empacados (así como de otros componentes de la sangre) comienza con la primera pinta de sangre que necesite. • Suministros médicos y quirúrgicos que habitualmente proporcionan los SNF. • Pruebas 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 proporcionan los SNF. • Servicios de médicos o profesionales. Generalmente, la atención en los SNF la obtendrá en los centros de la red. No obstante, en determinadas condiciones que se detallan más abajo, es posible que 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 jubilados donde usted vivía justo antes de ir al hospital (siempre que proporcione los servicios de un centro de enfermería especializada). • Un SNF donde su cónyuge esté viviendo en el momento en que usted se retire del hospital.	Usted tiene cobertura durante hasta 100 días en cada período de beneficios. El período de beneficios comienza el día en que usted ingresa a un centro de enfermería especializada. Acumulará un día por cada día que esté internado en un SNF. El período de beneficios finaliza cuando no ha recibido atención especializada para pacientes internados en un SNF durante 60 días seguidos. Si usted ingresa en un centro de enfermería especializada una vez que ha finalizado un período de beneficios, entonces comienza un nuevo período. No hay límite para la cantidad de períodos de beneficios.
Servicios para dejar de fumar y consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco) Si usted consume tabaco, pero no presenta signos o síntomas de enfermedades asociadas a este: Cubrimos el asesoramiento de dos intentos para dejar de fumar en un período de 12 meses como un servicio preventivo	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos para dejar de fumar y consumir tabaco cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
sin costo para usted. El asesoramiento de cada intento para dejar de fumar 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 dejar el hábito. Cubrimos el asesoramiento de dos intentos para dejar de fumar en un período de 12 meses; sin embargo, usted deberá pagar el costo compartido correspondiente. El asesoramiento de cada intento para dejar de fumar incluye hasta cuatro consultas personales.	
Beneficios Complementarios Especiales para Enfermos Crónicos Clover ofrecerá un beneficio combinado de alimentos saludables (alimentos y productos) y artículos de OTC. A fin de calificar para el aspecto saludable de los alimentos del beneficio, un miembro debe padecer una enfermedad crónica documentada para que se beneficie de una dieta saludable, según lo confirme el miembro y según los registros de los servicios médicos recibidos. Este beneficio se aplica a los miembros con las siguientes afecciones crónicas: Trastornos autoinmunes Alcoholismo crónico y otra dependencia a las drogas Cáncer (no incluye las afecciones previas al cáncer) Ciertos trastornos cardiovasculares Artritis crónica Insuficiencia cardíaca crónica Enfermedad renal crónica Enfermedad hepática crónica Demencia Diabetes mellitus Prediabetes Hipertensión Hipercolesterolemia Enfermedad hepática en etapa final	Copago de $0

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
Enfermedad renal en etapa terminal que requiere diálisis (cualquier tipo de diálisis) Ciertos trastornos hematológicos graves VIH/SIDA Depresión Sobrepeso/obesidad Artritis (incluidas la artritis reumatoide y la osteoartritis) Ciertos trastornos pulmonares crónicos Ciertas afecciones crónicas y discapacitantes de salud mental Determinados trastornos neurológicos Accidente cerebrovascular Otros problemas Si padece alguna de las afecciones crónicas mencionadas anteriormente, es elegible para una asignación de $75 cada tres meses para utilizar en la compra de productos de venta libre (OTC) seleccionados o alimentos y productos saludables. La asignación de beneficios está disponible al comienzo de cada trimestre del año calendario (enero, abril, julio y octubre). Las cantidades no utilizadas no se transferirán al siguiente trimestre. Comuníquese con Servicios para los Miembros para obtener más información sobre este beneficio. Comuníquese con Servicios para los Miembros para obtener más información sobre este beneficio.	
Terapia de ejercicio supervisado (SET) La SET (del inglés Supervised Exercise Therapy, terapia de ejercicio supervisado) se cubre para los miembros que tienen enfermedad arterial periférica sintomática (EAP) Se cubren hasta 36 sesiones en un período de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa de SET. El programa de SET debe cumplir con lo siguiente:	**Copago de $20 por cada sesión de SET para PAD cubierta por Medicare.**

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
• Debe consistir en sesiones que duren entre 30 y 60 minutos y que consten de un programa de capacitación y ejercicios terapéuticos para EAP en pacientes con claudicación. • Debe llevarse a cabo en un entorno hospitalario para pacientes ambulatorios o en el consultorio de un médico. • Debe ser proporcionado por el personal auxiliar calificado necesario para garantizar que los beneficios superen a los daños, y que esté capacitado en ejercicios terapéuticos para la PAD. • Debe estar bajo la supervisión directa de un médico, asistente médico, profesional de enfermería o especialista en enfermería clínica, que debe estar capacitado en reanimación cardiopulmonar básica y avanzada. La SET podría cubrirse por 36 sesiones adicionales en un período extendido, más allá de las 36 sesiones en 12 semanas, si un proveedor de atención médica considera que es médicamente necesario.	
Servicios de transporte	
Tiene cobertura para hasta 10 viajes de ida o vuelta que no sean de emergencia dentro del área de servicio del plan a cualquier lugar relacionado con la salud. Cada viaje de ida o vuelta no debe exceder las 50 millas. Para coordinar los servicios de transporte, llame a los servicios para los miembros de Clover al 1-888-778-1478. Los arreglos deben hacerse con al menos 24 horas hábiles de anticipación.	Copago de $0 por hasta 10 viajes de ida o vuelta por año a cualquier lugar relacionado con la salud.
Servicios de urgencia	
Los servicios de urgencia se proporcionan para tratar una enfermedad, lesión o afección imprevista, que no es de emergencia y que requiere atención médica inmediata. Los servicios de urgencia pueden ser proporcionados por proveedores de la red, o por proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles o no es posible comunicarse con ellos temporalmente.	Copago de $25 por cada consulta de atención de urgencia cubierta por Medicare. El copago no se aplica si usted ingresa al hospital dentro de las 24 horas.

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
Los costos compartidos para los servicios de urgencia necesarios que se prestan fuera de la red son los mismos que para dichos servicios si se prestan dentro de la red. Clover Health Classic (HMO) no proporciona cobertura de servicios de emergencia o urgencia internacionales.	
Atención de la visión Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Servicios médicos para pacientes ambulatorios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones de los ojos, incluido el tratamiento de la degeneración macular relacionada con la edad. Medicare Original no cubre exámenes de la visión de rutina (refracción ocular) para anteojos o lentes de contacto. • Para las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma, cubriremos una prueba de detección de glaucoma cada año. Las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma son las personas con antecedentes familiares de glaucoma, las personas diabéticas, los afroamericanos de 50 años o más y los hispanoamericanos de 65 años o más. • Para las personas con diabetes, se cubre una prueba de detección de retinopatía diabética por año. • Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluye 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 1 examen de la vista de rutina por año. • El plan cubre hasta 1 par de lentes de contacto o anteojos de rutina por año.	Exámenes de la visión: Copago de $20 por cada examen cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar enfermedades de los ojos. *$0 por 1 examen de la visión de rutina por año calendario. Debe consultar a un proveedor de EyeQuest para usar este beneficio. Pruebas de detección de glaucoma: Copago de $0 por 1 prueba de detección de glaucoma por año calendario. Lentes: $0 por 1 par de anteojos o lentes de contacto cubiertos por Medicare después de cada cirugía de cataratas. *$0 por 1 par lentes de contacto o anteojos (lentes o marcos) de rutina por año calendario. *El plan pagará hasta $100 por año para anteojos (lentes o marcos) o lentes de contacto de rutina. Los beneficios de la visión complementarios de rutina se deben obtener de un proveedor dentro de la red de EyeQuest. Los servicios

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
	obtenidos de proveedores que no pertenecen a la red de EyeQuest no están cubiertos. Para obtener más información sobre sus beneficios de la vista de rutina, comuníquese con el proveedor de Clover Health, EyeQuest, llamando al 1-800-896-2373.
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, informe al consultorio del médico 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 están cubiertos por el plan. Si un servicio está "excluido", significa que este plan no lo cubre.

La siguiente tabla enumera los servicios y artículos sin cobertura en cualquier circunstancia o con cobertura en circunstancias específicas.

Si usted obtiene servicios que están excluidos (no cubiertos), deberá pagarlos por su cuenta. No pagaremos los servicios médicos excluidos que figuran en la siguiente tabla, salvo en las circunstancias determinadas que se indican. La única excepción es que pagaremos si, en una apelación con respecto a 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 y limitaciones de servicios se describen en la Tabla de beneficios o en la tabla a continuación.

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

Servicios no cubiertos por Medicare	Sin cobertura en cualquier circunstancia	Con cobertura en circunstancias específicas
Acupuntura		✓ Cubierta para el dolor lumbar crónico
Cirugías o procedimientos cosméticos		✓ Se cubren en casos de lesión accidental o para mejorar el funcionamiento de una parte del cuerpo deformada. Se cubren todas las etapas de reconstrucción de mama después de una mastectomía, así como también la de la mama no afectada para lograr una apariencia simétrica
El cuidado asistencial es aquel cuidado que se brinda en un hogar de convalecencia, un hospicio u otro centro cuando usted no requiere atención médica especializada o atención de enfermería especializada. El cuidado asistencial es el cuidado personal que no requiere atención continua de parte de personal médico o paramédico entrenado. Por ejemplo, la ayuda en las actividades cotidianas como bañarse o vestirse.	✓	

Servicios no cubiertos por Medicare	Sin cobertura en cualquier circunstancia	Con cobertura en circunstancias específicas
Servicios considerados no razonables ni necesarios, según las normas de Medicare Original.	✓	
Medicamentos, equipos y procedimientos médicos y quirúrgicos experimentales. Los procedimientos y productos experimentales son aquellos que nuestro plan y Medicare Original determinan que no son generalmente aceptados por la comunidad médica.		✓ Medicare Original podría cubrirlos en 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).
Cargos por atención cobrados por sus familiares inmediatos o los miembros que viven en su hogar	✓	
Atención de enfermería de tiempo completo en su casa.	✓	
Entrega de comidas a domicilio.	✓	
Servicios domésticos que incluyen tareas básicas de asistencia en el hogar, además de tareas de limpieza simples o preparación de comidas sencillas.	✓	•
Servicios de naturopatía (tratamientos naturales o alternativos)	✓	

Servicios no cubiertos por Medicare	Sin cobertura en cualquier circunstancia	Con cobertura en circunstancias específicas
Cuidado dental que no sea de rutina		✓ La atención dental necesaria para tratar una enfermedad o lesión puede estar cubierta como atención para pacientes internados o ambulatorios.
Zapatos ortopédicos.		✓ Salvo que sean parte de un dispositivo ortopédico de la pierna y estén incluidos en el costo de este, o que los zapatos sean para una persona que padece pie diabético.
Objetos personales en su habitación del hospital o centro de enfermería especializada, como un teléfono o televisor.	✓	
Habitación privada en el hospital.		✓ Solo se cubre cuando es médicamente necesario.
Reversión de procedimientos de esterilización o suministros anticonceptivos no recetados.	✓	
Atención quiropráctica de rutina.		✓ Se cubre la manipulación de la columna para corregir una subluxación.

Servicios no cubiertos por Medicare	Sin cobertura en cualquier circunstancia	Con cobertura en circunstancias específicas
Queratotomía radial, cirugía LASIK y otros procedimientos para corregir la visión deficiente.	✓	
Cuidado de rutina de los pies.		✓ Se brinda cierta cobertura limitada conforme a las pautas de Medicare (por ejemplo, si usted padece diabetes).
Servicios considerados no razonables ni necesarios, según las normas de Medicare Original.	✓	
Dispositivos ortopédicos para los pies.		✓ Zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas que padecen pie diabético.

CAPÍTULO 5

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

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

SECCIÓN 1 Introducción 110

Sección 1.1 En este capítulo se describe su cobertura para medicamentos de la Parte D 110

Sección 1.2 Reglas básicas para la cobertura para medicamentos de la Parte D del plan 110

SECCIÓN 2 Surta sus recetas en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan 111

Sección 2.1 Si desea recibir cobertura para sus medicamentos con receta, use una farmacia de la red 111

Sección 2.2 Cómo encontrar farmacias de la red 111

Sección 2.3 Cómo usar los servicios de pedido por correo del plan 113

Sección 2.4 ¿Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo? 114

Sección 2.5 ¿Cuándo puede usar una farmacia minorista que no está en la red de nuestro plan? 115

SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar en la "Lista de medicamentos" del plan 116

Sección 3.1 La "Lista de medicamentos" le informa qué medicamentos de la Parte D tienen cobertura 116

Sección 3.2 Hay 5 "niveles de costo compartido" para los medicamentos en la Lista de medicamentos 117

Sección 3.3 ¿Cómo puede averiguar si un medicamento específico está en la Lista de medicamentos? 118

SECCIÓN 4 Existen restricciones en la cobertura de algunos medicamentos 118

Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones? 118

Sección 4.2 ¿Qué tipos de restricciones? 119

Sección 4.3 ¿Alguna de estas restricciones se aplica a sus medicamentos? 120

SECCIÓN 5 ¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la forma en que le gustaría? 120

Sección 5.1 Qué puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera que a usted le gustaría 120

Sección 5.2 ¿Qué puede hacer si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o si está restringido de alguna manera? 121

Sección 5.3 ¿Qué puede hacer si su medicamento está en un nivel de costo compartido que considera demasiado alto?..... 123

SECCIÓN 6 ¿Qué sucede si su cobertura cambia para uno de sus medicamentos? 124

Sección 6.1 La Lista de medicamentos puede cambiar durante el año 124

Sección 6.2 ¿Qué sucede si la cobertura cambia para un medicamento que está tomando? 124

SECCIÓN 7 ¿Qué tipos de medicamentos *no* están cubiertos por el plan? 126

Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no están cubiertos..... 126

SECCIÓN 8 Muestre su tarjeta de membresía del plan cuando surta una receta..... 128

Sección 8.1 Muestre su tarjeta de membresía 128

Sección 8.2 ¿Qué sucede si no tiene su tarjeta de membresía?..... 128

SECCIÓN 9 Cobertura para medicamentos de la Parte D en situaciones especiales 128

Sección 9.1 ¿Qué sucede si se encuentra en un hospital o centro de enfermería especializada para una estadía que está cubierta por el plan?..... 128

Sección 9.2 ¿Qué sucede si es residente en un centro de atención a largo plazo (LTC)?..... 129

Sección 9.3 ¿Qué sucede si también recibe cobertura para medicamentos de un plan del empleador o grupo de jubilados? 129

Sección 9.4 ¿Qué sucede si se encuentra en un hospicio certificado por Medicare?.. 130

SECCIÓN 10 Programas sobre seguridad y manejo de medicamentos 131

Sección 10.1 Programas que ayudan a los miembros a usar los medicamentos de forma segura..... 131

Sección 10.2 Programa de Administración de Medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a usar sus medicamentos opioides en forma segura 131

Sección 10.3 Programa de Manejo del Tratamiento Farmacológico (MTM) y otros programas para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos 132

¿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 lo ayuda a pagar sus medicamentos, **es posible que cierta información incluida en esta *Evidencia de cobertura* en relación con los costos para los medicamentos con receta de la Parte D no se aplique a usted.** Le hemos enviado un inserto separado, que se denomina "Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs" (Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben Ayuda Adicional para pagar los medicamentos con receta), también conocida como "Low Income Subsidy Rider" o "LIS Rider" (Cláusula adicional para Subsidio por Bajos Ingresos o Cláusula adicional LIS), que le informa sobre la cobertura para sus medicamentos. Si no posee este inserto, llame al Departamento de Servicios para los miembros y solicite la "Cláusula adicional LIS". (Los números de teléfono de Servicios para los Miembros figuran en la contraportada de este folleto).

SECCIÓN 1 Introducción

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

En este capítulo, **se explican las normas para utilizar la cobertura para los medicamentos de la Parte D.** El siguiente capítulo le informa lo que paga 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 su cobertura para medicamentos de la Parte D, Clover Health Classic (HMO) también cubre algunos medicamentos según 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 estadías cubiertas en un hospital o en un centro 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, qué está cubierto y qué paga usted*), se detallan los beneficios y costos de los medicamentos durante las estadías cubiertas en el hospital o centro de enfermería especializada, así como también los beneficios y costos de los medicamentos de la Parte B.

Medicare Original puede cubrir sus medicamentos si se encuentra en un hospicio de Medicare. Nuestro plan solo cubre los servicios y medicamentos de la Parte A, la Parte B y la Parte D de Medicare que no están relacionados con su 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 información sobre la cobertura de hospicio, consulte la sección de hospicio del Capítulo 4: *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar*).

En las siguientes secciones se describe la cobertura de sus medicamentos según las normas de los beneficios de la Parte D del plan. En la Sección 9, *Cobertura para medicamentos de la Parte D en situaciones especiales*, se incluye más información sobre su cobertura de la Parte D y Medicare Original.

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

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

- Un proveedor (médico, dentista u otra persona que emite la receta) debe emitir sus recetas.

- La persona que emite la receta debe aceptar Medicare o presentar la documentación ante los CMS para demostrar que reúne los requisitos para emitir recetas; de lo contrario, su reclamación de la Parte D será rechazada. La próxima vez que lo llame o lo visite, debe preguntarle si cumple con esta condición. Si no lo hace, tenga en cuenta que lleva tiempo que la persona que emite la receta presente 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, *Surta sus recetas en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan*).
- Su medicamento debe estar en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan (Nosotros la denominamos "Lista de medicamentos"). (Consulte la Sección 3, *Sus medicamentos deben estar en la "Lista de medicamentos" del plan*).
- Su medicamento debe utilizarse para una indicación médicamente aceptada. Una "indicación médicamente aceptada" es un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) o avalado por ciertos libros de referencia. (Para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada, consulte la Sección 3).

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

Sección 2.1 Si desea recibir cobertura para sus medicamentos con receta, use una farmacia de la red

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

Una farmacia de la red es aquella que ha contratado 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 otras que ofrecen costo compartido preferido. Puede ir a cualquiera de los dos tipos de farmacias de la 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*, visite nuestro sitio web (www.cloverhealth.com/en/members/find-provider) o llame a Servicios para los Miembros (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto).

Puede ir a cualquiera de las farmacias de la red. Sin embargo, sus costos pueden ser incluso más bajos para los medicamentos cubiertos si utiliza una farmacia de la red que ofrezca un costo compartido preferido en lugar de una farmacia de la red que ofrezca un costo compartido estándar. El *Directorio de farmacias* le indicará cuáles de las 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 resurtir un medicamento que estaba tomando, puede pedirle al proveedor que le haga 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 bien, 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 de Servicios para los Miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto) o usar el *Directorio de farmacias*. También puede encontrar información en nuestro sitio web en www.cloverhealth.com/en/members/find-provider.

¿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 tratamiento de infusión en el hogar.
- Farmacias que proveen medicamentos para las personas que residen en un centro de atención a largo plazo (Long-Term Care, LTC). 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, la cual, generalmente, es la farmacia que usa el centro de LTC. Si tiene dificultad para acceder a sus beneficios de la Parte D en un centro de LTC, comuníquese con Servicios para los Miembros.
- Farmacias que brindan servicios al Servicio de Salud Indígena/Programa de Salud Indígena/Urbano/Tribal (no disponible en Puerto Rico). Excepto en caso de emergencia, solo los indígenas 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 su *Directorio de farmacias* o llame a Servicios para los Miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).

Sección 2.3 Cómo usar 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 condición médica 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 para hasta 100 días.**

Para obtener formularios de pedidos e información sobre el suministro de recetas por correo, visite nuestro sitio web www.cloverhealth.com/en/members/mail-order-pharmacy o comuníquese con Servicios para los Miembros llamando al 1-888-778-1478 (solo los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711), los 7 días de la semana, de 8 am a 8 pm, hora local. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, se usarán tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz) los fines de semana y los días 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 prevé una demora de más de 10 días, se comunicarán con usted y lo 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 debido a una demora del envío por correo, puede comunicarse con Servicio al Cliente de CVS Caremark al 1-844-232-2316 para analizar las opciones, que pueden incluir el suministro en una farmacia minorista local o la agilización del 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.

Nuevas recetas que la farmacia recibe 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:

- Si utilizó los servicios de pedido por correo con este plan en el pasado.
- O si se inscribió para la entrega automática de todas las recetas nuevas recibidas directamente de los proveedores de atención médica. Puede solicitar la entrega automática de todas las recetas nuevas ahora mismo o en cualquier momento al permitir que su médico siga enviándonos sus recetas. No se necesita ninguna solicitud especial. Puede comunicarse con Servicio al Cliente de CVS Caremark al 1-844-232-2316 para restablecer las entregas automáticas si las canceló en el pasado.

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

Si utilizó el servicio de pedido por correo en el pasado y no desea que la farmacia surta y envíe las recetas nuevas automáticamente, llame al Servicio al Cliente de CVS Caremark al 1-844-232-2316.

Si usted nunca ha utilizado nuestro servicio de entrega de pedidos por correo o si decide interrumpir el surtido automático de nuevas recetas, la farmacia se pondrá en contacto con usted cada vez que reciba una nueva receta de un proveedor de atención médica para ver si desea que le surta y envíe el medicamento inmediatamente. Esto le dará la oportunidad de asegurarse de que la farmacia le suministre el medicamento correcto (concentración, cantidad y presentación) y, si fuera necesario, le permitirá cancelar o retrasar el pedido antes de que se le facture y se le envíe. Es importante que usted responda cada vez que la farmacia lo contacte para informarles qué hacer con la nueva receta y así evitar demoras 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 Servicio de Atención al Cliente de CVS Caremark al 1-844-232-2316.

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®. En este programa, comenzaremos a procesar su siguiente resurtido automáticamente cuando nuestros registros muestren que se está por quedar sin el medicamento. La farmacia se comunicará con usted antes del envío de cada resurtido para asegurarse de que necesite más medicamento. Usted puede cancelar los resurtidos programados si tiene suficientes 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, ingrese a su cuenta en Caremark.com o comuníquese con nosotros llamando a Servicio al Cliente de CVS Caremark al 1-844-232-2316.

Para que la farmacia pueda ponerse en contacto con usted y confirmar su pedido antes del envío, asegúrese de informar a la farmacia las mejores maneras de comunicarse con usted. Llame a atención al cliente de CVS Caremark al 1-844-232-2316 o ingrese en su cuenta en 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 ofrece dos formas de obtener un suministro a largo plazo (también llamado

"suministro prolongado") de medicamentos de "mantenimiento" en nuestra Lista de medicamentos del plan. (Los medicamentos de mantenimiento son aquellos que toma con regularidad para una condición médica crónica o a largo plazo). Puede solicitar este suministro por correo (consulte la Sección 2.3) o puede ir 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 aceptar un monto de costo compartido más bajo para un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Es posible que otras farmacias minoristas no acepten los montos de costo compartido más bajos para un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. En este caso, usted deberá pagar la diferencia. Su *Directorio de farmacias* le indica qué farmacias de nuestra red pueden proporcionarle un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar a Servicios para los Miembros para obtener más información (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).
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 para hasta 100 días. Para obtener más información sobre cómo usar el servicio de pedido por correo, consulte la Sección 2.3.

Sección 2.5 ¿Cuándo puede usar una farmacia minorista que no está en la red de nuestro 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. 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 usar una farmacia 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, un centro quirúrgico ambulatorio o en otro entorno para pacientes ambulatorios.
- Si no ha recibido su medicamento con receta durante una declaración de desastre estatal o federal u otra declaración de emergencia de salud pública en la que ha sido evacuado o, de otro modo, trasladado fuera de su área de servicio o lugar de residencia.
- Una vacuna o un medicamento administrados en el consultorio de su médico. Si desea obtener información sobre lo que usted paga por las vacunas cubiertas por la Parte D, consulte el Capítulo 6, sección 8.1, para obtener más detalles.
- Los medicamentos con receta fuera de la red pueden estar limitados a un suministro para 30 días de su medicamento. Incluso si cubrimos los medicamentos que obtiene en una farmacia fuera de la red, es posible que pague más de lo que hubiera pagado si hubiera ido a una farmacia dentro de la red.

  En estos casos, **primero consulte con el Departamento de Servicios para los Miembros** para ver si hay alguna farmacia de la red cercana. (Los números de teléfono de Servicios para los Miembros figuran en la contraportada de este folleto). 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” le informa qué medicamentos de la Parte D tienen cobertura

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

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 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 que se explican en este capítulo y el uso del medicamento sea una indicación médicamente aceptada. Una "indicación médicamente aceptada" es un uso del medicamento *que*:

- Esté aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos. (Es decir que la Administración de Alimentos y Medicamentos aprobó el medicamento para el diagnóstico o la condición para la cual ha sido recetado).
- *O bien* está respaldado por ciertas referencias, tales como la información sobre medicamentos del American Hospital Formulary Service y el Sistema de Información DRUGDEX.

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

Un medicamento genérico es un medicamento con receta que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Generalmente, funciona tan bien como el medicamento de marca, pero 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 un medicamento en particular en la Lista de medicamentos.

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

Todos los medicamentos de la Lista de medicamentos del plan se encuentran en uno de los 5 niveles de costo compartido. En general, cuanto más alto sea el nivel de costo compartido, más alto será el costo del medicamento para usted.

- El Nivel 1 de costo compartido (el nivel más bajo de costo compartido) 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 más alto de costo compartido) incluye medicamentos especializados y medicamentos genéricos y de marca de muy alto costo, que pueden requerir un manejo especial o un control estricto.

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 se proporciona electrónicamente.
2. Visite el sitio web del plan (www.cloverhealth.com/en/members/formulary). La Lista de medicamentos en el sitio web siempre es la más actualizada.
3. Llame a Servicios para los Miembros para saber si un medicamento en particular está incluido en la Lista de medicamentos del plan o para pedir una copia de la lista. (Los números de teléfono de Servicios para los Miembros figuran en la contraportada de este folleto).

SECCIÓN 4 Existen restricciones en 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 lo ayuda a mantener la cobertura para estos a un precio más asequible.

De modo general, nuestras normas lo incentivan a obtener un medicamento que funcione para su condición médica y sea seguro y efectivo. Cuando un medicamento seguro y de bajo costo funcione médicamente tan bien como uno de mayor costo, las normas del plan están destinadas a alentarlos a usted y a su proveedor a usar esa opción más económica. También debemos cumplir con las normas y reglamentaciones de Medicare en materia de cobertura para medicamentos y costos compartidos.

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

Si desea pedirnos que eliminemos la restricción, tendrá que usar el proceso de decisiones de cobertura para solicitarnos una excepción. Podemos estar de acuerdo en eliminar la restricción o no. (Para obtener información sobre cómo pedir excepciones, consulte la Sección 6.2 del Capítulo 9).

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

Sección 4.2 ¿Qué tipos de restricciones?

Nuestro plan aplica distintos tipos de restricciones para ayudar a nuestros miembros a usar los medicamentos de la forma más eficaz. 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

Generalmente, un medicamento "genérico" funciona igual que un medicamento de marca y a menudo cuesta menos. **En la mayoría de los casos, cuando hay disponible una versión genérica de un medicamento de marca, las farmacias de nuestra red le proporcionarán la versión genérica.** Por lo general, no ofreceremos cobertura para un medicamento de marca si hay una versión genérica disponible. Sin embargo, si su proveedor nos ha informado el motivo médico por el cual ni el medicamento genérico ni otros medicamentos cubiertos que tratan la misma condición no funcionarán para usted, 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"**. En ocasiones, el requisito para obtener autorización por adelantado contribuye al uso adecuado de ciertos medicamentos. Si no obtiene esta autorización, es posible que el plan no cubra el medicamento.

Cómo probar un medicamento diferente primero

Este requisito hace que usted intente utilizar medicamentos menos costosos, pero que habitualmente son 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 medicamento con receta a no más de una píldora por día.

Sección 4.3 ¿Alguna de estas restricciones se aplica a sus medicamentos?

La Lista de medicamentos del plan incluye información acerca de las restricciones descritas anteriormente. Para averiguar si alguna de estas restricciones se aplica a un medicamento que está tomando o desea tomar, consulte la Lista de medicamentos. Para obtener la información más actualizada, llame a los Servicios para los Miembros (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto) o visite nuestro sitio web (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 estar de acuerdo en eliminar la restricción o no. (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 forma en que le gustaría?

Sección 5.1 Qué puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera que a usted le gustaría

Esperamos que su cobertura para medicamentos sea adecuada 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 con respecto a 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, se le puede pedir que primero pruebe un medicamento distinto, para ver si funciona, antes de que se cubra el medicamento que 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 incluye cada medicamento cubierto en uno de los 5 niveles de costo compartido diferentes. 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 está en la Lista de medicamentos o si está restringido de alguna manera?

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

- Puede obtener un suministro temporal del medicamento (solo los miembros en determinadas situaciones pueden obtener un suministro temporal). De este modo, usted y su proveedor tendrán tiempo para cambiarlo por otro medicamento o presentar una solicitud para que se cubra el medicamento.
- Puede cambiar a otro medicamento.
- Puede solicitar una excepción y pedirle al plan que cubra el medicamento o que retire las restricciones del medicamento.

Puede obtener un suministro temporal

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

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

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

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

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

- **Para los miembros nuevos o que estaban en el plan el año pasado:**

  Cubriremos un suministro temporal de su medicamento **durante los primeros 90 días de su membresía en el plan si es nuevo y durante los primeros 90 días del año calendario si estaba en el plan el año pasado**. Este suministro temporal será para un suministro para 30 días como máximo. Si su receta está indicada para menos días, permitiremos múltiples surtidos hasta llegar a un máximo de un suministro para 30 días de los medicamentos. El medicamento con receta debe obtenerse en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo puede proporcionarle el medicamento en menores cantidades por vez para evitar el desperdicio).

- **Para los que han sido miembros del plan por más de 90 días , residen 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 a la situación de suministro temporal anteriormente mencionada.

Si experimenta un cambio en su entorno de atención (por ejemplo, si es dado de alta o admitido en un centro de atención a largo plazo), su médico o farmacia pueden solicitar un suministro temporal del medicamento. Este suministro temporal (para hasta 31 días) le dará tiempo para hablar con su médico sobre el cambio en la cobertura.

Para solicitar un suministro temporal, llame a Servicios para los Miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).

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 a 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. (Los números de teléfono de Servicios para los Miembros figuran en la contraportada de este folleto).

Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitarle al plan que haga una excepción para usted y cubra el medicamento en la forma en que desearía que estuviera cubierto. Si su proveedor dice que usted tiene razones médicas que justifican que nos pida una excepción, su proveedor puede ayudarlo a solicitar una excepción a la norma. Por ejemplo, usted puede pedirle al plan que cubra un medicamento, aunque no esté en la Lista de medicamentos del plan. O 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. Puede solicitar una excepción antes del próximo año y le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibir su solicitud (o declaración que respalda su solicitud por parte de la persona que emite 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, consulte la Sección 6.4 del Capítulo 9. 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 considera demasiado alto?

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

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 más bajo que podría funcionar igual de bien para usted. Puede llamar a 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. (Los números de teléfono de Servicios para los Miembros figuran en la contraportada de este folleto).

Puede solicitar una excepción

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 proveedor puede ayudarlo a solicitar una excepción a la norma.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, consulte la Sección 6.4 del Capítulo 9. 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 (Medicamentos 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 su cobertura cambia para uno de sus medicamentos?

Sección 6.1 La Lista de medicamentos puede cambiar durante el año

La mayoría de los cambios en la cobertura para medicamentos tienen lugar al comienzo 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 hacer lo siguiente:

- **Agregar o eliminar medicamentos de la Lista de medicamentos**. Suelen surgir medicamentos nuevos, incluidos medicamentos genéricos nuevos. 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.**

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

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

Información sobre cambios en la cobertura para medicamentos

Cuando se realizan cambios en la Lista de medicamentos durante el año, publicamos información en nuestro sitio web sobre esos cambios. Actualizaremos nuestra Lista de medicamentos en línea con regularidad para incluir cambios que se hayan realizado después de la última actualización. A continuación, señalamos los momentos en que recibirá un aviso directo si se realizan cambios sobre un medicamento que usted está tomando. También puede llamar a Servicios para los Miembros para obtener más información (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).

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

Cambios que pueden afectarlo este año: En los casos a continuación, usted se verá afectado por los cambios de cobertura durante el año actual:

- **Un nuevo medicamento genérico reemplaza un medicamento de marca en la Lista de medicamentos (o cambiamos el nivel de costo compartido o agregamos nuevas restricciones al medicamento de marca, o ambos)**
    - Podemos eliminar inmediatamente un medicamento de marca de nuestra Lista de medicamentos si lo reemplazamos por una versión genérica recientemente aprobada del mismo medicamento que aparecerá en el mismo nivel de costo compartido o en un nivel de costo compartido más bajo y con las mismas restricciones o menos. Además, cuando agreguemos el nuevo medicamento genérico, podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos, pero inmediatamente moverlo a un nivel de costo compartido más alto o agregar nuevas restricciones, o ambos.
    - Quizás no le avisemos por anticipado que realizaremos ese cambio, incluso si actualmente está tomando el medicamento de marca.
    - Usted o la persona que emite recetas pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos 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)).*
    - Si está tomando el medicamento de marca en el momento en que realizamos el cambio, le proporcionaremos información sobre los cambios específicos que realicemos. Esto también incluirá información sobre los pasos que podrá tomar para solicitar una excepción para cubrir el medicamento de marca. Es posible que no reciba este aviso antes de que realicemos el cambio.
- **Medicamentos inseguros y otros medicamentos en la Lista de medicamentos que se retiran del mercado**
    - De vez en cuando, algún medicamento puede retirarse del mercado repentinamente porque se ha descubierto que no es seguro o por algún otro motivo. Si esto ocurre, eliminaremos inmediatamente el medicamento de la Lista de medicamentos. Si está tomando ese medicamento, le informaremos este cambio de inmediato.
    - La persona que emite recetas también estará enterada de este cambio y puede ayudarlo a encontrar otro medicamento para su condición.
- **Otros cambios a los medicamentos en la Lista de medicamentos**
    - Podemos hacer otros cambios que afecten los medicamentos que esté tomando una vez que el año haya comenzado. Por ejemplo, podríamos agregar un medicamento

genérico que no sea nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca o cambiar el nivel de costo compartido o agregar nuevas restricciones al medicamento de marca. También podríamos realizar cambios basados en recuadros de advertencia de la FDA o nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare. Debemos notificarle con al menos 30 días de anticipación acerca del cambio o avisarle sobre el cambio y proporcionar un resurtido para 30 días del medicamento que está tomando en una farmacia de la red.

- Después de recibir el aviso del cambio, usted debe trabajar con la persona que emite recetas para cambiar a un medicamento diferente que cubramos.
- O bien, usted o la persona que emite recetas pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento 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)).*

Cambios a los medicamentos en la Lista de medicamentos que no afectarán a las personas que actualmente toman el medicamento: Para los cambios en la Lista de medicamentos no descritos anteriormente, si actualmente está tomando el medicamento, los siguientes tipos de cambios no lo afectarán hasta el 1 de enero del siguiente año si permanece en el plan:

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

Si cualquiera de estos cambios ocurre con un medicamento que esté tomando (pero no debido a un retiro del mercado, el reemplazo de un medicamento de marca por un medicamento genérico, u otro cambio mencionado en las secciones anteriores), 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. No recibirá un aviso directo este año sobre cambios que no lo afectan. Sin embargo, el 1 de enero del próximo año, los cambios lo afectarían, por lo que es importante revisar la lista de medicamentos para el nuevo año de beneficios en caso de que hubiera cualquier cambio en los medicamentos.

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

Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no están cubiertos

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 es que mediante una apelación, se determine que el medicamento solicitado no es un medicamento excluido en la Parte D y que debimos haberlo pagado o cubierto por su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hayamos tomado de no cubrir un medicamento, consulte la Sección 6.5 del Capítulo 9 en este folleto).

A continuación, se presentan tres normas generales sobre medicamentos que el plan de medicamentos de Medicare no cubre según 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 la 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 que esté aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos.
    - Por lo general, la cobertura "del uso no indicado en la etiqueta" se permite únicamente cuando el uso tiene el respaldo de ciertas referencias, como la información sobre medicamentos del American Hospital Formulary Service y el Sistema de Información DRUGDEX. Si el uso no tiene el respaldo de alguno de estas referencias, 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 para el tratamiento de disfunción sexual o eréctil.
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la anorexia, la pérdida de peso o el aumento de peso.
- Medicamentos para pacientes ambulatorios 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 de Medicare. Comuníquese 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 su tarjeta de membresía del plan cuando surta una receta

Sección 8.1 Muestre su tarjeta de membresía

Para obtener su medicamento con receta, muestre su tarjeta de membresía del plan en la farmacia de la red que usted elija. Cuando muestre su tarjeta de membresía 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 su tarjeta de membresía?

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

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, **es posible que usted deba pagar el costo total del medicamento con receta cuando lo retire.** (Luego, 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 se encuentra en un hospital o centro de enfermería especializada para una estadía que está cubierta por el plan?

Si ingresa en un hospital o en un centro 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 enfermería especializada, el plan cubrirá sus medicamentos, siempre y cuando estos cumplan con 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 en un centro de enfermería especializada, reside en este o sale de él, tiene derecho a un Período de Inscripción Especial. Durante este período, puede cambiar de plan o modificar su cobertura. (En el Capítulo 10, *Cancelación de la membresía 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 es residente en un centro de atención a largo plazo (LTC)?

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

Consulte su *Directorio de farmacias* para averiguar si la farmacia de su centro de atención a largo plazo forma parte de nuestra red. Si no lo hace, o si necesita más información, comuníquese con Servicios para los Miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).

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

Si necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos o está restringido de alguna manera, el plan cubrirá un **suministro temporal** de su medicamento durante los primeros 90 días de su membresía. El suministro total será para un máximo de 31 días, o menos si su receta es por menos días. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo [LTC] puede proporcionarle el medicamento en menores cantidades por vez para evitar el desperdicio). 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, consulte la Sección 6.4 del Capítulo 9.

Sección 9.3 ¿Qué sucede si también recibe cobertura para medicamentos de un plan del 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**. Él o ella puede ayudarlo 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 de grupo es "**acreditable**", significa que el plan tiene una cobertura para medicamentos que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura para medicamentos con receta 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 plan de jubilados o del empleador o sindicato.

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

Los medicamentos nunca están cubiertos por el beneficio de hospicio y nuestro plan al mismo tiempo. Si está inscrito en un hospicio de Medicare y necesita un medicamento contra las náuseas, un laxante, un analgésico o un ansiolítico que no está cubierto por el hospicio porque no está relacionado con su enfermedad terminal o sus afecciones relacionadas, la persona que le emite la receta o el proveedor del hospicio deben notificar a nuestro plan 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 debería cubrir nuestro plan, puede pedirle al proveedor del hospicio o a la persona que emite recetas que se aseguren de que tengamos la notificación de que el medicamento no está relacionado antes de pedir a la farmacia que surta su medicamento con receta.

En caso de que usted revoque su elección de hospicio o que reciba el alta del hospicio, nuestro plan debe cubrir todos sus medicamentos. Para evitar demoras en la farmacia cuando finaliza un beneficio de hospicio de Medicare, presente la documentación en la farmacia para verificar su revocación o alta. Consulte las partes anteriores de esta sección que le informan sobre las normas para obtener cobertura para medicamentos en 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 seguridad y manejo de medicamentos

Sección 10.1 Programas que ayudan a los miembros a usar los medicamentos de forma segura

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

Hacemos una revisión cada vez que usted obtiene un medicamento con receta. También revisamos nuestros registros regularmente. Durante estas revisiones, buscamos problemas potenciales, 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 sexo.
- Ciertas combinaciones de medicamentos que podrían hacerle daño si se toman al mismo tiempo.
- Recetas indicadas para medicamentos que tienen ingredientes a los que usted es alérgico.
- Posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que esté tomando.
- Cantidades inseguras de analgésicos opioides.

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

Sección 10.2 Programa de Administración de Medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a usar sus medicamentos opioides en forma segura

Tenemos un programa que puede ayudar a garantizar que nuestros miembros usen de manera segura sus medicamentos opioides con receta u otros medicamentos que se utilizan con frecuencia de forma indebida. Este programa se llama Programa de Administración de Medicamentos (Drug Management Program, DMP). Si utiliza medicamentos opioides que obtiene de diferentes médicos o farmacias, o bien si recientemente tuvo una sobredosis de opioides, podemos hablar con sus médicos para asegurarnos de que el uso que haga de estos medicamentos sea adecuado y médicamente necesario. En colaboración con sus médicos, si decidimos que el uso de medicamentos opioides o benzodiacepinas con receta no es seguro,

podemos limitar la forma en que puede obtener esos medicamentos. Estas limitaciones pueden incluir lo siguiente:

- Solicitarle que obtenga todas sus recetas de medicamentos opioides o benzodiacepinas de determinadas farmacias.
- Solicitarle que obtenga todas sus recetas de medicamentos opioides o benzodiacepinas de determinados médicos.
- Limitar la cantidad de medicamentos opioides o benzodiacepinas que cubriremos para usted.

Si consideramos que una o más de estas limitaciones deben aplicarse a su caso, le enviaremos una carta por anticipado. En la carta se explicarán las condiciones de las limitaciones que consideramos que debemos aplicar a su caso. También tendrá la oportunidad de decirnos qué médicos o farmacias prefiere usar y de brindarnos otro tipo de información que considere importante. Después de haber tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos, le enviaremos otra carta en la que se confirme la limitación. Si considera que nos hemos equivocado o no está de acuerdo con nuestra determinación de que usted está en riesgo de usar incorrectamente los medicamentos con receta o con respecto a la limitación que impusimos, usted y la persona que emite recetas tienen derecho a presentar una apelación. Si decide presentar una apelación, revisaremos su caso y le tomaremos una decisión. Si seguimos denegando cualquier parte de su solicitud relacionada con las limitaciones que se aplican a su acceso a los medicamentos, enviaremos automáticamente su caso a un revisor independiente fuera de nuestro plan. Para obtener información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9.

El DMP puede no aplicarse a su caso si usted tiene padece condiciones médicas, como cáncer o anemia drepanocítica, o bien si recibe atención en un hospicio, centro de cuidados paliativos o cuidado para pacientes terminales o vive en un centro de atención a largo plazo.

Sección 10.3 Programa de Manejo del Tratamiento Farmacológico (MTM) y otros programas para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos

Tenemos programas que pueden ayudar a nuestros miembros con necesidades complejas de la salud.

Estos programas son voluntarios y gratuitos para miembros. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrollaron los programas para nosotros. Los programas pueden ayudar a garantizar que nuestros miembros saquen el mayor beneficio de los medicamentos que toman. Un programa es llamado Programa de Manejo del Tratamiento Farmacológico (Medication Therapy Management, MTM).

Algunos miembros que toman medicamentos para tratar diferentes condiciones médicas y deben pagar altos costos por medicamentos o que se encuentran en un DMP que ayuda a miembros a utilizar los opioides de manera segura pueden obtener servicios a través de un programa de MTM. Un farmacéutico u otro profesional de la salud llevarán a cabo una revisión integral de sus

medicamentos. Puede hablar sobre la mejor manera de tomar sus medicamentos, los costos o cualquier problema o pregunta que tenga sobre sus medicamentos con receta y de venta libre. Recibirá un resumen por escrito de esta conversación. El resumen tiene un plan de acción para los medicamentos, que recomienda lo que puede hacer para aprovechar sus medicamentos, y espacio para que tome notas o escriba las preguntas de seguimiento. También obtendrá una lista de medicamentos personal que incluirá todos los medicamentos que está tomando y la razón por la que los está tomando. Además, los miembros del programa MTM recibirán información sobre la eliminación segura de medicamentos recetados que son sustancias controladas.

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 acude 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, avísenos y cancelaremos su participación en el programa. Si tiene alguna pregunta sobre estos programas, comuníquese con Servicios para los Miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).

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 137

Sección 1.1 Use este capítulo junto con otros materiales que explican su cobertura para medicamentos 137

Sección 1.2 Tipos de costos de bolsillo que puede pagar por medicamentos cubiertos 138

SECCIÓN 2 Lo que paga por un medicamento depende de la "etapa de pago de medicamentos" en la que usted se encuentre cuando obtiene el medicamento 138

Sección 2.1 ¿Cuáles son las etapas de pago de medicamentos para los miembros de Clover Health Classic (HMO)? 138

SECCIÓN 3 Le enviamos informes en los que se explican los pagos de sus medicamentos y en qué etapa de pago se encuentra 140

Sección 3.1 Le enviamos un resumen mensual llamado "Explicación de Beneficios de la Parte D" (la "EOB de la Parte D") 140

Sección 3.2 Ayúdenos a mantener actualizada nuestra información sobre los pagos de sus medicamentos 140

SECCIÓN 4 Clover Health Classic (HMO) no tiene deducible 142

Sección 4.1 Usted no paga un deducible por sus medicamentos de la Parte D. 142

SECCIÓN 5 Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga la parte que le corresponde de los costos de sus medicamentos y usted paga su parte 142

Sección 5.1 Lo que paga por un medicamento depende del medicamento y del lugar donde surte su receta 142

Sección 5.2 Una tabla que muestra sus costos por un suministro para *un mes* de un medicamento 143

Sección 5.3 Si su médico le receta un suministro para menos de un mes, es posible que no tenga que pagar el costo del suministro para todo el mes 145

Sección 5.4 Una tabla que muestra sus costos por un suministro a *largo plazo* (hasta 100 días) de un medicamento 145

Sección 5.5 Permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que los costos totales de sus medicamentos anuales alcancen $4,430 147

SECCIÓN 6 Durante la Etapa del período sin cobertura, recibe un descuento en medicamentos de marca y no paga más del 25% de los costos de los medicamentos genéricos 147

Sección 6.1 Permanece en la Etapa del período sin cobertura hasta que sus costos de bolsillo alcancen $7,050 147

Sección 6.2 Cómo calcula Medicare los gastos que paga de su bolsillo por medicamentos con receta 148

SECCIÓN 7 Durante la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, el plan paga la mayor parte del costo de sus medicamentos 150

Sección 7.1 Una vez que está en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, permanecerá en esta etapa por el resto del año 150

SECCIÓN 8 Lo que paga por las vacunas cubiertas por la Parte D depende de cómo y dónde las obtenga 151

Sección 8.1 Nuestro plan puede tener una cobertura separada para el medicamento de la vacuna de la Parte D en sí y para el costo de administrarle la vacuna 151

Sección 8.2 Puede llamar a Servicios para los Miembros antes de recibir una vacuna 153

. ¿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 lo ayuda a pagar sus medicamentos, **es posible que cierta información incluida en esta *Evidencia de cobertura* en relación con los costos para los medicamentos con receta de la Parte D no se aplique a usted.** Le hemos enviado un inserto separado, que se denomina "Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs" (Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben Ayuda Adicional para pagar los medicamentos con receta), también conocida como "Low Income Subsidy Rider" o "LIS Rider" (Cláusula adicional para Subsidio por Bajos Ingresos o Cláusula adicional LIS), que le informa sobre la cobertura para sus medicamentos. Si no posee este inserto, llame al Departamento de Servicios para los miembros y solicite la "Cláusula adicional LIS". (Los números de teléfono de Servicios para los Miembros figuran en la contraportada de este folleto).

SECCIÓN 1 Introducción

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

Este capítulo se centra en lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D. Para simplificar, 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 que comprenda la información sobre pagos que le proporcionamos en este capítulo, necesita saber los conceptos básicos sobre qué medicamentos están cubiertos, dónde obtener sus medicamentos con receta y cuáles son las normas que debe seguir cuando recibe sus medicamentos cubiertos. Estos son los materiales que explican estos conceptos básicos:

- **La *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan.** Para simplificar, la denominamos "Lista de medicamentos".
    - Esta Lista de medicamentos indica qué medicamentos están cubiertos para usted.
    - También le indica en cuál de los 5 "niveles de costo compartido" se encuentra el medicamento y si hay alguna restricción en su cobertura para el medicamento.

- Si necesita una copia de la Lista de medicamentos, llame a Servicios para los Miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto). También puede encontrar la Lista de medicamentos en nuestro sitio web 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* se incluye una lista de las farmacias que forman parte 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 de bolsillo que puede pagar por 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.

- 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 Lo que paga por un medicamento depende de la "etapa de pago de medicamentos" en la que usted se encuentre cuando obtiene el medicamento

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

Como se muestra en la siguiente tabla, existen "etapas de pago de medicamentos" para su cobertura para medicamentos con receta según Clover Health Classic (HMO). 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 anual del deducible*	**Etapa 2** *Etapa inicial sin cobertura*	**Etapa 3** *Etapa del período sin cobertura*	**Etapa 4** *Etapa de cobertura en situaciones catastróficas*
Dado que el plan no tiene deducible, esta etapa de pago no es aplicable en su caso. (Puede ver los detalles en la Sección 4 de este capítulo).	Comienza en esta etapa cuando surte su primera receta del año. Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y **usted paga su parte del costo**. Permanece en esta etapa hasta que sus **"costos totales de medicamentos"** del año hasta la fecha (sus pagos más los pagos de cualquier plan de la Parte D) alcancen $4,430. (Puede ver los detalles en la Sección 5 de este capítulo). Durante esta etapa, los costos que paga de su bolsillo por insulinas seleccionadas tendrán un copago de $35 en una farmacia estándar, o bien un copago de $25 en una farmacia preferida.	Durante esta etapa, usted paga el 25% del precio de los medicamentos de marca (más una parte del costo de suministro) y el 25% del precio de los medicamentos genéricos. Permanece en esta etapa hasta que sus **"costos de bolsillo"** (sus pagos) del año hasta la fecha alcancen un total de $7,050. 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, los costos que paga de su bolsillo por insulinas seleccionadas tendrán un copago de $35 en una farmacia estándar, o bien un copago de $25 en una farmacia preferida.	Durante esta etapa, **el plan pagará la mayor parte del costo** de sus medicamentos durante el resto del año calendario (hasta el 31 de diciembre de 2022). (Puede ver los detalles en la Sección 7 de este capítulo).

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

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

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

- Llevamos un registro de cuánto ha pagado. A esto se lo denomina **"costo de 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 resumen escrito llamado *Explicación de Beneficios de la Parte D* (o, en ocasiones, "EOB de la Parte D") cuando haya obtenido una o más recetas a través del plan durante el mes anterior. En la EOB de la Parte D, se proporciona más información acerca de los medicamentos que toma, como los aumentos de precio y otros medicamentos costo compartido más bajo que puede tener a disposición. Debe hablar con la persona que emite la receta sobre estas opciones de costo más bajo. La EOB de la Parte D incluye los siguientes datos:

- **Información para ese mes.** Este informe proporciona los detalles de pago sobre los medicamentos con receta que obtuvo el mes anterior. Muestra el total de costos de los medicamentos, lo que el plan pagó y lo que usted y otros 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.
- **Información sobre el precio del medicamento.** Esta información mostrará el precio total del medicamento y cualquier cambio porcentual desde el primer surtido para cada reclamación por recetas de la misma cantidad.
- **Recetas alternativas de costo más bajo disponibles.** Aquí se incluirá información sobre otros medicamentos que tienen un costo compartido más bajo para cada reclamación de receta que puede tener a disposición.

Sección 3.2 Ayúdenos a mantener actualizada nuestra información sobre los pagos de sus 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. Para ayudarnos a mantener su información correcta y actualizada, haga lo siguiente:

- **Muestre su tarjeta de membresía 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 membresía 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 hacer el seguimiento de los costos que paga de su bolsillo. Para ayudarnos a mantener un registro de sus costos de 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 paga un copago por los medicamentos que se proporcionan en virtud de un programa de asistencia al paciente del fabricante de un medicamento.
    - 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 Farmacéutica, un Programa de Asistencia con Medicamentos para el SIDA (ADAP), el Servicio de Salud Indígena 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 que le enviamos por escrito.** Cuando reciba la *Explicación de Beneficios de la Parte D* (una "EOB de la Parte D") por correo postal, revísela para asegurarse de que la información incluida sea correcta y esté completa. Si considera que el informe está incompleto o si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para los Miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto). Si desea recibir en forma electrónica el resumen de la Explicación de Beneficios de la Parte D, puede registrar una cuenta a través de nuestro socio de beneficios farmacéuticos, CVS Caremark, en el portal caremark.com y optar por recibir los estados de cuenta digitales. Recibirá un correo electrónico en el que se le informará que hay un documento para consultar en el portal en línea. Asegúrese de guardar estos informes. Son un registro importante de sus gastos en medicamentos.

SECCIÓN 4 Clover Health Classic (HMO) no tiene deducible

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

Clover Health Classic (HMO) no tiene deducible. Comienza en la Etapa de cobertura inicial cuando surte su primera receta del año. Consulte la Sección 5 para obtener información sobre su cobertura en la Etapa de cobertura inicial.

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

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

Durante 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). La parte que le corresponde del costo varía según el medicamento y dónde obtiene los medicamentos con receta.

El plan tiene 5 niveles de costo compartido

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

- El Nivel 1 de costo compartido (el nivel más bajo de costo compartido) 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 más alto de costo compartido) incluye medicamentos especializados y medicamentos genéricos y de marca de muy alto costo, que pueden requerir un manejo especial o un control estricto.

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 el lugar donde obtenga el medicamento:

- 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.
- La farmacia de pedido por correo del plan.

Para obtener más información sobre las opciones de farmacias y la obtención de los medicamentos con receta, consulte el Capítulo 5 de 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 un 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, la parte que le corresponde 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 a continuación, el monto del copago o de coseguro depende del nivel de costo compartido donde se encuentra su medicamento, así que tenga en cuenta lo siguiente:

- Si el costo del medicamento cubierto es inferior al monto de copago que figura en la tabla, usted pagará el precio que sea menor 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:

	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 atención a largo plazo (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 (**Medicamentos genéricos preferidos**)	Copago de $10	Copago de $0	Copago de $10	Copago de $10
Nivel 2 de costo compartido (**Medicamentos genéricos**)	Copago de $15	Copago de $10	Copago de $15	Copago de $15
Nivel 3 de costo compartido (**Medicamentos de marca preferidos**)	Copago de $47	Copago de $37	Copago de $47	Copago de $47
Medicamentos selectos de insulina	Copago de $35	Copago de $25	Copago de $35	Copago de $35
Nivel 4 de costo compartido (**Medicamentos no preferidos**)	Copago de $100	Copago de $90	Copago de $100	Copago de $100
Nivel 5 de costo compartido (**Medicamentos especializados**)	Coseguro del 33%	Coseguro del 33%	Coseguro del 33%	Coseguro del 33%

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

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 dependerá de si usted es responsable de pagar un coseguro (un porcentaje del costo total) o un copago (un monto fijo).

- 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 reciba. Calcularemos el monto 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, se muestra 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 es eficaz para usted antes de tener que pagar el suministro para un mes completo. También puede pedirle a su médico que le recete y a su farmacéutico que le entregue un suministro para menos de un mes completo de un medicamento o varios, si esto lo ayuda a planificar mejor las fechas de resurtido de diferentes medicamentos con receta, para no tener que ir tantas veces a la farmacia. El monto que usted pague dependerá de la cantidad de días del suministro que reciba.

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

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

- Tenga en cuenta lo siguiente: Si los costos del medicamento cubierto son inferiores al monto de copago que figura en la tabla, usted pagará el precio que sea menor 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 de 100 días como máximo)	**Costo compartido minorista preferido (dentro de la red)** (suministro de 100 días como máximo)	**Costo compartido para servicio de pedido por correo** (suministro de 100 días como máximo)
Nivel 1 de costo compartido (Medicamentos genéricos preferidos)	Copago de $5	Copago de $0	Copago de $0
Nivel 2 de costo compartido (Medicamentos genéricos)	Copago de $45	Copago de $30	Copago de $0
Nivel 3 de costo compartido (Medicamentos de marca preferidos)	Copago de $141	Copago de $111	Copago de $110
Medicamentos selectos de insulina	Copago de $105	Copago de $75	Copago de $75
Nivel 4 de costo compartido (Medicamentos no preferidos)	Copago de $300	Copago de $270	Copago de $270
Nivel 5 de costo compartido (Medicamentos especializados)	Coseguro del 33%	Coseguro del 33%	Coseguro del 33%

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

Permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que el monto total de los medicamentos con receta que surta y resurta alcance el **límite de $4,430 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:
  - El total que pagó como su parte del costo por sus medicamentos en la Etapa de cobertura inicial.
- **Lo que el plan ha pagado** como la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos durante la Etapa de cobertura inicial. (Si se inscribe en un plan diferente de la Parte D, en cualquier momento en 2022, el monto que usted pagó durante la Etapa de cobertura inicial también se tiene en cuenta para los costos totales de los medicamentos).

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

Le informaremos si alcanza este monto de $4,430. 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, recibe un descuento en medicamentos de marca y no paga más del 25% de los costos de los medicamentos genéricos

Sección 6.1 Permanece en la Etapa del período sin cobertura hasta que sus costos de bolsillo alcancen $7,050

Cuando usted está en la Etapa del período sin cobertura, el Programa de Descuentos para el Período sin Cobertura de Medicare ofrece descuentos del fabricante en medicamentos de marca. Usted paga el 25% del precio negociado y una parte del costo de suministro de los medicamentos de marca. Tanto el monto que usted paga como el monto con descuento del fabricante se tienen en cuenta para los costos que paga de su bolsillo como si usted hubiera pagado esa cantidad y le permite avanzar en el período sin cobertura.

También recibe cierto grado de cobertura para los medicamentos genéricos. No paga más del 25% del costo de los medicamentos genéricos y el plan paga el resto del costo. Para los

medicamentos genéricos, el monto que paga el plan (75%) no se considera para los costos que paga de su bolsillo. Solo se considera el monto que usted paga y le permite avanzar en el período sin cobertura.

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

Clover Health Classic (HMO) ofrece cobertura adicional durante períodos sin cobertura para insulinas seleccionadas. Durante la Etapa del período sin cobertura, los costos que paga de su bolsillo por insulinas seleccionadas tendrán un copago de $35 en una farmacia estándar, o bien un copago de $25 en una farmacia preferida para un suministro de 1 mes. Para obtener información sobre cuáles medicamentos corresponden a insulinas seleccionadas, revise la Lista de Medicamentos más reciente que proporcionamos de forma electrónica. Puede identificar los Medicamentos Selectos de Insulina con la abreviatura "SI" en la Lista de Medicamentos. Si tiene preguntas sobre la Lista de Medicamentos, también puede llamar a Servicios para los Miembros (los números de teléfono de Servicios para los Miembros se encuentran en la contraportada de este folleto).

Medicare tiene normas acerca de lo que se considera y lo que *no* se considera costos de bolsillo. Cuando alcanza un límite de costos de bolsillo de $7,050, abandona 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 <u>se incluyen</u> en los costos que debe pagar de su bolsillo.

Cuando sume los costos que paga de su bolsillo, **<u>puede incluir</u>** 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 de cobertura inicial.
  - La Etapa del período sin cobertura.
- Cualquier pago que efectuó durante este año calendario como miembro de otro plan de medicamentos con receta de Medicare antes de inscribirse en nuestro plan.

Es importante quién paga:

- Si hace estos pagos **usted mismo**, se incluyen en los costos de 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 con medicamentos para el SIDA, por un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica que esté calificado por Medicare o por el Servicio de Salud Indígena. También se incluyen los pagos realizados 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 quienes pagan en su nombre) hayan gastado un total de $7,050 de su bolsillo dentro del año calendario, pasará de la Etapa del período sin cobertura a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

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

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

- Medicamentos que compra fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Medicamentos que nuestro plan no cubre.
- Medicamentos que obtiene en una farmacia fuera de la red que no cumplen con los requisitos del plan para la cobertura fuera de la red.
- Medicamentos que no sean de la Parte D, incluidos los medicamentos con receta cubiertos por las Partes A y B, y otros medicamentos excluidos de la cobertura de Medicare.
- Pagos que realiza para los medicamentos con receta que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos con receta de Medicare.
- Pagos realizados por el plan para sus medicamentos genéricos o de marca mientras estaba en el período sin cobertura.

- Pagos por sus medicamentos que realizan los planes de salud de grupo, incluidos los planes de salud del empleador.
- Pagos por sus medicamentos que realizan 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 que realiza un tercero con la obligación legal de pagar los costos de los medicamentos con receta (por ejemplo, Compensación para Trabajadores).

Recordatorio: Si cualquier otra organización, como las que mencionamos más arriba, paga parte o la totalidad de sus costos de bolsillo por los medicamentos, usted debe informarlo a nuestro plan. Llame a Servicios para los Miembros para informarnos (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).

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

- **Lo ayudaremos.** La *Explicación de Beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D) que le enviamos incluye la cantidad actual de sus costos de bolsillo (la Sección 3 de este capítulo describe este informe). Cuando alcance un total de $7,050 en costos de bolsillo para el año, este informe le indicará que ha dejado la Etapa del período sin cobertura y ha pasado a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** En la Sección 3.2 se describe lo que usted puede hacer para asegurarse de que los registros que tengamos de lo que ha gastado estén completos y actualizados.

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

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

Usted reúne los requisitos para la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas cuando sus costos de bolsillo han alcanzado el límite de $7,050 para el año calendario. Una vez que está en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, se quedará en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.

Durante esta etapa, el plan pagará la mayor parte del costo de sus medicamentos.

- **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* - $3.95 por un medicamento genérico o un medicamento considerado como un genérico y $9.85 por todos los demás medicamentos.

- **Nuestro plan paga el resto** del costo.

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

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

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

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

- 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 "colocación" 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 aspectos:

1. **El tipo de vacuna** (para qué se lo está vacunando).
   - 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:

- En ocasiones, 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 reembolse la parte que nos corresponde pagar del costo.

- Otras veces, cuando recibe el medicamento de la vacuna o se la administran, deberá 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 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 pagará 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 el costo total de la vacuna y su administración.
- Después 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 pagó menos su copago normal por la vacuna (incluida la administración) y cualquier diferencia entre el monto que cobra el médico y lo que normalmente pagamos. (Si recibe “Ayuda Adicional”, le reembolsaremos esta diferencia).

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

- Usted deberá pagarle a la farmacia el monto de su copago por la vacuna en sí.
- Cuando su médico le administre la vacuna, usted deberá pagar el costo total de este servicio. Después podrá 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 monto que cobra el médico por la administración de la vacuna menos cualquier diferencia entre el monto que cobra el médico y lo que normalmente pagamos. (Si recibe “Ayuda Adicional”, le reembolsaremos esta diferencia).

Sección 8.2 Puede llamar a Servicios para los Miembros antes de recibir una vacuna

Las normas para la cobertura de las vacunas son complejas. Estamos aquí para ayudar. Le recomendamos que nos llame primero a Servicios para los Miembros cuando esté planeando vacunarse. (Los números de teléfono de Servicios para los Miembros figuran en la contraportada de este folleto).

- Podemos decirle cómo nuestro plan cubre sus vacunas y explicarle la parte que le corresponde del costo.
- Podemos indicarle cómo reducir sus costos si utiliza proveedores y farmacias de nuestra red.
- Si no puede utilizar un proveedor o una farmacia de la red, podemos explicarle qué debe hacer para 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 solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios o medicamentos cubiertos 156

Sección 1.1 Si usted paga la parte que nos corresponde del costo de los servicios o medicamentos cubiertos, o si recibe una factura, puede solicitarnos el pago 156

SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos un reembolso o el pago de una factura que ha recibido 158

Sección 2.1 Cómo y dónde enviarnos su solicitud de pago 158

SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y le responderemos con nuestra decisión 159

Sección 3.1 Verificamos si debemos cubrir el servicio o el medicamento y cuánto adeudamos 159

Sección 3.2 Si le informamos que no pagaremos la totalidad o parte de la atención médica o el medicamento, puede presentar una apelación 160

SECCIÓN 4 Otras situaciones en las que debe guardar sus recibos y enviarnos copias 160

Sección 4.1 En algunos casos, debe enviarnos copias de sus recibos para ayudarnos a realizar un seguimiento de los costos que paga de su bolsillo por medicamentos 160

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

Sección 1.1 Si usted paga la parte que nos corresponde del costo de los servicios o medicamentos cubiertos, o si recibe una factura, puede solicitarnos el pago

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 (la acción de devolver el dinero a menudo se denomina "reembolsar"). 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 recibió. En muchos casos, usted deberá enviarnos la factura en lugar de pagarla. Examinaremos la factura y decidiremos si los servicios deben ser cubiertos. Si decidimos que deben ser cubiertos, le pagaremos al proveedor directamente.

Estos son ejemplos de situaciones en las que es posible que deba solicitar al plan un reembolso o el pago de una factura que ha recibido:

1. Cuando recibió atención médica de emergencia o de urgencia de un proveedor que no está dentro de la red de nuestro plan

Puede recibir servicios de emergencia de cualquier proveedor, ya sea que el proveedor sea o no parte de nuestra red. Cuando recibe servicios de urgencia o de emergencia de un proveedor que no es parte de nuestra red, usted es responsable de pagar solo su parte del costo, no el costo total. Usted debe pedirle al proveedor que emita una factura para el pago de la parte del costo que le corresponde al plan.

- Si usted paga el monto total en el momento de recibir el servicio, debe solicitarnos el reembolso del monto del costo que nos corresponde pagar. Envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado.
- Es posible que algunas veces reciba una factura del proveedor en la que le solicita que pague un monto que usted considera que no adeuda. Envíenos esa factura junto con la documentación de cualquier pago que ya haya realizado.
    - Si se adeuda algo al proveedor, le pagaremos directamente.
    - Si ya ha pagado más de lo que le corresponde del costo del servicio, determinaremos cuánto adeudaba y le reembolsaremos el monto de la parte que nos correspondía.

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 solicitarle a usted el pago de su parte del costo solamente. Pero, a veces cometen, errores y le piden que pague más de lo que le corresponde.

- Solo tiene que pagar las cantidades de costo compartido del plan cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores agreguen cargos adicionales, lo que se denomina "facturación de saldos". Esta protección (de que usted nunca pagará más de la cantidad de costo compartido que le corresponde) se aplica incluso si le pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio e incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor. Para obtener más información sobre "facturación de saldos", consulte la Sección 1.3 del Capítulo 4.
- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red cuyo monto considera que es superior de lo que le corresponde pagar, envíenosla. Nos comunicaremos 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 solicite el reembolso de la diferencia entre el monto que pagó y el que adeuda según el plan.

3. Si se afilia 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 cualquiera de sus servicios o medicamentos cubiertos después de su fecha de inscripción, puede solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte de los costos. Deberá enviarnos la documentación para que manejemos el reembolso.

Llame a Servicios para los Miembros para obtener información adicional acerca de cómo solicitarnos un reembolso y los plazos para realizar su solicitud. (Los números de teléfono de Servicios para los Miembros figuran en la contraportada de este folleto).

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 membresía 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 surtidos en farmacias fuera de la red en situaciones especiales. 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 membresía del plan

Si usted no lleva con usted su tarjeta de membresía del plan, puede solicitar a la farmacia que llame al plan o que 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 usted deba pagar 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

Es posible que pague el costo total del medicamento con receta porque se da cuenta de que el medicamento no tiene cobertura por alguna razón.

- Por ejemplo, es probable que el medicamento no figure en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan; o podría tener un requisito o una restricción que usted desconocía o que no cree que debería aplicarse a usted. Si usted decide obtener el medicamento de inmediato, es posible que deba pagar el costo total.
- Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso. En algunas situaciones, es posible que necesitemos 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 acerca de cómo presentar una apelación.

SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos un reembolso o el pago de una factura que ha recibido

Sección 2.1 Cómo y dónde enviarnos su solicitud de pago

Envíenos su solicitud de pago junto con su factura y la documentación de cualquier pago que haya realizado. Es aconsejable hacer una copia de su factura y de los recibos para conservar en sus registros.

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

- No es obligatorio utilizar el formulario, pero nos será útil para procesar la información de manera más rápida.
- Descargue una copia del formulario en nuestro sitio web (www.cloverhealth.com/en/members/plan-documents) o llame a Servicios para los

Miembros y solicite el formulario. (Los números de teléfono de Servicios para los Miembros figuran en la contraportada de este folleto).

Envíe su solicitud de pago **de reclamaciones médicas** junto con las facturas o recibos de pago a esta dirección:

Clover Health
Attention: Medical Claims
PO Box 2092
Jersey City, NJ 07303

Debe enviarnos su reclamación médica, dental y de la visión dentro de los 12 meses posteriores a la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.

Envíe por correo su solicitud de pago **por medicamentos con receta** junto con las facturas o recibos de pago a esta dirección:

Medicare Part D Paper Claims
PO Box 52066
Phoenix, AZ 85072-2066

Debe enviarnos su reclamación de factura dentro de los 36 meses posteriores a la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con Servicios para los Miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto). Si no sabe qué debería haber pagado, o si recibe facturas y no sabe qué hacer con ellas, podemos ayudarlo. También puede llamar si desea darnos más información acerca de una solicitud de pago que nos haya enviado.

SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y le responderemos con nuestra decisión

Sección 3.1 Verificamos si debemos cubrir el servicio o el medicamento y cuánto adeudamos

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

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento están cubiertos y que usted ha seguido todas las normas para obtener la atención o el medicamento, pagaremos nuestra parte del costo. Si ya ha pagado por el servicio o medicamento, le enviaremos por correo el 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 cambio, 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 informamos que no pagaremos la totalidad o parte de la atención médica o el medicamento, 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 acerca de 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 presentar 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 presentar una apelación acerca de cómo obtener el reembolso de un servicio médico, consulte la Sección 5.3 del Capítulo 9.
- Si desea presentar una apelación acerca de cómo obtener el reembolso de un medicamento, consulte 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 realizar un seguimiento de los costos que paga de su bolsillo por medicamentos

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. En cambio, nos está informando sus pagos para que podamos calcular correctamente los costos que paga de su bolsillo. Esto puede ayudarlo a calificar 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 se encuentra en la Etapa del período sin cobertura, puede comprar su medicamento **en una farmacia de la red** por un precio inferior al nuestro.

- 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 más bajo.
- Salvo que se apliquen condiciones especiales, usted debe utilizar una farmacia de la red en estas situaciones y su medicamento debe estar incluso en nuestra Lista de medicamentos.
- Guarde su recibo y envíenos una copia para que podamos considerar los gastos de bolsillo en su calificación para la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.
- **Tenga en cuenta lo siguiente:** Si se encuentra en la Etapa del período sin cobertura, no pagaremos ninguna parte de los costos de estos medicamentos. El envío del recibo nos permite calcular correctamente los costos que paga de su bolsillo y puede ayudarlo a calificar más rápidamente 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 ofrecido por 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 a este programa.

- Guarde su recibo y envíenos una copia para que podamos considerar los gastos de bolsillo en su calificación para la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.
- **Tenga en cuenta lo siguiente:** Debido a que está recibiendo el medicamento a través del programa de asistencia al paciente y no a través de los beneficios del plan, no pagaremos ninguna parte de los costos de estos medicamentos. El envío del recibo nos permite calcular correctamente los costos que paga de su bolsillo y puede ayudarlo a calificar más rápidamente 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 164

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.) 164

Sección 1.1 Debemos proporcionar la información de una manera que usted la comprenda (en otros idiomas aparte del inglés, en braille, en letra grande u otros formatos alternativos, etc.) 164

Sección 1.2 Debemos asegurarnos de que obtenga acceso oportuno a sus servicios y medicamentos cubiertos 165

Sección 1.3 Debemos proteger la privacidad de su información de salud personal ... 165

Sección 1.4 Debemos brindarle información sobre el plan, la red de proveedores y los servicios cubiertos 166

Sección 1.5 Debemos respaldar su derecho a tomar decisiones sobre su atención..... 168

Sección 1.6 Tiene derecho a presentar quejas y solicitarnos que reconsideremos las decisiones que hemos tomado 170

Sección 1.7 ¿Qué puede hacer si cree que está siendo tratado injustamente o que no se respetan sus derechos? 170

Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos 171

SECCIÓN 2 Tiene algunas responsabilidades como miembro del plan 171

Sección 2.1 ¿Cuáles son sus responsabilidades? 171

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. Para obtener información sobre nosotros de una manera que sea conveniente para usted, llame a Servicios para los Miembros (los números de teléfono se encuentran impresos en la portada posterior de este folleto).

If you have any trouble getting information from our plan in a format that is accessible and appropriate for you, please call to file a grievance with Clover Health Plan at the Member Services number listed below. 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. La información de contacto se incluye en esta Evidencia de cobertura y está disponible en forma electrónica. También puede comunicarse con el Departamento de Servicios para los Miembros al 1-888-778-1478 o al 711 para obtener información adicional.

Sección 1.1 Debemos proporcionar la información de una manera que usted la comprenda (en otros idiomas aparte del inglés, en braille, en letra grande u otros formatos alternativos, etc.)

Para obtener información sobre nosotros de una manera que sea conveniente para usted, llame a Servicios para los Miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).

Nuestro plan cuenta con personal y servicios de interpretación gratuitos disponibles para responder las preguntas de los miembros con alguna discapacidad o que no hablan inglés. 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 para usted. Para obtener información sobre nosotros de una manera que sea conveniente para usted, llame a Servicios para los Miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).

Si tiene algún problema para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted, llame para presentar una queja ante Clover Health Plan. También puede

presentar una queja ante Medicare llamando 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 formato digital). Puede comunicarse con el Departamento de Servicios para los Miembros al 1-888-778-1478 o al 711 para obtener más información.

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

Como miembro de nuestro plan, tiene derecho a elegir un proveedor de atención primaria (PCP) dentro de la red del plan para proporcionar y coordinar sus servicios cubiertos (el Capítulo 3 explica más sobre esto). Llame al Departamento de Servicios para los miembros para saber qué médicos aceptan nuevos pacientes (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto). No exigimos que obtenga referidos para consultar a proveedores de la red.

Como miembro del plan, usted tiene derecho a obtener citas y servicios cubiertos de la red de proveedores de su plan *dentro de un período 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 lo que 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 lo que puede hacer).

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

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

- Su “información de salud personal” incluye la información personal que nos suministró cuando se inscribió en este plan, así como sus registros médicos y otra información médica y de salud.
- 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 modifiquen 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 las leyes y reglamentaciones federales.

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

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

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

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su información de salud personal, llame a Servicios para los Miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).

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

Como miembro de Clover Health Classic (HMO), usted tiene derecho a que le brindemos 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 a Servicios para los Miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto):

- **Información sobre nuestro plan**. Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera del plan. También incluye información sobre el número de

apelaciones presentadas por los miembros y la Calificación por estrellas del plan, incluso 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, incluso las farmacias de nuestra red.**
  - Por ejemplo, usted tiene derecho a obtener 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.*
  - Para obtener una lista de las farmacias de la red del plan, consulte el *Directorio de farmacias.*
  - Para obtener información más detallada sobre los proveedores o las farmacias, puede llamar a Servicios para los Miembros (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto) o visitar nuestro sitio web en 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 reglas o restricciones, llame a Servicios para los Miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).
- **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 algún servicio no está cubierto para usted de la manera que usted considera que debería estarlo, consulte el Capítulo 9 de este folleto. En él

encontrará 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 1.5 Debemos respaldar 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 comprenderlo*.

Usted también tiene derecho a participar plenamente en las decisiones sobre su atención médica. Para ayudarlo a tomar decisiones con sus médicos acerca de qué tratamiento es mejor para usted, sus derechos son los siguientes:

- **Saber acerca de todas sus opciones.** Esto significa que usted tiene 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 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 solicitar 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 lo 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 tome las decisiones por usted si usted no puede. Quizás desee darles copias a algunos amigos cercanos o miembros de la familia también. Asegúrese de guardar una copia en casa.

Si sabe con anticipación que deberá hospitalizarse y ha firmado instrucciones anticipadas, **lleve una copia cuando vaya al hospital.**

- Si usted ingresa al hospital, se le preguntará si ha firmado un formulario de instrucciones anticipadas y si lo lleva con usted.
- Si no ha firmado un formulario de instrucciones anticipadas, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntarán si desea firmar uno.

Recuerde que es su elección si desea llenar un formulario de instrucciones anticipadas (incluso si desea firmar uno estando en el hospital). Según la ley, nadie puede negarse a brindarle atención ni puede discriminarlo por haber firmado o no instrucciones anticipadas.

¿Qué pasa si sus instrucciones no se siguen?

Si ha firmado instrucciones anticipadas y cree que un médico o el hospital no han respetado las instrucciones que allí menciona, puede presentar una queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Texas (Texas Health and Human Services).

Sección 1.6 Tiene derecho a presentar quejas y solicitarnos que reconsideremos las decisiones que hemos tomado

Si tiene algún problema o inquietud sobre la atención o los servicios cubiertos, el Capítulo 9 de este folleto le indica lo que 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 (solicitar una decisión de cobertura, presentar una apelación o presentar una queja), **debemos tratarlo de manera justa**.

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 a Servicios para los Miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).

Sección 1.7 ¿Qué puede hacer si cree que está siendo tratado injustamente o que no se respetan sus derechos?

Si se trata de discriminación, llame a la Oficina de Derechos Civiles

Si considera que no se lo 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** al 1-800-368-1019 (los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 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 a Servicios para los Miembros** (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).
- Puede **llamar al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP).** Para obtener más información sobre esta organización y cómo contactarla, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
- O bien **puede llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos

Hay varios lugares donde puede obtener más información sobre sus derechos:

- Puede **llamar a Servicios para los Miembros** (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).
- Puede **llamar al SHIP.** 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 "Medicare Rights & Protections" (Sus derechos y protecciones de Medicare). (La publicación está disponible en: www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf).
    - También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 2 Tiene algunas responsabilidades como miembro del plan

Sección 2.1 ¿Cuáles son sus responsabilidades?

A continuación, se enumeran sus obligaciones como miembro del plan. Si tiene preguntas, llame a Servicios para los Miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto). Estamos aquí para ayudar.

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las normas que debe seguir para obtenerlos.** Use este folleto de *Evidencia de cobertura* para conocer qué está cubierto para usted y las reglas que debe seguir para obtener sus 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 que debe seguir y lo que le corresponde pagar.
    - 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 informarnos. Llame a Servicios para los Miembros para informarnos (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).
    - 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. Esto se 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. Lo ayudaremos a coordinar sus beneficios. (Para obtener más información sobre la coordinación de beneficios, consulte la Sección 10 del Capítulo 1).

- **Dígales a su médico y a otros proveedores de atención médica que está inscrito en nuestro plan.** Muestre su tarjeta de membresía del plan siempre que reciba atención médica o medicamentos con receta de la Parte D.
- **Permita que sus médicos y otros proveedores lo ayuden dándoles información, haciendo preguntas y realizando un seguimiento de su atención médica.**
  - Para ayudar a que sus médicos y otros proveedores de atención médica le den la mejor atención, aprenda todo lo que pueda acerca de sus problemas de salud y proporcióneles la información que necesitan sobre usted y su salud. Siga las instrucciones y planes de tratamiento que usted y sus médicos acordaron.
  - Asegúrese de que sus médicos conozcan todos los medicamentos que toma, incluidos los medicamentos de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
  - Si tiene alguna duda, asegúrese de preguntar. 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 tener la Parte A y la Parte B de Medicare. Algunos miembros del plan deben pagar una prima para la Parte A de Medicare. 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 explica qué le corresponde pagar por sus servicios médicos. El Capítulo 6 le informa qué le corresponde 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.

  - Si debe pagar el monto adicional por la Parte D debido a sus ingresos anuales, debe pagar este monto directamente al gobierno para seguir siendo miembro del plan.

- **Díganos si cambia de domicilio.** Si se va a mudar, es importante que nos lo comunique de inmediato. Llame a Servicios para los Miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).
- **Si se muda *fuera* del área de servicio de nuestro plan, no podrá seguir siendo miembro del plan.** (El Capítulo 1 informa sobre nuestra área de servicio). Podemos ayudarlo a averiguar si se está mudando fuera de nuestra área de servicio. Si se muda fuera 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 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 cualquier sugerencia que pueda tener para mejorar nuestro plan.
  - Los números de teléfono y las horas en las que puede llamar a Servicios para los Miembros figuran en la contraportada de este folleto.
  - Para obtener más información sobre cómo comunicarse con nosotros, incluida nuestra dirección de correo postal, consulte el Capítulo 2.

CAPÍTULO 9

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

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

SECCIÓN 1 Introducción 178

Sección 1.1 Qué hacer si tiene un problema o inquietud 178

Sección 1.2 Acerca de los términos legales 178

SECCIÓN 2 Puede obtener ayuda de organizaciones gubernamentales que no estén relacionadas con nosotros 178

Sección 2.1 Dónde obtener más información y asistencia personalizada 178

SECCIÓN 3 ¿Qué proceso debe usar para tratar su problema? 179

Sección 3.1 ¿Debería usar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones? ¿O debe utilizar el proceso de presentación de quejas? 179

DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES 180

SECCIÓN 4 Guía sobre los aspectos básicos de las decisiones de cobertura y apelaciones 180

Sección 4.1 Petición de decisiones de cobertura y presentación de apelaciones: panorama general 180

Sección 4.2 Cómo obtener ayuda cuando solicita una decisión de cobertura o presenta una apelación 181

Sección 4.3 ¿Qué sección de este capítulo proporciona los detalles para su situación? 182

SECCIÓN 5 Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación 183

Sección 5.1 En esta sección se le indica qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura de atención médica o si desea que le reembolsemos nuestra parte del costo de su atención. 183

Sección 5.2 Paso a paso: Cómo puede solicitar una decisión de cobertura (cómo pedirle al plan que autorice o brinde cobertura para la atención médica que desea) 185

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) 188

Sección 5.4 Paso a paso: Cómo se realiza una apelación de Nivel 2 192

Sección 5.5 ¿Qué sucede si nos solicita que le paguemos nuestra parte de una factura que recibió en conceptos de atención médica? 194

SECCIÓN 6 Sus medicamentos con receta de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación 195

Sección 6.1 En esta sección se le indica qué hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea que le reembolsemos un medicamento de la Parte D 195

Sección 6.2 ¿Qué es una excepción? 197

Sección 6.3 Datos importantes que debe saber sobre la solicitud de excepciones..... 199

Sección 6.4 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluso una excepción 200

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) 204

Sección 6.6 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 207

SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto 209

Sección 7.1 Durante su hospitalización, recibirá un aviso por escrito de Medicare que le informa sobre sus derechos 210

Sección 7.2 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha del alta del hospital 211

Sección 7.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha del alta del hospital 214

Sección 7.4 ¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar su apelación de Nivel 1? 215

SECCIÓN 8 Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo ciertos servicios médicos si cree que su cobertura se termina demasiado pronto. 218

Sección 8.1 *Esta sección trata solo acerca de tres servicios:* atención médica en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada y servicios en un centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF)..... 218

Sección 8.2 Le informaremos por adelantado cuándo finalizará su cobertura..... 219

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 220

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 222

Sección 8.5 ¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar su apelación de Nivel 1? 223

SECCIÓN 9 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y a los siguientes niveles. 226

Sección 9.1 Apelaciones de Niveles 3, 4 y 5 para solicitudes de servicio médico 226

Sección 9.2 Apelaciones de Niveles 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D..... 228

PRESENTACIÓN DE QUEJAS 229

SECCIÓN 10 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes ... 229

Sección 10.1 ¿Qué tipos de problemas maneja el proceso de quejas?..... 229

Sección 10.2 El término formal para “presentar una queja” es “interponer un reclamo” 231

Sección 10.3 Paso a paso: Presentación de una queja..... 232

Sección 10.4 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención a la Organización para la Mejora de la Calidad..... 233

Sección 10.5 También puede informar a Medicare su queja 234

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Qué hacer si tiene un problema o inquietud

Este capítulo explica dos tipos de procesos para el manejo de problemas e inquietudes:

- Para algunos tipos de problemas, debe utilizar **el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones.**
- Para otros, debe utilizar el **proceso de presentación de quejas.**

Ambos procesos han sido aprobados por Medicare. Para garantizar la imparcialidad y la tramitación oportuna de sus problemas, cada proceso tiene un conjunto de normas, procedimientos y plazos que usted y nosotros debemos cumplir.

¿Cuál debe utilizar? Eso depende del tipo de problema que tenga. La guía de la Sección 3 lo ayudará a identificar el proceso correcto a seguir.

Sección 1.2 Acerca de los términos legales

Algunas de las normas, procedimientos y tipos de fechas límite explicados en este capítulo contienen términos legales técnicos. Muchos de estos términos resultan 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 lugar de utilizar ciertos términos legales. Por ejemplo, en este capítulo generalmente dice “presentar una queja” en lugar de “interponer un reclamo”, “decisión de cobertura” en lugar de “determinación de la organización”, “determinación de cobertura” o “determinación de riesgo”, y “Organización de Revisión Independiente” en lugar de “Entidad de Revisión Independiente”. También se evita al máximo el uso de abreviaturas.

No obstante, puede resultarle útil, y, a veces, es bastante importante, conocer los términos legales correctos para la situación en la que se encuentre. 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 ayudarlo a saber qué términos utilizar, incluimos términos legales cuando damos los detalles para el manejo de determinados tipos de situaciones.

SECCIÓN 2 Puede obtener ayuda de 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 ayudarlo. 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 capacitado asesores en cada estado. El programa no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los asesores de este programa pueden ayudarlo a comprender qué proceso debe utilizar para tratar su problema. 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 comunicarse con Medicare. A continuación, se incluyen dos maneras de obtener información directamente de Medicare:

- Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.
- Puede visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov).

SECCIÓN 3 ¿Qué proceso debe usar para tratar su problema?

Sección 3.1 ¿Debería usar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones? ¿O debe utilizar el proceso de presentación de quejas?

Si tiene un problema o una inquietud, simplemente lea las partes de este capítulo que se aplican a su situación. La guía que aparece a continuación le será útil.

Para saber qué parte de este capítulo lo ayudará con su problema o inquietud específicos, **COMIENCE 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 se relaciona con 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 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 tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes".**

DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES

SECCIÓN 4 Guía sobre los aspectos básicos de las decisiones de cobertura y apelaciones

Sección 4.1 Petición de decisiones de cobertura y presentación de apelaciones: panorama general

El proceso para las decisiones de cobertura y apelaciones trata los problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura de servicios médicos y medicamentos con receta, incluidos 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 en relación con el 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 recibe atención médica de él o si su médico de la red lo refiere a un especialista. Usted o su médico también pueden comunicarse con nosotros y solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura si su médico no está seguro de si cubriremos un servicio médico particular o si él se niega 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 solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura para usted. . En circunstancias limitadas, se descartará una solicitud de decisión de cobertura, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de cuándo se descartará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien realiza la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo o si solicita que se retire su solicitud. Si rechazamos una solicitud para una decisión de cobertura, enviaremos un aviso que explique por qué se descartó la solicitud y cómo solicitar una revisión de la decisión.

Tomamos una decisión de cobertura cada vez que decidimos lo que está cubierto para usted y cuánto tenemos que pagar. En algunos casos, podríamos decidir que un servicio o medicamento no está cubierto o que ya no tiene cobertura de Medicare para usted. Si no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura y no se siente satisfecho con ella, usted puede “apelar” la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitar que revisemos y modifiquemos una decisión de cobertura que hayamos tomado.

Cuando apela una decisión por primera vez, esto se denomina apelación de Nivel 1. En este tipo de apelación, revisamos la decisión de cobertura que hemos tomado para comprobar si seguimos todas las normas correctamente. Su apelación es analizada por revisores distintos a los que tomaron la decisión desfavorable original. Cuando hayamos completado la revisión, le comunicaremos nuestra decisión. En ciertas circunstancias, que analizaremos más adelante, puede solicitar una “decisión de cobertura rápida” o acelerada, o una apelación rápida de una decisión de cobertura. En circunstancias limitadas, se descartará una solicitud de decisión de cobertura, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de cuándo se descartará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien realiza la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo o si solicita que se retire su solicitud. Si rechazamos una solicitud para una decisión de cobertura, enviaremos un aviso que explique por qué se descartó la solicitud y cómo solicitar una revisión de la decisión.

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 de revisión independiente que no está relacionada con nuestro plan. (En algunas situaciones, su caso se enviará automáticamente a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2. En otras situaciones, usted deberá solicitar la apelación de Nivel 2). Si no está satisfecho con la decisión de la apelación de Nivel 2, puede continuar con otros niveles de apelación.

Sección 4.2 Cómo obtener ayuda cuando solicita una decisión de cobertura o presenta una apelación

¿Necesita ayuda? Estos son los recursos que puede utilizar si decide solicitar algún tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- Puede **llamarnos a Servicios para los Miembros** (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).
- Puede **obtener ayuda gratuita** de su Programa de Asistencia para Seguro Médico Estatal (consulte la Sección 2 de este capítulo).
- **Su médico puede realizar la solicitud por usted.**
    - Para la atención médica o los medicamentos con receta de la Parte B, su médico puede solicitar en su nombre una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1. Si su apelación es rechazada en el Nivel 1, se remitirá automáticamente al Nivel 2. Para solicitar cualquier apelación después del Nivel 2, su médico debe ser designado como su representante.
    - En el caso de los medicamentos con receta de la Parte D, su médico u otra persona autorizada a emitir recetas pueden solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 o 2 en su nombre. Para solicitar cualquier apelación posterior al Nivel 2, su médico u otra persona autorizada a emitir recetas deben ser designados 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, otro proveedor u otra persona sea su representante, llame a Servicios para los Miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto) y pida el formulario "Nombramiento de representante". (El formulario también se encuentra disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web www.cloverhealth.com). El formulario le otorga a esa persona autorización para actuar en su nombre. 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 de su colegio de abogados local o a través de otro servicio de referidos. También existen grupos que le proporcionarán servicios legales gratuitos si usted califica. Sin embargo, **no es obligatorio que contrate a un abogado** para solicitar ningún tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión.

Sección 4.3 ¿Qué sección de este capítulo proporciona los detalles para su situación?

Existen cuatro tipos diferentes de situaciones que suponen decisiones de cobertura y apelaciones. Dado que cada situación tiene diferentes normas y plazos, damos los detalles de cada una en una sección aparte:

- **Sección 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 ciertos servicios médicos si cree que su cobertura se termina demasiado pronto" (*corresponde solo a estos servicios*: atención médica a domicilio, atención un centro de enfermería especializada y servicios en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF)).

Si no está seguro de qué sección debe utilizar, llame a Servicios para los Miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto). También puede obtener ayuda o información de organizaciones gubernamentales, como el SHIP (la Sección 3 del Capítulo 2 de este folleto tiene 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 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 de 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". El término "atención médica" incluye artículos y servicios médicos, así como medicamentos con receta de la Parte B de Medicare. En algunos casos, se aplican diferentes reglas a una solicitud de un medicamento con receta de la Parte B. En esos casos, explicaremos cómo las reglas para los medicamentos con receta de la Parte B son diferentes de las reglas para artículos y servicios médicos.

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

1. No está recibiendo la atención médica que quiere y cree que el plan cubre dicha atención.

2. Nuestro plan no aprueba la atención médica que desea proporcionarle su médico u otro proveedor médico, y usted cree que el plan cubre dicha atención.

3. Recibió atención médica que cree que el plan debería cubrir, pero le hemos comunicado que no pagaremos dicha atención.

4. Recibió y pagó atención médica y cree que el plan debería cubrirla, por lo que quiere solicitar que el plan le reembolse el costo de esta atención.

5. Le comunicaron que la cobertura que tenía para determinados servicios de atención médica que estaba recibiendo se reducirá o interrumpirá, y usted cree que esto podría perjudicar su salud.

   NOTA: **Si la cobertura que se interrumpirá es para atención hospitalaria, atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada o servicios en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (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: atención médica en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada y servicios en un centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (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 para lo que debe hacer.

¿En cuál de estas situaciones se encuentra usted?

Si está en esta situación:	Esto es lo que puede hacer:
Para saber si cubriremos la atención médica que desea.	Puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura para usted. Vaya a la siguiente sección de este capítulo, la **Sección 5.2**.
Si ya le hemos dicho que no cubriremos ni pagaremos un servicio médico de la manera que usted quiere que se cubra o se pague.	Puede presentar una **apelación**. (Esto significa que nos está pidiendo que reconsideremos nuestra decisión). Vaya a la **Sección 5.3** de este capítulo.

Si está en esta situación:	Esto es lo que puede hacer:
Si quiere pedirnos que le devolvamos la 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 puede 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 **"determinación de la organización".**

Paso 1: usted le pide a nuestro plan tomar una decisión de cobertura sobre la atención médica que está solicitando. Si su salud exige una respuesta rápida, debe pedirnos que tomemos una **"decisión rápida de cobertura"**.

Términos legales
Una "decisión de cobertura rápida" se denomina **"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 proporcionemos cobertura para la atención médica que desea. Usted, su médico o su representante pueden hacer esto.
- Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros, vaya al Capítulo 2, Sección 1 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 de cobertura estándar significa que le daremos una respuesta dentro de los 14 días calendario** después de recibir **su solicitud de un artículo o servicio médico.** Si su solicitud es para un **medicamento con receta de la Parte B de Medicare, le daremos una respuesta dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de su solicitud.

- **Sin embargo,** para una solicitud **de un artículo o servicio médico, podemos demorar hasta 14 días calendario más** si solicita más tiempo o si necesitamos información (como registros médicos de proveedores fuera de la red) que podrían beneficiarlo. Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión, se lo notificaremos por escrito. No

podemos tomar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

- 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 una respuesta en un plazo de 24 horas. (El proceso de presentación de una queja es diferente del proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluso 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 de cobertura rápida significa que responderemos dentro de las 72 horas si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, le responderemos dentro de las 24 horas.**
    - **Sin embargo,** para una solicitud **de un artículo o servicio médico**, **podemos demorar hasta 14 días calendario más** si descubrimos que falta información que podría beneficiarlo (como registros médicos de proveedores fuera de la red), o si necesita tiempo para enviarnos información para la revisión. Si decidimos tomar días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
    - 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, incluso las quejas rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo). Lo llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.
- **Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir dos requisitos:**
    - Podrá solicitar una decisión de cobertura rápida *solo* si su pedido hace referencia a cobertura de atención médica que *aún no ha recibido.* (No puede solicitar una decisión de cobertura rápida si su solicitud es sobre el pago de atención médica que ya recibió).
    - Podrá solicitar una decisión de cobertura rápida *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 de cobertura rápida", automáticamente aceptaremos proporcionarla**.
- Si nos pide usted mismo la decisión de cobertura rápida, sin el apoyo de su médico, decidiremos si su salud requiere que tomemos una decisión de cobertura rápida.
    - Si decidimos que su condición médica no cumple los requisitos para una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta en la que se lo informaremos (y usaremos los plazos estándares en su lugar).

- Esta carta le dirá que si su médico pide la decisión de cobertura rápida, automáticamente se la proporcionaremos.
- También le explicará cómo puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluso 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.

Las fechas límite para una "decisión de cobertura rápida"

- En general, para una decisión de cobertura rápida sobre la solicitud de un artículo o servicio médico, le daremos una respuesta **dentro de las 72 horas**. Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, le responderemos **dentro de las 24 horas.**
  - Como se explicó anteriormente, podemos tomarnos hasta 14 días adicionales en determinadas circunstancias. Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión de cobertura, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
  - 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 una respuesta en un plazo de 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluso las quejas rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo).
  - Si no le damos nuestra respuesta dentro de las 72 horas (o si hay un período extendido, al final de ese período), o en 24 horas si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B, usted tiene derecho a apelar. La Sección 5.3 más adelante explica cómo presentar una apelación.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una explicación detallada por escrito en la que se le comunicará por qué rechazamos su solicitud.

Fechas límite para una "decisión de cobertura estándar"

- En general, para una decisión de cobertura estándar sobre la solicitud de un artículo o servicio médico, le daremos una respuesta **dentro de los 14 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud.** Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, le daremos una respuesta **dentro de las 72 horas** de haber recibido su solicitud.
  - Para la solicitud de un artículo o servicio médico, podemos demorar hasta 14 días calendario más ("un período extendido") bajo ciertas circunstancias. Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión de cobertura, se lo notificaremos por

escrito. No podemos tomar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

- 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 una respuesta en un plazo de 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluso las quejas rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo).
- Si no le damos una respuesta dentro de los 14 días calendario (o si hay un período extendido, al final de ese período), o 72 horas si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B, tiene derecho a apelar. La Sección 5.3 más adelante explica cómo presentar una apelación.

- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una explicación por escrito en la que se le comunicará 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 que reconsideremos, y tal vez cambiemos, esta decisión mediante la presentación de una apelación. Presentar una apelación significa hacer otro intento para obtener la cobertura de la 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
La apelación que se presenta al plan acerca de una decisión de cobertura sobre atención médica se llama **"reconsideración"** del plan.

Paso 1: se comunica con nosotros y presenta su apelación. Si su salud exige una respuesta rápida, debe solicitar una **"apelación rápida"**.

Qué hacer

- **Para iniciar su apelación, usted, su médico o su representante deben comunicarse con nuestro plan.** Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros para cualquier propósito relacionado con su apelación, vaya al Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección llamada *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.**
    - Si un tercero, que no sea su médico, está apelando nuestra decisión, debe adjuntar el formulario de Nombramiento de Representante en el que autoriza a esta persona a representarlo. Para obtener el formulario, comuníquese con Servicios para los Miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto) y solicite el formulario de "Nombramiento de representante". También está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en www.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 una notificación por escrito en la que se explicará su derecho de pedir a una Organización de Revisión Independiente que revise nuestra decisión de rechazar su apelación.
- **Si solicita una apelación rápida, presente una apelación por escrito o llámenos** al número de teléfono que figura 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 la notificación por escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta a su solicitud sobre la decisión de cobertura. Si se vence este plazo límite y tiene una buena razón para ello, es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de una causa justificada para haber dejado pasar la fecha límite: una enfermedad muy grave le impidió comunicarse con nosotros o que le hayamos proporcionado 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.
    - Si lo desea, usted y su médico pueden darnos información adicional para sustentar su apelación.

Si su salud lo requiere, pídanos una "apelación rápida" (puede hacer una solicitud verbal)

Términos legales
Una "apelación rápida" también se denomina **"reconsideración acelerada"**.

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre la cobertura de atención médica que todavía no ha recibido, usted o su médico deberán decidir si necesita una "apelación rápida".
- Los requisitos y procedimientos para obtener una "apelación rápida" son los mismos que para obtener una "decisión de cobertura rápida". Para solicitar una apelación rápida, siga las mismas instrucciones que para solicitar una decisión de cobertura rápida. (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 de atención médica. Verificamos si seguimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud.
- Recopilaremos más información si la necesitamos. Es posible que nos comuniquemos con usted o con su médico para obtener más información.

Fechas límite para una "apelación rápida"

- Cuando utilizamos los plazos rápidos, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas después de recibir su apelación**. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
  - Sin embargo, si solicita más tiempo, o si necesitamos recopilar más información que podría beneficiarlo, podemos **tomar hasta 14 días calendario más** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
  - Si no le damos una respuesta en 72 horas (o al final de la extensión del plazo, en caso de que tomemos días adicionales), estamos obligados a enviar automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que será revisada por una organización de revisión independiente. Más adelante en esta sección, le hablamos sobre esta organización y explicamos lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, automáticamente enviaremos su apelación a la Organización de Revisión Independiente para una apelación de Nivel 2.

Fechas límite para una "apelación estándar"

- Si usamos los plazos estándar, debemos darle una respuesta a la solicitud de un artículo o servicio médico **dentro de los 30 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación si su apelación es sobre la cobertura de servicios que aún no ha recibido. Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare que aún no recibió, le daremos una respuesta **dentro de 7 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación. Le comunicaremos nuestra decisión antes si su afección de salud así lo exige.
  - Sin embargo, si solicita más tiempo, o si necesitamos recopilar más información que podría beneficiarlo, podemos **tomar hasta 14 días calendario más** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
  - 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 una respuesta en un plazo de 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluso las quejas rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo).
  - Si no le damos una respuesta antes de que se cumpla el plazo aplicable antes mencionado (o al final de la extensión del plazo, en caso de que tomemos días adicionales para su solicitud de artículos o servicios médicos), estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que será revisada por una organización de revisión independiente. Más adelante en esta sección, se describe esta organización de revisión y se explica lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos autorizar o proporcionar la cobertura que acordamos proporcionar en un plazo de 30 días calendario si su solicitud es para un artículo o servicio médico, o **dentro de los 7 días calendario** si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, automáticamente enviaremos su apelación a la Organización de Revisión Independiente para una apelación de Nivel 2.

Paso 3: si rechazamos una 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, **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 cambiarse.

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 contratada por Medicare.** Esta organización no está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. 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 el "archivo de su caso". **Usted tiene derecho a pedirnos una copia del archivo de su caso.**
- Usted tiene derecho a proporcionar 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 tuvo una "apelación rápida" en el Nivel 1, también tendrá una "apelación rápida" en el Nivel 2.

- Si nuestro plan le concedió una apelación rápida en el Nivel 1, recibirá automáticamente una apelación rápida en el Nivel 2. La organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de su apelación.
- Sin embargo, si su solicitud es por un artículo o servicio médico y la Organización de Revisión Independiente necesita reunir más información que podría beneficiarlo, **puede demorar hasta 14 días calendario más**. La Organización de Revisión Independiente no puede tomar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

Si tuvo una "apelación estándar" en el Nivel 1, también tendrá una "apelación estándar" en el Nivel 2.

- Si nuestro plan le concedió una apelación estándar en el Nivel 1, recibirá automáticamente una apelación estándar en el Nivel 2. Si su solicitud es para un artículo o servicio médico, la organización de revisión debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **dentro de los 30 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación. Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, la organización de revisión debe responder a su Apelación de Nivel 2 **dentro de los 7 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación.
- Sin embargo, si su solicitud es por un artículo o servicio médico y la Organización de Revisión Independiente necesita reunir más información que podría beneficiarlo, **puede demorar hasta 14 días calendario más**. La Organización de Revisión Independiente no puede tomar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

Paso 2: la Organización de revisión independiente le da su respuesta.

La Organización de Revisión Independiente le comunicará su decisión y los motivos que la fundamentan por escrito.

- **Si la organización de revisión acepta una parte o la totalidad de la solicitud de un artículo o servicio médico,** debemos autorizar la cobertura de atención médica dentro de las 72 horas o proporcionar el servicio dentro de los 14 días calendario posteriores a la recepción de la decisión de la organización de revisión para solicitudes estándar o dentro de las 72 horas a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión en el caso de solicitudes aceleradas.
- **Si la organización de revisión acepta una parte o la totalidad de la solicitud de un medicamento con receta de la Parte B de Medicare,** debemos autorizar o proporcionar el medicamento con receta de la Parte B en disputa dentro de las **72 horas** posteriores a la recepción de la decisión de la organización de revisión para **solicitudes estándar** o dentro de **24 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión en el caso de **solicitudes aceleradas.**
- **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 solicita debe alcanzar un cierto mínimo. Si el valor en dólares de la cobertura que solicita es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación, lo que significa que la decisión en el Nivel 2 es definitiva. La notificación por escrito que recibe de la Organización de Revisión Independiente le indicará cómo averiguar 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 (el total es de cinco niveles de apelación).
- Si se rechaza su apelación de Nivel 2 y usted cumple con los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, debe decidir si desea pasar al Nivel 3 y presentar una tercera apelación. Los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en la notificación por escrito que recibe después de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 está a cargo de un juez administrativo o un mediador. 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 solicita que le paguemos nuestra parte de una factura que recibió en conceptos de atención médica?

Si desea solicitarnos el pago de la atención médica, comience leyendo 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 indica cómo enviarnos la documentación para solicitarnos 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 reglas, 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 reglas, 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, esto equivale a *rechazar* 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 describimos en la Sección 5.3. 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 que le reembolsemos la atención médica que ya ha recibido y pagado usted mismo, no se le permite solicitar una apelación rápida).
- Si la Organización de Revisión Independiente 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 Sus 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 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 obtener un medicamento de la Parte D o si desea 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 tener cobertura, su medicamento debe utilizarse para una indicación médicamente aceptada. (Una "indicación médicamente aceptada" es un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) o avalado por ciertos libros de referencia. Para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada, consulte la Sección 3 del Capítulo 5.

- **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 ambulatorios" o "medicamento de la Parte D".

- Para obtener detalles sobre lo que entendemos por medicamentos de la Parte D, la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*, las reglas y restricciones sobre la cobertura y la información de costos, consulte el Capítulo 5 (*Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D*) y el Capítulo 6 (*Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D*).

Decisiones de cobertura y apelaciones de la Parte D

Como se comentó en la Sección 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 estas:
  - 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 más bajo por un medicamento cubierto incluso en un nivel de costo compartido más alto.
- Nos pregunta si un medicamento está cubierto en su caso y si usted 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 para usted).
  - *Tenga en cuenta lo siguiente:* Si su farmacia le dice que su receta no puede surtirse como está escrita, le avisará por escrito que debe comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.
- Nos pide que paguemos por un medicamento con receta que ya ha comprado. Esta es una solicitud de una decisión de cobertura sobre el pago.

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que hayamos tomado, puede apelar nuestra decisión.

Esta sección le indica cómo pedir decisiones de cobertura y cómo solicitar una apelación. Utilice el cuadro que aparece más abajo para que lo ayude 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:
Si necesita un medicamento que no está incluso en nuestra Lista de medicamentos o necesita que no apliquemos una regla 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.
Si quiere que cubramos un medicamento en nuestra Lista de medicamentos y cree que cumple con todas las restricciones o normas del plan (como obtener la autorización 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.
Si quiere pedirnos que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya recibió y pagó.	Puede pedirnos un reembolso. (Este es un tipo de decisión de cobertura). Vaya a la **Sección 6.4** de este capítulo.
Si le dijeron que no cubriremos ni pagaremos un medicamento de la forma en que usted querría que lo hiciera.	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 emitir 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 emitir recetas pueden pedirnos que hagamos:

1. **Cubrir un medicamento de la Parte D para usted que no figura en nuestra *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario) del plan.*** (Nosotros la denominamos “Lista de medicamentos”).

Términos legales
Pedir cobertura para un medicamento que no está en la Lista de medicamentos se denomina, en ocasiones, **"excepción al formulario"**.

- Si aceptamos hacer una excepción y cubrimos un medicamento que no figura en la Lista de medicamentos, deberá pagar el costo compartido que se aplica a los medicamentos del Nivel 4: Medicamento no preferidos. No puede solicitar que hagamos una excepción con respecto al copago o del coseguro que usted debe pagar por el medicamento.

2. **Eliminar una restricción de nuestra cobertura para un medicamento cubierto.** Existen otras normas o restricciones que se aplican 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 de la versión de marca.
    - *Que se obtenga la aprobación del plan por adelantado* para 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 en cuanto a la cantidad del medicamento que puede obtener.
- Si aceptamos hacer una excepción y no aplicar una restricción en su caso, puede solicitar una excepción en el monto de copago o coseguro que le pediremos que pague por el medicamento.

3. **Cambiar la cobertura de un medicamento a un nivel de costo compartido más bajo.** Todos los medicamentos de nuestra Lista de medicamentos se encuentran en uno de

los 5 niveles de costo compartido. En general, cuanto 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"**.

- Si nuestra Lista de medicamentos tiene medicamentos alternativos para tratar su condición médica que se encuentran en un nivel de costo compartido más bajo que el de su medicamento, puede pedirnos que cubramos su medicamento al monto de costo compartido que corresponda a los medicamentos alternativos. Esto reduciría la parte que paga del costo del medicamento.
    - Si el medicamento que toma es un producto biológico, puede solicitarnos que cubramos su medicamento al monto de costo compartido que se aplica al nivel más bajo que contiene alternativas de productos biológicos para tratar su afección.
    - Si el medicamento que toma es un medicamento de marca, puede pedirnos que cubramos su medicamento al monto de costo compartido que corresponda al nivel más bajo que contenga alternativas de marca para tratar su afección.
    - Si el medicamento que toma es un medicamento genérico, puede pedirnos que cubramos su medicamento al monto de costo compartido que corresponda al nivel más bajo que contenga alternativas genéricas o de marca para tratar su afección.
- No puede pedirnos que cambiemos el nivel de costo compartido para ningún medicamento del Nivel 5 (medicamentos especializados).
- Si aprobamos su solicitud de una excepción de nivel y hay más de un nivel de costo compartido más bajo con medicamentos alternativos que no puede tomar, por lo general pagará el monto más bajo.

Sección 6.3 Datos importantes que debe saber sobre la solicitud de excepciones

Su médico debe explicarnos las razones médicas

Su médico o la persona autorizada a emitir 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 emitir recetas cuando pida la excepción.

Habitualmente, la Lista de medicamentos incluye más de un medicamento para tratar una afección en particular. Estas posibilidades diferentes se denominan medicamentos "alternativos". Si un medicamento alternativo da el mismo resultado que el medicamento que está solicitando y no produce más efectos secundarios ni otros problemas de salud, en general *no* aprobaremos su solicitud de una excepción. Si nos solicita una excepción de nivel, por lo general, *rechazaremos* su solicitud, a menos que todos los medicamentos alternativos en los niveles de costo compartido más bajos no sean adecuados para usted o sea probable que le causen una reacción adversa u otro daño.

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 afección.
- 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.

La siguiente sección le indica cómo solicitar una decisión de cobertura, incluso una excepción.

Sección 6.4 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluso una excepción

<u>Paso 1:</u> 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 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 emitir recetas) pueden hacer esto. También puede acceder al proceso de decisiones de cobertura a través de nuestro sitio web. Para obtener detalles vaya al Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección denominada *Cómo puede ponerse en contacto con nosotros para solicitar una decisión de cobertura de los medicamentos con receta de la Parte D.* O bien, si nos solicita que le reembolsemos el costo de un medicamento, vaya a la sección denominada *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 emitir recetas deben explicarnos los motivos médicos que justifiquen que hagamos la excepción del medicamento que solicita. (A esto le llamamos "declaración de respaldo"). Su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden enviarnos por fax o correo la declaración. Su médico o la persona autorizada a emitir recetas pueden 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 presentada en el Formulario de solicitud de determinación de cobertura modelo de los CMS o en el formulario de nuestro plan, que están disponibles en nuestro sitio web.

- También puede presentar una determinación de cobertura electrónica en nuestro sitio web https://www.cloverhealth.com/en/members/plan-documents/formulary-part-d. Desplácese hacia abajo hasta la sección "¿Cómo solicito una excepción?" y encontrará un enlace llamado "Formulario de determinación de cobertura en línea". Puede llenar el formulario en línea y enviar su solicitud de determinación de cobertura de forma electrónica para que se procese.

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

Si su salud lo requiere, pídanos que tomemos una "decisión rápida de cobertura"

- Cuando le comuniquemos nuestra decisión, usaremos el plazo "estándar", a no ser que hayamos aceptado usar el plazo "rápido". Una decisión de cobertura estándar significa que le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibida la declaración de su médico. Una decisión de cobertura rápida significa que tendremos una respuesta en un plazo 24 horas después de recibida la declaración de su médico.
- **Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir dos requisitos:**
    - Podrá solicitar una decisión de cobertura rápida *solo* si su pedido hace referencia a un *medicamento que aún no ha recibido*. (No puede solicitar una decisión de

cobertura rápida si nos pide que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró).

- Podrá solicitar una decisión de cobertura rápida *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 de cobertura rápida (sin el apoyo de su médico ni de otra persona autorizada a emitir recetas), decidiremos si su salud requiere que tomemos una decisión de cobertura rápida.

  - Si decidimos que su condición médica no cumple los requisitos para una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta en la que se lo informaremos (y usaremos los plazos estándares en su lugar).
  - Esta carta le dirá que si su médico u otra persona autorizada a emitir recetas pide la decisión de cobertura rápida, automáticamente se la proporcionaremos.
  - También le explicará cómo puede presentar una queja sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida 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 recibida la queja. (El proceso de presentación de una queja es diferente del proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, consulte la Sección 10 de este capítulo).

Paso 2: consideraremos su solicitud y le daremos una respuesta.

Las fechas límite para una "decisión de cobertura rápida"

- Si aplicamos los plazos rápidos, debemos darle una respuesta **en un plazo de 24 horas**.

  - Generalmente, esto significa dentro de las 24 horas después de recibir su solicitud. Si está solicitando una excepción, le daremos una respuesta en un plazo de 24 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 de revisión 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 explicación por escrito en la que se le comunicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Fechas límite para una "decisión de cobertura estándar" 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 dentro de las 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 de revisión 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 aprobamos su solicitud de cobertura, tenemos que **proporcionarle la cobertura** que hemos aceptado proporcionarle en **un plazo de 72 horas** después de haber recibido su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una explicación por escrito en la que se le comunicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Fechas límite para una "decisión de cobertura estándar" sobre el pago de un medicamento que ya ha comprado

- 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 de revisión 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,** también debemos realizarle el pago dentro de los 14 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una explicación por escrito en la que se le comunicará 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 rechazamos su solicitud de cobertura, 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
La apelación que se presenta al plan sobre la cobertura para un medicamento de la Parte D se llama **"redeterminación"** del plan.

Paso 1: se comunica con nosotros y presenta su Apelación de Nivel 1. Si su salud exige una respuesta rápida, debe solicitar una **"apelación rápida"**.

Qué hacer

- **Para iniciar su apelación, usted (o su representante, su médico u otra persona autorizada a dar recetas) debe ponerse en contacto con nosotros.**
    - Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros por teléfono, fax o correo, o en nuestro sitio web, para cualquier propósito relacionado con su apelación, vaya al Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección llamada *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, haga su apelación presentando una petición por escrito.** 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 el plan para presentar una apelación sobre los medicamentos con receta de la Parte D).
- **Si solicita una apelación rápida, puede presentar su apelación por escrito o puede llamarnos al número de teléfono que aparece en el Capítulo 2, Sección 1** (*Cómo puede ponerse en contacto con nosotros para presentar una apelación sobre los medicamentos con receta de la Parte D*).
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito**, incluida una solicitud presentada en el Formulario de solicitud de determinación de cobertura modelo de los CMS, el cual está disponible en nuestro sitio web.

- También puede presentar una apelación electrónica a través de nuestro sitio web https://www.cloverhealth.com/en/members/plan-documents/formulary-part-d. Desplácese hacia abajo hasta la sección "¿Cómo solicito una excepción?" y encontrará un enlace llamado "Formulario redeterminación de cobertura en línea". Puede llenar el formulario en línea y enviar su solicitud de redeterminación de cobertura de forma electrónica para que se procese.

- **Debe presentar su solicitud de apelación en el plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha que figura en la notificación 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 para haber dejado pasar la fecha límite: una enfermedad muy grave le impidió comunicarse con nosotros o que le hayamos proporcionado 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.
    - Si así lo desea, usted y su médico o la persona autorizada a emitir recetas pueden brindarnos información adicional para sustentar su apelación.

Términos legales
Una "apelación rápida" también se llama una **"redeterminación acelerada"**.

Si su salud lo requiere, pídanos una "apelación rápida"

- Si va a apelar una decisión tomada por nosotros acerca de un medicamento que aún no ha recibido, usted y su médico o la persona autorizada a emitir recetas tendrán que decidir si necesita una "apelación rápida".
- Los requisitos para obtener una "apelación rápida" son los mismos que para obtener una "decisión de cobertura rápida" que 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 comuniquemos con su médico o la persona autorizada a emitir recetas para obtener más información.

Fechas límite para una "apelación rápida"

- Si aplicamos los plazos rápidos, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas después de recibir su apelación.** Le daremos una respuesta más rápido si su salud así lo requiere.
    - Si no le damos una respuesta en el plazo de 72 horas, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, 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**, debemos proporcionar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una explicación por escrito en la que se le comunicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Fechas límite para una "apelación estándar"

- Si usamos los plazos estándar, debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 7 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación por un medicamento que aún no ha recibido. Le comunicaremos nuestra decisión antes si aún no ha recibido el medicamento y su estado de salud así lo exige. Si cree que su salud lo requiere, debería solicitar una "apelación rápida".
    - Si no le comunicamos nuestra decisión en el plazo de 7 días calendario, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, 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 **proporcionar la cobertura** que aceptamos proporcionar tan pronto como lo requiera su salud, pero **no más allá de los 7 días calendario** después de recibida su apelación.
    - Si aprobamos una solicitud de reembolso del costo de un medicamento que ya compró, también debemos **enviarle el pago en un plazo de 30 días calendario** después de recibir su solicitud de apelación.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una explicación por escrito en la que se le comunicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

- **Si solicita que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró, debemos darle una respuesta en un plazo de 14 días calendario después de haber recibido su solicitud.**
    - Si no le comunicamos nuestra decisión en el plazo de 14 días calendario, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una Organización de Revisión 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,** también debemos realizarle el pago dentro de los 30 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una explicación por escrito en la que se le comunicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Paso 3: si rechazamos su apelación, usted decide si quiere continuar con el proceso de apelaciones y presentar *otra* apelación.

- Si rechazamos su apelación, usted decide si quiere aceptar esta decisión o continuar presentando otra apelación.
- Si decide presentar otra apelación, significa que su apelación se enviará al Nivel 2 del proceso de apelaciones (consulte a continuación).

Sección 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 cambiarse.

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 sobre cómo 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 el "archivo de su caso". **Usted tiene derecho a pedirnos una copia del archivo de su caso.**
- Usted tiene derecho a proporcionar 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 contratada por 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.

Fechas límite para una "apelación rápida" de 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 proporcionar la cobertura para los medicamentos que aprobó la organización de revisión **en un plazo de 24 horas** después de recibida la decisión de parte de dicha organización.

Fechas límite para una "apelación estándar" de Nivel 2.

- Si tiene una apelación estándar en el Nivel 2, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación **dentro de los 7 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación si es por un medicamento que aún no ha recibido. Si solicita que le reembolsemos un medicamento que ya compró, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.

    - **Si la Organización de Revisión Independiente dice sí a parte o todo lo que ha solicitado:**

- Si la Organización de Revisión Independiente aprueba una solicitud de cobertura, debemos **proporcionar la cobertura para medicamentos** que aprobó la organización de revisión **en un plazo de 72 horas** después de recibir 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 medicamentos que solicita debe alcanzar un monto mínimo. Si el valor en dólares de la cobertura para medicamentos que está solicitando es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación y la decisión en el Nivel 2 es definitiva. La notificación que recibe de la Organización de Revisión Independiente le indicará el monto en dólares que debe disputarse 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 (el total es de cinco niveles de apelación).
- Si se rechaza su apelación de Nivel 2 y usted cumple con los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, debe decidir si desea pasar al Nivel 3 y presentar una tercera apelación. Si decide presentar una tercera apelación, tendrá los detalles de cómo hacerlo en la notificación por escrito que recibe después de su segunda apelación.
- La apelación de Nivel 3 está a cargo de un juez administrativo o un mediador. 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 usted 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, incluso

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 de 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 solicitarlo.

Sección 7.1 Durante su hospitalización, recibirá un aviso por escrito de Medicare que le informa sobre sus derechos

Durante su hospitalización cubierta, recibirá un aviso por escrito denominado *An Important Message from Medicare about Your Rights (Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos)*. Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de este aviso cuando son ingresados en un hospital. Alguien en el hospital (por ejemplo, un asistente social o un enfermero) 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 a Servicios para los Miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

1. **Lea este aviso detenidamente y haga preguntas si no lo comprende.** En el aviso, se explican sus derechos como paciente hospitalizado, incluidos los siguientes:

   - Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su hospitalización, según lo indique 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 la pagará.
   - 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 deben 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 de alta (su médico o el personal del hospital le indicarán su fecha de alta). Firmar el aviso ***no* significa** que esté de acuerdo con la fecha de alta.
3. **Guarde una copia** del aviso para tener a mano la información sobre cómo presentar una apelación (o informar una inquietud sobre la calidad de la atención) si lo necesita.
   - Si firma el aviso más de dos días antes del día en que deje el hospital, recibirá otra copia antes de su fecha programada de alta.
   - Para consultar una copia de este aviso por adelantado, puede llamar a Servicios para los Miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada 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/TDD deben llamar al 1-877-486-2048. También puede consultar el aviso por Internet en 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 cubramos los servicios hospitalarios para pacientes internados durante un tiempo más prolongado, tendrá que usar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que debe hacer y los plazos.

- **Siga el proceso.** A continuación, se explica cada paso en los dos primeros niveles del proceso de apelaciones.
- **Cumpla con los plazos.** Los plazos son importantes. Asegúrese de que comprende y respeta los plazos correspondientes a lo que debe hacer.

- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios para los Miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto). 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 de 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 proporciona a las personas que tienen Medicare. Esto incluye revisar las fechas de 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 irse del hospital y **no después de la medianoche de la fecha de alta**. (La "fecha prevista de 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 de alta, *es posible que deba pagar todos los costos* correspondientes a la atención hospitalaria que reciba con posterioridad a la fecha prevista de alta.
- Si se vence el plazo para comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad y aun así desea presentar una apelación, debe hacerlo 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. Solicitar 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 llama "**revisión inmediata**" o "**revisión acelerada**".

Paso 2: la Organización para la Mejora de la Calidad realiza una revisión independiente de su caso.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización para la Mejora de la Calidad (los llamaremos "los revisores") 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, usted también recibirá un aviso por escrito en el que se le indicará su fecha prevista de 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
Esta explicación escrita se llama **"Notificación detallada de alta".** Para obtener una muestra de esta notificación, puede llamar a Servicios para los Miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada 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/TDD deben llamar al 1-877-486-2048). O bien, también puede consultar este aviso de muestra por Internet en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html

Paso 3: en un plazo de un día completo después de tener toda la información necesaria, la Organización para la Mejora de la Calidad le 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 su parte 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 de 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 la fecha en que la Organización para la Mejora de la Calidad le dé su respuesta a la apelación.

Paso 4: si rechazan su apelación de Nivel 1, usted decide si quiere presentar otra apelación.

- Si la Organización para la Mejora de la Calidad rechazó su apelación, *y* usted permanece en el hospital después de la fecha prevista de 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 de 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 de 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 continuar brindando cobertura para su atención para pacientes internados en un hospital 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. Esto se llama "confirmar la decisión".
- En la notificación que recibirá, se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Se le darán los detalles para continuar con el siguiente nivel de apelación, que está a cargo de un juez administrativo o un mediador.

Paso 4: si la rechazan, tendrá que decidir si quiere continuar con la apelación y presentar una apelación de Nivel 3.

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (el total es de cinco niveles de apelación). Si la organización de revisión rechaza su apelación de Nivel 2, puede elegir aceptar esa decisión o pasar al Nivel 3 y presentar otra apelación. En el Nivel 3, su apelación está a cargo de un juez administrativo o un mediador.
- 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 su apelación de Nivel 1?

En su lugar, puede presentar una apelación ante nosotros

Como se explica anteriormente en la Sección 7.2, debe actuar rápido para ponerse en contacto con la Organización para la Mejora de la Calidad y comenzar su primera apelación del alta del hospital. ("Rápido" significa antes de dejar el hospital y no después de su fecha prevista del alta, lo que suceda primero). Si se vence el plazo para comunicarse con esta organización, hay otra forma de presentar su apelación.

Si presenta su apelación de esta otra forma, *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 comunicarse 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
Una "revisión rápida" (o "apelación rápida") también se denomina **"apelación acelerada"**.

Paso 1: contáctenos y pídanos una "revisión rápida".

- Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros, vaya al Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección denominada *Cómo puede ponerse en contacto con nosotros para presentar una apelación sobre su atención médica.*

- **No olvide 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: nosotros llevamos a cabo una "revisión rápida" de su fecha de alta planeada y verificamos si era médicamente apropiada.

- Durante esta revisión, analizamos toda la información sobre su hospitalización. Comprobamos si su fecha prevista del alta es médicamente apropiada. Comprobaremos si la decisión sobre cuándo debería dejar el hospital fue justa y siguió 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 acordado con usted que aún necesita estar en el hospital después de la fecha de alta, y continuaremos proporcionando sus servicios cubiertos de hospitalización durante el tiempo que sea médicamente necesario. También significa que hemos aceptado reembolsarle la parte que nos corresponde de los costos de la atención que recibió desde la fecha en que dijimos que su

cobertura finalizaría. (Debe pagar su parte 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 hospitalarios para pacientes internados finaliza el día en que dijimos que finalizaría la cobertura.
    - Si permaneció en el hospital *después* de su fecha prevista de alta, entonces **es posible que tenga que pagar el costo total** de la atención hospitalaria que recibió después de esa fecha.

Paso 4: si *rechazamos* su apelación rápida, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

- Para garantizar que seguimos todas las normas cuando rechazamos su apelación rápida, **debemos enviar su apelación a una "Organización de Revisión Independiente".** Esto significa que usted va *automáticamente* al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Paso a paso: Proceso de apelaciones de Nivel 2 *alternativas*

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 cambiarse.

Términos legales
El nombre formal para la "Organización de revisión independiente" es **"Entidad de revisión independiente"**. A veces, se la denomina **"IRE"**.

Paso 1: enviaremos su caso automáticamente a la Organización de revisión independiente.

- Estamos obligados a enviar la información para su apelación de Nivel 2 a la Organización de Revisión Independiente dentro de un plazo de 24 horas a partir del momento en que le informamos que rechazamos 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 contratada por Medicare.** Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. 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 de 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 limitaciones de cobertura, estas 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 de alta del hospital era médicamente apropiada.
    - En la notificación que recibe de la Organización de Revisión Independiente, se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Se le darán los detalles para continuar con una apelación de Nivel 3, que está a cargo de un juez administrativo o un mediador.

Paso 3: si la Organización de revisión independiente rechaza su apelación, puede elegir si desea continuar con su apelación.

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (el total es de cinco niveles de apelación). Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 2, usted decide si desea aceptar su decisión o pasar 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 ciertos servicios médicos si cree que su cobertura se termina demasiado pronto.

Sección 8.1 *Esta sección trata solo acerca de tres servicios:* atención médica en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada y servicios en un centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF).

Esta sección hace referencia *solo* a los siguientes tipos de atención:

- **Servicios de atención médica a domicilio** que está recibiendo.
- **Atención de enfermería especializada** que está recibiendo como paciente de un centro de enfermería especializada. (Para obtener información sobre los requisitos para poder considerar un centro como “centro de enfermería especializada”, consulte el Capítulo 12, *Definiciones de palabras importantes*).

- **Atención de rehabilitación** que recibe como paciente ambulatorio en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (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 continuar recibiendo sus servicios cubiertos para ese tipo de atención, siempre que la atención sea necesaria para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre sus servicios cubiertos, incluida la parte que le corresponde de los costos y cualquier limitación de cobertura que pueda aplicarse, 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 informaremos por adelantado cuándo finalizará su cobertura

1. **Recibirá un aviso por escrito.** Recibirá un aviso, al menos, dos días antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención.
   - En el aviso por escrito se le indica la fecha en la que dejaremos 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 en 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 llama **"Aviso de no cobertura de Medicare".**

2. **Debe firmar el aviso por escrito para demostrar que lo recibió.**
   - Usted o alguien que actúe en su nombre deben 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 en 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 prolongado, 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 respeta los plazos correspondientes a lo que debe hacer. Nuestro plan también debe seguir plazos. (Si cree que no estamos cumpliendo con nuestros plazos, puede presentar 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 a Servicios para los Miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto). 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).

Si solicita una Apelación de Nivel 1 oportuna, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad revisa su apelación y decide si 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 la 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 comunicarse 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?

- Solicite a esta organización una "apelación de vía rápida" (que realice una revisión independiente) respecto de si es médicamente apropiado para nosotros finalizar la cobertura de sus servicios médicos.

Su plazo para ponerse en contacto con esta organización.

- Debe comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad para iniciar su apelación al mediodía del día anterior a la fecha de vigencia indicada en el Aviso de no cobertura de Medicare.
- Si se vence el plazo para comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad sobre su apelación y aun así desea presentar una apelación, debe hacerlo 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") 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, y 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 proporcionándole servicios cubiertos mientras sigan siendo médicamente necesarios.**

- Usted tendrá que seguir pagando su parte 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 que nos corresponde de los costos de esta atención en la fecha que figura en el aviso.
- Si decide continuar recibiendo servicios de atención médica a domicilio, en un centro de enfermería especializada o en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF) *después* de la fecha en la que finaliza su cobertura, entonces **deberá pagar el costo total** de esta atención.

Paso 4: si rechazan su apelación de Nivel 1, usted decide si quiere presentar otra apelación.

- Esta primera apelación que hace es el "Nivel 1" del proceso de apelaciones. Si los revisores *rechazan* su apelación de Nivel 1, y usted decide seguir recibiendo la atención después de que haya finalizado la cobertura, puede presentar otra apelación.
- Presentar otra apelación significa que pasa al "Nivel 2" del proceso de apelaciones.

Sección 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 su atención médica a domicilio o en un centro de enfermería especializada, o los servicios del Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF) *después de* la fecha en que dijimos su cobertura terminaría.

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 continuó recibiendo 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 brindándole cobertura** por su atención durante el tiempo que sea médicamente necesario.
- Usted debe seguir pagando la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

¿Qué sucede si la organización de revisión la rechaza?

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomamos con respecto a su apelación de Nivel 1 y no la cambiarán.
- En la notificación que recibirá, se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Se le darán los detalles para continuar con el siguiente nivel de apelación, que está a cargo de un juez administrativo o un mediador.

Paso 4: si la rechaza, tendrá que decidir si quiere continuar con la apelación.

- Hay tres niveles adicionales 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, su apelación está a cargo de un juez administrativo o un mediador.
- 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 su apelación de Nivel 1?

En su lugar, puede presentar una apelación ante nosotros

Como se explica más arriba en la Sección 8.3, debe actuar rápidamente 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 comunicarse con esta organización, hay otra forma de presentar su apelación. Si presenta su apelación de esta otra forma, *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 comunicarse 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:

Términos legales
Una "revisión rápida" (o "apelación rápida") también se denomina **"apelación acelerada"**.

Paso 1: contáctenos y pídanos una "revisión rápida".

- Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros, vaya al Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección denominada *Cómo puede ponerse en contacto con nosotros para presentar una apelación sobre su atención médica.*

- **No olvide 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: realizamos una "revisión rápida" de la decisión que tomamos con respecto a cuándo dejar de cubrir sus servicios.

- Durante esta revisión, analizamos nuevamente 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 recibió desde la fecha en que dijimos que su cobertura finalizaría. (Debe pagar su parte 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, en un centro de enfermería especializada o en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes

Ambulatorios (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 garantizar que seguimos todas las normas cuando rechazamos su apelación rápida, **debemos enviar su apelación a una "Organización de Revisión Independiente".** Esto significa que usted va *automáticamente* al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Paso a paso: Proceso de apelaciones de Nivel 2 *alternativas*

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 cambiarse.

Términos legales
El nombre formal para la "Organización de revisión independiente" es **"Entidad de revisión independiente"**. A veces, se la denomina **"IRE"**.

Paso 1: enviaremos su caso automáticamente a la Organización de revisión independiente.

- Estamos obligados a enviar la información para su apelación de Nivel 2 a la Organización de Revisión Independiente dentro de un plazo de 24 horas a partir del momento en que le informamos que rechazamos 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 contratada por Medicare.** Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. 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 limitaciones de cobertura, estas 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 con respecto a la primera apelación y no la modificará.
    - En la notificación que recibe de la Organización de Revisión Independiente, se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Se le darán 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 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, su apelación está a cargo de un juez administrativo o un mediador.
- 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 a los siguientes niveles

Sección 9.1 Apelaciones de Niveles 3, 4 y 5 para solicitudes de servicio médico

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado apelaciones de Nivel 1 y Nivel 2, y ambas han sido rechazadas.

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico por 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 le explicará con quién 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 (llamado juez administrativo) o un mediador que trabaja para el gobierno federal revisarán su apelación y le darán una respuesta.

- **Si el juez administrativo o el mediador aceptan su apelación, el proceso de apelaciones *puede* o *no* haber terminado**. Decidiremos si apelamos 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 proporcionar el servicio dentro de los 60 días calendario posteriores a la recepción de la decisión del juez administrativo o el mediador.
- Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 con los documentos relacionados. Es posible que esperemos la decisión de la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o proporcionar el servicio en cuestión.

- **Si el juez administrativo o el mediador rechazan su apelación, el proceso de apelación *puede* o *no* haber terminado**.
  - 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 o mediador 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 de** Medicare (el Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si el Consejo acepta su apelación o rechaza nuestra solicitud de revisar una decisión favorable de apelación de Nivel 3, el proceso de apelaciones *puede* o *no* haber terminado**. Decidiremos si apelamos esta decisión en el Nivel 5. A diferencia de la decisión que se toma en el Nivel 2 (organización de revisión independiente), tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 4 que sea favorable para usted si el valor del artículo o servicio médico coincide con el valor en dólares necesario.
  - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionarle el servicio dentro de los 60 días calendario posteriores a la recepción de la decisión del Consejo.
  - Si decidimos apelar la decisión, se lo comunicaremos por escrito.

- **Si el Consejo rechaza su apelación o niega la solicitud de revisión, el proceso de apelación *puede* o *no* haber terminado**.
  - 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 rechaza su apelación, en el aviso que reciba se le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5. Si las normas

le permiten continuar, en el aviso escrito que reciba también se le indicará con quién comunicarse y qué hacer a continuación si decide seguir con su apelación.

Apelación de Nivel 5: Un juez del **Tribunal de Distrito Federal** revisará su apelación.

- Este es el último paso del proceso de apelaciones.

Sección 9.2 Apelaciones de Niveles 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado apelaciones de Nivel 1 y Nivel 2, y ambas han sido rechazadas.

Si el valor del medicamento por el que ha apelado alcanza 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 le explicará con quién 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 (llamado juez administrativo) o un mediador que trabaja para el gobierno federal revisarán su apelación y le darán una respuesta.

- **Si la apelación se acepta, el proceso de apelaciones concluye.** Lo que ha solicitado en la apelación ha sido aprobado. Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura para medicamentos** aprobada por el juez administrativo o el mediador **dentro de las 72 horas (24 horas para las apelaciones aceleradas) o realizar el pago a más tardar 30 días calendario** después de recibir la decisión.
- **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 o mediador 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 de** Medicare (el Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si la apelación se acepta, el proceso de apelaciones concluye.** Lo que ha solicitado en la apelación ha sido aprobado. Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura para medicamentos** aprobada por el Consejo **dentro de las 72 horas (24 horas para las**

apelaciones aceleradas) o realizar el pago a más tardar 30 días calendario después de recibir la decisión.

- **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 rechaza su apelación o niega su solicitud para revisar la apelación, en el aviso que reciba se le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5. Si las normas le permiten continuar, en el aviso escrito que reciba también se le indicará con quién comunicarse y qué hacer a continuación si decide seguir con su apelación.

Apelación de Nivel 5: Un juez del **Tribunal de Distrito Federal** 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 tiempos 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 maneja el proceso de quejas?

En esta sección, se explica cómo se utiliza el proceso de presentación de 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	• ¿No está satisfecho con la calidad de la atención que ha recibido (incluida la atención en el hospital)?
Respeto de su privacidad	• ¿Cree que alguien no respetó su derecho a la 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? • ¿No está satisfecho con la manera en que lo ha tratado Servicios para los Miembros? • ¿Le parece que lo están alentando a dejar nuestro plan?
Tiempos de espera	• ¿Tiene problemas para conseguir una cita, o tiene que esperar demasiado para conseguirla? • ¿Ha tenido que esperar demasiado a médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud? ¿O a Servicios para los Miembros u otro miembro del personal de nuestro plan? o Entre los ejemplos se incluye esperar demasiado al teléfono, en la sala de espera, en la sala de consulta o cuando le van a dar una receta.
Limpieza	• ¿No está satisfecho con la limpieza o el estado de una clínica, hospital o consultorio médico?
Información que obtiene de nosotros	• ¿Cree que no le hemos dado un aviso que estamos obligados a darle? • ¿Cree que la información por escrito que le hemos dado es difícil de comprender?

Queja	Ejemplo
Puntualidad (Estos tipos de quejas están relacionados con la puntualidad con la que actuamos en relación con las decisiones de cobertura y apelaciones)	El proceso de solicitar una decisión de cobertura y presentar apelaciones se explica en las Secciones 4 a 9 de este capítulo. Si solicita una decisión o presenta una apelación, debe usar ese proceso, no el proceso de quejas. Sin embargo, si ya nos ha solicitado 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 solicitado una "decisión de cobertura rápida" o una "apelación rápida", y le hemos dicho que no, 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 requerido, puede presentar una queja.

Sección 10.2 El término formal para "presentar una queja" es "interponer un reclamo"

Términos legales
• Lo que esta sección llama una **"queja"** también se denomina **"reclamo".** • Otro término para **"presentar una queja"** es **"interponer un reclamo"**. • Otra forma de decir **"usar el proceso de 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 a Servicios para los Miembros.** Si debe hacer algo más, Servicios para los Miembros se lo indicará. Llame al 1-888-778-1478 (solo los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711), de 8 am a 8 pm, hora local, los 7 días de la semana. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, se usarán tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz) los fines de semana y los días 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 también pueden interponer un reclamo por escrito. Si un representante se interpone un reclamo en su nombre y tiene una representación legalmente designada (una persona autorizada por el tribunal. Podría incluir, entre otros, un tutor designado por el tribunal, una persona con un poder notarial duradero, un apoderado para la atención médica, una persona designada en virtud de un estatuto de consentimiento para la atención médica, un albacea de una sucesión), asegúrese de que tengamos esa información cuando se reciba la queja. Si no es así, usted y su representante deben completar un formulario de AOR (del inglés Appointment of Representative, Nombramiento de un Representante) o un permiso equivalente por escrito y enviarlo a Clover Health.
    - Un aviso por escrito equivalente incluye lo siguiente:
        - Nombre, dirección y números de teléfono del miembro y de la persona nombrada.
        - Número de identificación de HICN del afiliado o del beneficiario de Medicare, o número de identificación del plan.
        - El estado profesional o la relación del representante designado con el miembro.
        - Una explicación escrita del propósito y el alcance de la representación.
        - Una declaración de que el miembro está autorizando al representante a actuar en su nombre para las reclamaciones en cuestión, y una declaración autorizando la divulgación de información de identificación individual al representante.
        - Una declaración de la persona nombrada que indique que él o ella acepta el nombramiento.
        - Las firmas del miembro y la persona nombrada y la fecha.
    - El formulario de Nombramiento de Representante es válido por un año a partir de la fecha en que lo firman tanto el miembro como la persona nombrada, a menos que se revoque. Los formularios AOR están disponibles en www.cms.gov o www.cloverhealth.com.
    - Envíe su queja por escrito a: Clover Health, Attention: Grievances, PO Box 471, Jersey City, NJ 07303; o puede enviar un correo electrónico a Qualityteam@Cloverhealth.com.

- **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 denegamos su solicitud de "decisión de cobertura rápida" o una "apelación rápida", le otorgaremos automáticamente 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.

-
  - **Si es posible, le responderemos 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 por su bien 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 presentar una queja sobre la calidad de la atención que recibió 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 que 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 resolverla.

- **O puede presentar su queja ante ambos al mismo tiempo.** Si así lo desea, puede presentar 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 informar a Medicare su queja

Puede enviar una queja sobre Clover Health Classic (HMO) directamente a Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, ingrese en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma sus quejas de manera seria y utilizará esta información para mejorar la calidad del programa de Medicare.

Si tiene otros comentarios o inquietudes 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 237

Sección 1.1 Este capítulo se concentra en la cancelación de su membresía en nuestro plan 237

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan? 237

Sección 2.1 Puede finalizar su membresía durante el Período de Inscripción Anual . 237

Sección 2.2 Puede cancelar su membresía durante el Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage 238

Sección 2.3 En ciertas situaciones, puede cancelar su membresía durante un Período de Inscripción Especial 239

Sección 2.4 ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede cancelar su membresía? 240

SECCIÓN 3 ¿Cómo cancela su membresía en nuestro plan? 241

Sección 3.1 Por lo general, usted cancela su membresía al inscribirse en otro plan... 241

SECCIÓN 4 Hasta que finalice su membresía, debe seguir recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan .. 243

Sección 4.1 Hasta que finalice su membresía, aún es miembro de nuestro plan 243

SECCIÓN 5 Clover Health Classic (HMO) debe cancelar su membresía en el plan en ciertas situaciones 243

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos finalizar su membresía en el plan? 243

Sección 5.2 No podemos pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud 244

Sección 5.3 Tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan 244

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Este capítulo se concentra en la cancelación de su membresía en nuestro plan

La cancelación de su membresía en Clover Health Classic (HMO) puede ser **voluntaria** (su propia elección) o **involuntaria** (cuando no es su elección):

- Puede dejar nuestro plan porque ha decidido que *quiere* dejarlo.
  - Solo hay ciertos momentos durante el año, o ciertas situaciones, en los que puede 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 según qué tipo de cobertura nueva elige. La Sección 3 describe *cómo* puede cancelar su membresía en cada situación.
- También hay situaciones limitadas en las que usted no decide dejarlo, pero nos vemos obligados a cancelar su membresía. La Sección 5 describe situaciones en las que debemos cancelar su membresía.

Si deja nuestro plan, debe continuar recibiendo su atención médica 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 de Inscripción Anual y durante el Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage. En ciertas situaciones, también puede reunir los requisitos para dejar el plan en otros momentos del año.

Sección 2.1 Puede finalizar su membresía durante el Período de Inscripción Anual

Usted puede finalizar su membresía durante el **Período de Inscripción Anual** (también conocido como el "Período de Inscripción Abierta Anual"). Este es el momento en el que debe revisar su cobertura de salud y para medicamentos y tomar una decisión sobre la cobertura para el próximo año.

- **¿Cuándo es el Período de inscripción anual?** Se extiende del 15 de octubre al 7 de diciembre.

- **¿A qué tipo de plan se puede cambiar durante el Período de inscripción anual?** Puede elegir mantener su cobertura actual o hacer cambios en su cobertura para el siguiente 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 separado de medicamentos con receta de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar de la inscripción automática.

  Nota: Si cancela su inscripción en un plan de medicamentos con receta de Medicare y no tiene otra cobertura acreditable para medicamentos con receta durante 63 o más días consecutivos, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D para inscribirse más adelante en un plan de medicamentos de Medicare. (Cobertura "acreditable" significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, tanto como lo que ofrece la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare). Para obtener información sobre la multa por inscripción tardía, consulte la Sección 5 del Capítulo 1.
- **¿Cuándo se cancelará su membresía?** Su membresía finalizará cuando comience la cobertura de su nuevo plan el 1 de enero.

Sección 2.2 Puede cancelar su membresía durante el Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage

Tiene la oportunidad de hacer *un* cambio en su cobertura de salud durante el **Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage.**

- **¿Cuándo es el Período de Inscripción Abierta Anual de Medicare Advantage?** Cada año, se extiende del 1 de enero al 31 de marzo.
- **¿A qué tipo de plan puede cambiarse durante el Período de Inscripción Abierta Anual de Medicare Advantage?** Durante este período, puede hacer lo siguiente:
  - Cambiar a otro plan Medicare Advantage. (Puede elegir un plan que cubra medicamentos con receta o uno que no cubra medicamentos con receta).
  - Cancelar su inscripción en nuestro plan y obtener cobertura a través de Medicare Original. Si elige cambiar a Medicare Original en este período, puede inscribirse en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare en ese momento.

- **¿Cuándo se cancelará su membresía?** Su membresía finalizará el primer día del mes después de que se inscriba en un plan Medicare Advantage diferente o de que recibamos su solicitud de cambio a 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 Classic (HMO) pueden reunir los requisitos 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 posible que reúna los requisitos para cancelar su membresía durante un Período de Inscripción Especial. Estos son solo ejemplos. Para obtener la lista completa, puede ponerse en contacto con el plan, llamar a Medicare o visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov):
  - En general, cuando se muda.
  - Si tiene Medicaid.
  - Si es elegible para recibir "Ayuda Adicional" para pagar sus medicamentos con receta de Medicare.
  - Si no cumplimos nuestro contrato con usted.
  - Si está recibiendo atención en una institución, como un hogar de convalecencia o un hospital de atención a largo plazo (LTC).
  - Si está inscrito en el Programa de Atención Integral para las Personas de Edad Avanzada (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE).
  - **Nota:** Si está inscrito en un programa de administración de medicamentos, quizás no pueda cambiar de plan. El Capítulo 5, Sección 10, le proporciona más información sobre los programas de administración de medicamentos.
- **¿Cuáles son los Períodos de inscripción especial?** Los períodos de inscripción varían según cada caso.
- **¿Qué puede hacer?** Para saber si reúne los requisitos 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/TDD 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 separado de medicamentos con receta de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar de la inscripción automática.

Nota: Si cancela su inscripción en un plan de medicamentos con receta de Medicare y se queda sin cobertura acreditable para medicamentos con receta durante 63 días consecutivos o más, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante. (Cobertura "acreditable" significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, tanto como lo que ofrece la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare). Para obtener información sobre la multa por inscripción tardía, consulte la Sección 5 del Capítulo 1.

- **¿Cuándo se cancelará su membresía?** Generalmente, su membresía finalizará 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 cancelar su membresía?

Si tiene alguna pregunta o desea recibir más información sobre cuándo puede cancelar su membresía:

- Puede **llamar a Servicios para los Miembros** (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).
- Puede encontrar la información en el manual ***Medicare & You* (Medicare y Usted) *2022***.
  - Todas las personas que tienen Medicare reciben todos los años, en otoño, una copia del manual *Medicare & You* (Medicare y Usted). Los nuevos miembros de Medicare lo reciben en el plazo de un mes después de que se inscriben por primera vez.
  - También puede descargar una copia desde el sitio web de Medicare (www.medicare.gov). O puede llamar a Medicare al número que figura más abajo para pedir una copia impresa.
- Puede comunicarse con **Medicare** llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 3 ¿Cómo cancela su membresía en nuestro plan?

Sección 3.1 Por lo general, usted cancela su membresía al inscribirse 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 se cancele la inscripción en nuestro plan. Hay dos maneras de pedir que cancelen su inscripción:

- Nos puede hacer el pedido por escrito. Comuníquese con Servicios para los Miembros si necesita más información sobre cómo hacerlo (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).
- *O bien* puede comunicarse con Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

Nota: Si cancela su inscripción en un plan de medicamentos con receta de Medicare y se queda sin cobertura acreditable para medicamentos con receta durante 63 días consecutivos o más, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante. (Cobertura "acreditable" significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, tanto como lo que ofrece la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare). Para obtener información sobre la multa por inscripción tardía, consulte la Sección 5 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.	• Inscríbase en el nuevo plan de salud de Medicare. Su inscripción en Clover Health Classic (HMO) se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
• Medicare Original *con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.	• Inscríbase en el nuevo plan de medicamentos con receta de Medicare. Su inscripción en Clover Health Classic (HMO) se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su nuevo plan.

Si desea cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
• Medicare Original *sin* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare. o **Nota:** Si cancela su inscripción en un plan de medicamentos con receta de Medicare y se queda sin cobertura acreditable para medicamentos con receta durante 63 días consecutivos o más, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante. Para obtener información sobre la multa por inscripción tardía, consulte la Sección 5 del Capítulo 1.	• **Envíenos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción.** Comuníquese con Servicios para los Miembros si necesita más información sobre cómo hacerlo (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto). • O bien, póngase en contacto con **Medicare** llamando 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/TDD deben llamar al 1-877-486-2048. • Su inscripción en Clover Health Classic (HMO) se cancelará cuando comience su cobertura en Medicare Original.

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

Sección 4.1 Hasta que finalice su membresía, aún es miembro de nuestro plan

Si abandona Clover Health Classic (HMO), puede pasar algún tiempo antes de que finalice su membresía 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 continuar recibiendo atención médica y medicamentos con receta a través de nuestro plan.

- **Debe continuar usando las farmacias de nuestra red para resurtir sus recetas hasta que se cancele su membresía en nuestro plan.** Por lo general, sus medicamentos con receta solo están cubiertos si se surten en una farmacia de la red, incluso a través de nuestros servicios de farmacia de pedido por correo.
- **Si está hospitalizado el día que finaliza su membresía, su hospitalización estará generalmente cubierta por nuestro plan hasta que reciba el alta** (incluso si le dan el alta después de que comience su nueva cobertura médica).

SECCIÓN 5 Clover Health Classic (HMO) debe cancelar su membresía en el plan en ciertas situaciones

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos finalizar su membresía en el plan?

Clover Health Classic (HMO) debe finalizar su membresía en el plan si ocurre algo de lo siguiente:

- Si ya no tiene la Parte A ni la Parte B de Medicare.
- Si se muda fuera de nuestra 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, debe llamar a Servicios para los Miembros para averiguar si el lugar al que se muda o viaja está en el área de nuestro plan. (Los números de teléfono de Servicios para los Miembros figuran en la contraportada de este folleto).
- 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 cancelar su membresía en 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 cancelar su membresía en nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
- Si deja que otra persona use su tarjeta de membresía para obtener atención médica. (No podemos cancelar su membresía en 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:

- Puede llamar a **Servicios para los Miembros** para obtener más información (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).

Sección 5.2 No podemos pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud

Clover Health Classic (HMO) no puede pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud.

¿Qué debe hacer si sucede esto?

Si le parece que le piden 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/TDD 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 para la cancelación. También tenemos que explicarle cómo puede interponer un reclamo o presentar una queja sobre nuestra decisión de cancelar su membresía. 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 las leyes aplicables 247

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación 247

SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare 247

SECCIÓN 1 Aviso sobre las leyes aplicables

Se aplican muchas leyes a esta *Evidencia de cobertura,* y es posible que se apliquen algunas disposiciones adicionales porque así 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 (Social Security Act) y las normas creadas bajo esta ley por parte de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Además, es posible que se apliquen otras leyes federales y, en determinadas circunstancias, las leyes del estado en el que vive.

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación

Nuestro plan debe cumplir con las leyes que lo protegen contra la discriminación o el trato injusto. **No discriminamos por** motivos de raza, origen étnico, nacionalidad, color, religión, sexo, género, edad, discapacidad mental o física, estado de salud, experiencia de reclamaciones, historial médico, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que ofrecen planes Medicare Advantage, como nuestro plan, deben cumplir con las leyes federales contra la discriminación, incluido el Título VI de la Ley de Derechos Civiles (Civil Rights Act) de 1964, la Ley de Rehabilitación (Rehabilitation Act) de 1973, la Ley de Discriminación por Edad (Age Discrimination Act) de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (Americans with Disabilities Act), la Sección 1557 de la Ley de Atención Asequible (Affordable Care Act), todas las demás leyes que se aplican a las organizaciones que reciben fondos federales y cualquier otra ley o norma que se aplique por cualquier otra razón.

Si desea obtener más información o tiene alguna inquietud relacionada con la discriminación o el trato injusto, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** al 1-800-368-1019 (los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-537-7697) o a su Oficina de Derechos Civiles local.

Si usted tiene una discapacidad y necesita ayuda con el acceso a la atención, llámenos a Servicios para los Miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto). Si usted tiene una queja, como un problema de acceso para sillas de ruedas, Servicios para los Miembros puede ayudarlo.

SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos por Medicare en los que Medicare no es el pagador principal. De acuerdo con las regulaciones de los CMS en las secciones 422.108 y 423.462 del Título 42 del Código de Regulaciones Federales (Federal Regulations Code, CFR), Clover Health Classic (HMO), como Organización de Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que el secretario ejerce según las regulaciones de los CMS en las subpartes B a D de la parte 411 del Título 42 del CFR y las reglas establecidas en esta sección sustituyen a las leyes estatales.

CAPÍTULO 12

Definiciones de palabras importantes

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

Centro quirúrgico ambulatorio: Un centro quirúrgico ambulatorio es una entidad que opera exclusivamente con el propósito de ofrecer servicios quirúrgicos ambulatorios a pacientes que no requieren hospitalización y cuya estadía esperada en el centro no excede las 24 horas.

Período de Inscripción Anual: Es 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 una medida que usted toma si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar una solicitud de cobertura de servicios de atención médica o medicamentos con receta o pago por servicios o medicamentos que ya recibió. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con una decisión de interrumpir los servicios que está recibiendo. 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 cómo presentar una apelación.

Facturación de saldos: Cuando un proveedor (un médico o un hospital) factura al paciente más que el monto del costo compartido permitido del plan. Como miembro de Clover Health Classic (HMO), cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan, solo tiene que pagar los montos de costo compartido de nuestro plan. No permitimos que los proveedores "facturen el saldo" o le cobren a usted más allá de la cantidad del costo compartido que su plan dice debe pagar.

Período de beneficios: Es la manera en que Medicare Original mide su uso de los servicios de los hospitales y centros de enfermería especializada (SNF). Para nuestro plan, tendrá un período de beneficios para sus beneficios de centro de enfermería especializada. El período de beneficios comienza el día en que usted ingresa a un centro de enfermería especializada. Acumulará un día por cada día que esté internado en un SNF. El período de beneficios finaliza cuando no ha recibido atención especializada para pacientes internados en un SNF durante 60 días seguidos. Si usted ingresa en un centro de enfermería especializada una vez que ha finalizado un período de beneficios, entonces comienza un nuevo período. No hay límite para la cantidad de períodos de beneficios.

Medicamento de marca: Medicamento con receta fabricado y vendido por la compañía farmacéutica que originariamente investigó y desarrolló dicho medicamento. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de ingrediente activo que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otros fabricantes de medicamentos y, normalmente, no están disponibles hasta que haya vencido la patente del medicamento con nombre de marca.

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 u otras partes calificadas en su nombre hayan gastado $7,050 en medicamentos cubiertos durante el año cubierto.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS): Es la agencia federal que administra Medicare. El Capítulo 2 explica cómo comunicarse con los CMS.

Coseguro: Es un monto que se le pedirá que pague como su parte de los costos por los medicamentos con receta y servicios. El coseguro es, a menudo, un porcentaje (por ejemplo, 20%).

Queja: El término 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 Ambulatorios (CORF): Es un centro que proporciona principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, y ofrece una variedad de servicios que incluyen fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios para patologías del habla y el lenguaje, y servicios de evaluación del entorno del hogar.

Copago: Es un monto que se le puede solicitar que pague como su parte del costo de un servicio o suministro médico, como una consulta médica, una visita ambulatoria al hospital o un medicamento con receta. Un copago es, generalmente, un monto establecido más que un porcentaje. Por ejemplo, puede pagar $10 o $20 por una consulta con el médico o por un medicamento con receta.

Costo compartido: El costo compartido se refiere a los montos que un miembro tiene que pagar cuando recibe 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 se encuentra en uno de los 5 niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor sea el nivel de costo compartido, mayor será su costo por el medicamento.

Determinación de cobertura: Es una decisión para determinar si un medicamento que le recetaron está cubierto por el plan y el monto, si lo hubiera, que deberá pagar por el medicamento con receta. En general, si usted lleva su receta a la farmacia y allí le indican que el medicamento con receta no está cubierto por su plan, eso no es una determinación de cobertura. Deberá llamar o escribir a su plan para pedir una decisión de cobertura formal. Las determinaciones de cobertura también se llaman "decisiones de cobertura" en este 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 reúnen los requisitos 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: Es la atención personal que se brinda en un hogar de convalecencia, un hospicio u otro centro cuando usted no necesita atención médica especializada o atención de enfermería especializada. El cuidado asistencial es la atención personal que brindan personas que no tienen habilidades ni preparación profesional y que ayudan con actividades de la vida diaria, como bañarse, vestirse, alimentarse, acostarse y levantarse de la cama o de la silla, desplazarse y utilizar el baño. Puede incluir el tipo de atención relacionada con la salud que la mayoría de las personas realizan por sí mismas, como colocarse 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: Es el monto que debe pagar por atención médica o medicamentos con receta antes de que nuestro plan comience a pagar.

Cancelar la inscripción o **cancelación de la inscripción**: Es el proceso de cancelación de su membresía en nuestro plan. La cancelación de la inscripción puede ser voluntaria (su propia elección) o involuntaria (cuando no es su elección).

Costo de suministro: Es un costo que se cobra cada vez que se suministra un medicamento cubierto para pagar el costo de surtir una 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. Los ejemplos incluyen andadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, bombas de infusión intravenosa, dispositivos para la generación del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital indicadas por un proveedor para usar en el hogar.

Emergencia: 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, una extremidad o las

funciones de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una condición médica que se agrava rápidamente.

Atención de emergencia: Corresponde a los servicios cubiertos que cumplen con las siguientes características: 1) son prestados por 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) e información de divulgación: Es este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro adjunto, cláusula adicional u otra cobertura opcional seleccionada, que explica su cobertura, lo que debemos hacer, sus derechos y lo que debe hacer como miembro de nuestro plan.

Excepción: es un tipo de determinación de cobertura que, si se aprueba, le permite obtener un medicamento que no está en el formulario del patrocinador de su plan (una excepción al formulario), u obtener un medicamento no preferido al nivel de costo compartido más bajo (una excepción de nivel). También puede solicitar una excepción si el patrocinador de su plan le exige que pruebe otro medicamento antes de recibir el medicamento que está solicitando, o si el plan limita la cantidad o la dosis del medicamento que está solicitando (una excepción al formulario).

Ayuda Adicional: Es 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: Es un medicamento con receta que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) que tiene el mismo ingrediente activo que el medicamento de marca. Generalmente, un medicamento "genérico" funciona igual que un medicamento de marca y a menudo cuesta menos.

Reclamo: Es 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 asistentes de atención de la salud a domicilio no tienen una licencia de enfermería ni ofrecen terapia.

Hospicio: Un miembro con una expectativa de vida de 6 meses o menos tiene derecho a elegir un hospicio. Nosotros, su plan, debemos proporcionarle una lista de hospicios en su área geográfica. Si elige un hospicio y continúa pagando las primas, 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 le proporcionará un tratamiento especial para su estado.

Hospitalización como paciente internado: Una estadía en el hospital cuando ha sido admitido formalmente para recibir servicios médicos especializados. Incluso si usted permanece en el hospital durante la noche, puede ser considerado un "paciente ambulatorio".

Monto de ajustes mensuales relacionados con el ingreso (IRMAA): Si su ingreso bruto ajustado modificado, tal como aparece en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años, supera un cierto monto, pagará el monto de la prima estándar y un monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos, también conocido como IRMAA. IRMAA es un cargo adicional que se suma a su prima. Menos del 5% de las personas con Medicare se encuentran afectadas, por lo que la mayoría de las personas no pagan una prima más alta.

Límite de cobertura inicial: Es el límite máximo de cobertura en la Etapa de cobertura inicial.

Etapa de cobertura inicial: Esta es la etapa previa a que sus costos totales de medicamentos, incluidos los montos que usted haya pagado y lo que su plan haya pagado en su nombre durante el año, hayan alcanzado $4,430.

Período de Inscripción Inicial: Es el tiempo en el que puede inscribirse en las Partes A y B de Medicare cuando es elegible por primera vez para recibir Medicare. Por ejemplo, si es elegible para Medicare cuando cumple 65 años, el Período de Inscripción Inicial es el período de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que cumple 65 años, incluye el mes en que cumple 65 años y termina 3 meses después del mes en que cumple 65 años.

Plan de necesidades especiales (SNP) institucional: Un plan de necesidades especiales al que se pueden inscribir las personas elegibles que residan, o que se espera que residan, de forma permanente durante 90 días o más en un centro de atención a largo plazo (LTC). Estos centros de LTC pueden incluir un centro de enfermería especializada (SNF), un centro de enfermería (NF) o ambos (SNF/NF); un centro de atención intermedia para personas con discapacidades intelectuales (ICF/IID), o bien un centro psiquiátrico para pacientes internados. Para que un plan de necesidades especiales institucional brinde servicios a las personas con Medicare que residen en centros de atención a largo plazo, este debe tener un acuerdo contractual con los centros de atención a largo plazo específicos (o poseer y operar dichos centros).

Plan de necesidades especiales (SNP) institucional equivalente: Un plan de necesidades especiales institucional al que se pueden inscribir las personas elegibles que viven en la comunidad, pero que requieren de un nivel de atención institucional según la evaluación del estado. La evaluación debe realizarse mediante el uso de la misma herramienta de evaluación de nivel de atención del estado correspondiente y debe estar administrada por una entidad que no sea la organización que ofrece el plan. Este tipo de plan de necesidades especiales puede restringir la inscripción de personas que viven en una residencia de vivienda asistida contratada (ALF), si fuera necesario para garantizar que se brinde atención especializada uniforme.

Lista de medicamentos cubiertos (Formulario o "Lista de medicamentos"): Es 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 medicamentos de marca y genéricos.

Subsidio por Bajos Ingresos (LIS): Consulte "Ayuda Adicional".

Monto máximo de bolsillo: Es el máximo que usted paga de su bolsillo durante un año calendario por los servicios cubiertos dentro de la red de las Partes A y B de Medicare. Los montos que paga por las primas de las Partes A y B de Medicare y por sus medicamentos con

receta no cuentan para su monto máximo de bolsillo. Consulte la Sección 1.2 del Capítulo 4 para obtener información sobre el monto máximo de bolsillo.

Medicaid (o Medical Assistance): Es un programa conjunto federal y estatal que ayuda con los costos médicos a algunas 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. Consulte el Capítulo 2, Sección 6 para obtener información sobre cómo comunicarse con Medicaid en su estado.

Indicación médicamente aceptada: Uso de un medicamento que esté aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos, y respaldado por ciertos libros de referencia. Para obtener más 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 de buenas prácticas médicas aceptados.

Medicare: Es el programa federal de seguros médicos destinado a personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas que padecen enfermedad renal terminal (generalmente aquellas con 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 Inscripción Abierta de Medicare Advantage: es un tiempo establecido en el que, cada año, los miembros de un plan Medicare Advantage pueden cancelar su inscripción en el plan y cambiar a otro plan de Medicare Advantage, u obtener cobertura a través de Medicare Original. Si elige cambiar a Medicare Original en este período, puede inscribirse en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare en ese momento. El Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage es desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo, y también se encuentra disponible por un período de 3 meses después de que una persona reúne los requisitos para recibir Medicare por primera vez.

Plan Medicare Advantage (MA): También 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 las Partes A y B de Medicare. Un plan Medicare Advantage puede ser una Organización para el Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization, HMO), una Organización de Proveedores Preferidos (Preferred Provider Organization, PPO), un Plan Privado de Pago por Servicio (Private Fee-for-Service, PFFS) o un plan de Cuenta de Ahorro para Gastos Médicos (Medical Savings Account, MSA) de Medicare. Cuando está inscrito en un plan Medicare Advantage, los servicios de Medicare tienen cobertura a través del plan y no a través de Medicare Original. En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D de Medicare (cobertura para medicamentos con receta). Estos planes se llaman **planes Medicare Advantage con cobertura para medicamentos con receta.** Todas las personas que tengan la Parte A y la Parte B de Medicare reúnen los requisitos para unirse a cualquier plan de salud de Medicare Advantage que se ofrezca en su área.

Programa de Descuentos para el Período sin Cobertura de Medicare: Es un programa que proporciona descuentos para la mayoría de los medicamentos de marca para los miembros de la Parte D que hayan alcanzado la Etapa del período sin cobertura y que 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 las Partes A y B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare, incluido nuestro plan, deben cubrir todos los servicios cubiertos por las Partes A y B de Medicare.

Plan de salud de Medicare: Los planes de salud de Medicare son ofrecidos por compañías privadas que tienen un contrato con Medicare para proporcionar los beneficios de las Partes A y B a las personas con Medicare que se inscriben en el plan. Este término incluye todos los planes Medicare Advantage, los planes de costos de Medicare, los programas piloto/de demostración y los Programas de Atención Integral para Personas de Edad Avanzada (PACE).

Cobertura para medicamentos con receta de Medicare (Parte D de Medicare): Es el seguro que lo ayuda a pagar los medicamentos con receta para pacientes ambulatorios, las vacunas, los productos biológicos y algunos suministros que no cubren las Partes A y 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 es elegible para recibir servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Servicios para los Miembros: Es el departamento dentro de nuestro plan responsable de responder sus preguntas sobre su membresía, beneficios, reclamos y apelaciones. Consulte el Capítulo 2 para obtener información sobre cómo comunicarse con Servicios para los Miembros.

Red: Son los médicos y otros profesionales de atención médica, hospitales y otros centros o proveedores de atención médica que brindan servicios cubiertos a nuestros miembros y que aceptan nuestro pago y cualquier costo compartido del plan como pago total. Consulte el Capítulo 1, Sección 3 para obtener más información sobre las redes.

Farmacia de la red: Una farmacia de la red es aquella donde los miembros de nuestro plan pueden obtener sus beneficios de medicamentos con receta. Las llamamos "farmacias de la red" porque tienen un contrato con nuestro plan. En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta están cubiertos solo si se obtienen en una de nuestras farmacias de la red.

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 tienen un acuerdo con nuestro plan para aceptar

nuestro pago como pago completo y, en algunos casos, para coordinar y proporcionar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Nuestro plan paga a los proveedores de la red conforme al acuerdo que tiene con ellos o si los proveedores aceptan proporcionarle servicios cubiertos por el plan. Los proveedores de la red también se denominan "proveedores del plan".

Determinación de la organización: El plan Medicare Advantage toma una determinación de la organización cuando toma una decisión sobre si los artículos o servicios están cubiertos o cuánto debe pagar por los artículos o 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 "Medicare de pago por servicio"): Medicare Original es ofrecido por el gobierno y no por un plan de salud privado como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos con receta. En Medicare Original, los servicios de Medicare se cubren pagándoles a los médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica los montos de pago establecidos por el Congreso. Usted puede consultar con cualquier médico, hospital o proveedor de atención médica que acepte Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga lo que le corresponde de la cantidad aprobada por Medicare, y usted paga lo que le corresponde a usted. Medicare Original tiene dos partes: la Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico), y está disponible en todas partes en los Estados Unidos.

Farmacia fuera de la red: Es una farmacia que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. Como se explica en esta Evidencia de cobertura, la mayoría de los medicamentos que obtiene de farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que se cumplan ciertas condiciones.

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red: Es un proveedor o centro con el que no tenemos un acuerdo para que coordine u ofrezca servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no son empleados, ni propiedad de nuestro plan, ni están operados por este 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 de bolsillo: Consulte la definición de "costo compartido". El requisito de costo compartido por el que un miembro debe pagar una parte de los servicios o medicamentos recibidos también se denomina requisito de costo "de bolsillo" del miembro.

Plan PACE: Un plan PACE (Programa de Atención Integral para Personas de Edad Avanzada) combina servicios médicos, sociales y de atención a largo plazo (LTC) para personas frágiles con el objetivo de ayudarlas a mantenerse independientes y vivir en su comunidad (en lugar de mudarse a un hogar de convalecencia) el mayor tiempo posible, mientras reciben la atención de alta calidad que necesitan. Las personas inscritas en los planes PACE reciben los beneficios de Medicare y Medicaid a través del plan.

Parte C: Consulte "Plan Medicare Advantage (MA)".

Parte D: Es el Programa voluntario de beneficios de medicamentos con receta de Medicare. (Para facilitar la consulta, nos referiremos al programa de beneficios de medicamentos con receta como 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 específicamente excluidas por el Congreso de la cobertura como medicamentos de la Parte D.

Multa por Inscripción Tardía de la Parte D: Es un monto que se agrega a su prima mensual de cobertura para medicamentos de Medicare si usted permanece sin cobertura acreditable (cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare) por un período continuo de 63 días o más después de unirse por primera vez al plan de la Parte D. Usted paga este monto más alto mientras tenga el plan de medicamentos de Medicare. Hay algunas excepciones. Por ejemplo, si usted recibe "Ayuda Adicional" de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos con receta, no pagará una multa por inscripción tardía.

Costo compartido preferido: El costo compartido preferido se refiere a un costo compartido más bajo para ciertos medicamentos cubiertos de la Parte D en ciertas 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 se reciben de proveedores dentro o fuera de la red. La parte del costo compartido que le corresponde al miembro, por lo general, será mayor cuando los beneficios del plan se reciban de proveedores fuera de la red. Los planes de PPO tienen un límite anual de costos de bolsillo para los servicios recibidos de proveedores de la red (preferidos) y un límite más alto en los costos de bolsillo totales combinados por servicios de proveedores tanto dentro de la red (preferidos) 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 para medicamentos con receta.

Proveedor de atención primaria (PCP): Su proveedor de atención primaria es el médico u otro proveedor a quien consulta primero para la mayoría de los problemas de salud. Se asegura de que usted tenga la atención que necesita para mantenerse saludable. El PCP puede hablar con otros médicos y con otros proveedores de atención médica sobre su atención y referirlo a ellos. En muchos planes de salud de Medicare, usted debe ver a su proveedor de atención primaria antes de ver a cualquier otro proveedor de atención médica. Consulte el Capítulo 3, Sección 2.1 para obtener información sobre los proveedores de atención primaria.

Autorización previa: Es la aprobación por adelantado para obtener servicios o determinados medicamentos que pueden estar incluidos en el formulario o no. Algunos servicios médicos dentro de la red están cubiertos solo si su médico u otro proveedor de la red obtienen "autorización previa" de nuestro plan. En la Tabla de beneficios del Capítulo 4, se señalan los

servicios cubiertos que necesitan autorización previa. Algunos medicamentos están cubiertos solo si su médico u otro proveedor de la red obtiene una "autorización previa" del plan. 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 comunicarse con la QIO de su estado.

Límites de cantidades: 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.

Servicios de rehabilitación: Estos servicios incluyen fisioterapia, terapia del habla y del lenguaje, y terapia ocupacional.

Área de servicio: Es un área geográfica donde un plan de salud acepta miembros si limita la membresía según el lugar donde viven las personas. Para los planes que limitan qué médicos y hospitales puede utilizar, también es, generalmente, el área donde puede obtener servicios de rutina (no emergencias). El plan puede cancelar su inscripción si se muda fuera del área de servicio del plan de manera permanente.

Cuidados en un centro de enfermería especializada (SNF): Atención de enfermería especializada y servicios de rehabilitación proporcionados de forma continua y diaria en un centro de enfermería especializada. Los ejemplos de atención en un centro de enfermería especializada incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo pueden ser administradas por un enfermero registrado o un médico.

Período de Inscripción Especial: Es un tiempo establecido para que los miembros puedan cambiar sus planes de salud o de medicamentos o regresar a Medicare Original. Las situaciones en las que puede ser elegible para un Período de Inscripción Especial incluyen: si se muda fuera del área de servicio, si recibe "Ayuda Adicional" con los costos de sus medicamentos con receta, si se muda a un hogar de convalecencia o si no cumplimos nuestro contrato con usted.

Plan para Necesidades Especiales: Un tipo especial de Plan Medicare Advantage que ofrece atención médica más orientada a grupos específicos de personas, como quienes tienen tanto Medicare como Medicaid, que viven en un centro de cuidados médicos no especializados o tienen ciertas condiciones médicas crónicas.

Costo compartido estándar*:* Costo compartido estándar que no es el costo compartido preferido que se ofrece en una farmacia de la red.

Tratamiento escalonado: Es una herramienta de utilización que exige que primero intente tratar su condición médica con otro medicamento antes de que cubramos el medicamento que le recetó el médico en primer lugar.

Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI): Es un beneficio mensual pagado por el Seguro Social a las personas con ingresos y recursos limitados que son discapacitadas, ciegas o mayores de 65 años. Los beneficios del SSI no son los mismos que los beneficios del Seguro Social.

Servicios de urgencia: Los servicios de urgencia se proporcionan para tratar una enfermedad, lesión o afección imprevista, que no es de emergencia y que requiere atención médica inmediata. Los servicios de urgencia pueden ser proporcionados por proveedores de la red, o por proveedores 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 Classic (HMO)

Método	Información de contacto del Departamento de Servicios para los miembros
LLAME AL	1-888-778-1478 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención de Servicios para los Miembros es de 8 am a 8 pm (hora local), los 7 días de la semana. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, se usarán tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz) los fines de semana y los días feriados. También puede enviarnos un mensaje por Internet. Para ello, visite www.cloverhealth.com/en/members/contact-us. Servicios para los Miembros también ofrece un servicio gratuito de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY/TDD	711 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención de Servicios para los Miembros es de 8 am a 8 pm (hora local), los 7 días de la semana. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, se usarán tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz) los fines de semana y los días feriados.
ESCRIBA A	Clover Health PO Box 471 Jersey City, NJ 07303
SITIO WEB	www.cloverhealth.com

SHIP: Health Information Counseling & Advocacy Program of Texas (HICAP)

Health Information Counseling & Advocacy Program of Texas 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	800-252-9240
ESCRIBA A	HICAP P.O. Box 149104 Austin, Texas 78714-9104
SITIO WEB	www.tdi.texas.gov/consumer/hicap

Declaración de Divulgación de PRA De acuerdo con la Ley de Reducción de Documentación (Paperwork Reduction Act, PRA) 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 comentarios o

sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

Estamos aquí para ayudar.

¿Preguntas?

cloverhealth.com/eoc008

Apunta la cámara de tu teléfono al código QR.
Cuando aparezca el enlace, toque para visitar nuestra página web.

1-888-778-1478 (TTY/TDD 711),
8 am–8 pm hora local, los 7 días de la semana*

*Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, se utilizarán tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz) los fines de semana y feriados.

Y0129_21MX032B19_C