Clover Health

New Jersey Clover Health Choice Value (PPO) (042)

Su Evidencia de Cobertura:
Todos los detalles de su
2023 New Jersey Clover Health Choice Value (PPO) (042)

Desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2023

Evidencia de Cobertura:

Beneficios y servicios de salud y cobertura para medicamentos con receta de Medicare como miembro de Clover Health Choice Value (PPO)

En este documento 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 2023. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

Si tiene preguntas sobre este documento, comuníquese con Servicios para los Miembros al 1-888-778-1478. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Nuestro 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.

Este plan, Clover Health Choice Value (PPO), 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”, se hace referencia a Clover Health Choice Value (PPO).

Esta información está disponible sin cargo en español.

Los beneficios, las primas, los deducibles, los copagos o los coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2024.

El formulario, la red de farmacias y/o la red de proveedores puede cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando sea necesario. Notificaremos a los miembros afectados sobre los cambios con, al menos, 30 días de anticipación.

En este documento, se explican sus beneficios y derechos. Utilice este documento para comprender lo siguiente:

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

Y0129_22MX033B5_C

OMB Approval 0938-1051 (Expira: 29 de febrero de 2024)

Evidencia de Cobertura de 2023

Índice

CAPÍTULO 1: Primeros pasos como miembro 5

SECCIÓN 1 Introducción 6
SECCIÓN 2 ¿Qué lo hace elegible para ser miembro del plan? 7
SECCIÓN 3 Materiales Importantes de la Membresía que Recibirá 8
SECCIÓN 4 Su prima mensual para Clover Health Choice Value (PPO) 10
SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual 13
SECCIÓN 6 Mantener actualizado su registro de miembro del plan 15
SECCIÓN 7 Cómo funciona otro seguro con nuestro plan 16

CAPÍTULO 2: Números de teléfono y recursos importantes 18

SECCIÓN 1 Contactos de Clover Health Choice Value (PPO) (cómo comunicarse con nosotros, incluido cómo puede comunicarse con Servicios para los Miembros) 19
SECCIÓN 2 Medicare (Cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal de Medicare) 26
SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare) 28
SECCIÓN 4 Organización para la Mejora de la Calidad 29
SECCIÓN 5 Seguro Social 30
SECCIÓN 6 Medicaid 31
SECCIÓN 7 Información sobre programas para ayudar a las personas a pagar sus medicamentos con receta 32
SECCIÓN 8 Cómo contactar a la Railroad Retirement Board 35
SECCIÓN 9 ¿Tiene un “seguro grupal” u otro seguro de salud de un empleador? 36

CAPÍTULO 3: Cómo utilizar el plan para sus servicios médicos 37

SECCIÓN 1 Lo que debe saber sobre cómo obtener la cobertura de su atención médica como miembro de nuestro plan 38
SECCIÓN 2 Cómo usar proveedores dentro y fuera de la red para obtener su atención médica 39
SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios cubiertos cuando tiene una emergencia o necesita atención urgente o durante un desastre 42
SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de sus servicios? 45
SECCIÓN 5 ¿Cómo se cubren sus servicios médicos cuando participa en un “estudio de investigación clínica”? 45
SECCIÓN 6 Reglas para obtener atención en una “institución religiosa no médica de atención de salud” 47
SECCIÓN 7 Reglas sobre la propiedad de equipo médico duradero 48

CAPÍTULO 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga) 51

SECCIÓN 1 Explicación de sus costos de bolsillo por servicios cubiertos 52
SECCIÓN 2 Use la Tabla de Beneficios Médicos para averiguar qué está cubierto para usted y cuánto pagará 54
SECCIÓN 3 ¿Qué servicios no cubre el plan? 105

CAPÍTULO 5: Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D 109

SECCIÓN 1 Introducción 110
SECCIÓN 2 Surta sus recetas en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan 110
SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar en la "Lista de Medicamentos" del plan 115
SECCIÓN 4 Existen restricciones con respecto a la cobertura de algunos medicamentos 117
SECCIÓN 5 ¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la forma en que le gustaría? 119
SECCIÓN 6 ¿Qué sucede si su cobertura cambia para uno de sus medicamentos? 122
SECCIÓN 7 ¿Qué tipos de medicamentos no están cubiertos por el plan? 124
SECCIÓN 8 Cómo surtir una receta 125
SECCIÓN 9 Cobertura para medicamentos de la Parte D en situaciones especiales 126
SECCIÓN 10 Programas sobre seguridad y manejo de medicamentos 128

CAPÍTULO 6: Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D 131

SECCIÓN 1 Introducción 132
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 135
SECCIÓN 3 Le enviamos informes en los que se explican los pagos de sus medicamentos y en qué etapa de pago se encuentra 135
SECCIÓN 4 Durante la Etapa del Deducible, usted paga el costo total de sus medicamentos de los Niveles 2, 3, 4 y 5 137
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 137
SECCIÓN 6 Costos en la Etapa del Período sin Cobertura 143
SECCIÓN 7 Durante la Etapa de Cobertura en Situaciones Catastróficas, el plan paga la mayor parte del costo de sus medicamentos 143
SECCIÓN 8 Vacunas de la Parte D. Lo que usted paga depende de cómo y dónde las obtiene 144

CAPÍTULO 7: Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos 146

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios o medicamentos cubiertos 147
SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos un reembolso o el pago de una factura que recibió 149
SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y le responderemos con nuestra decisión 150

CAPÍTULO 8: Sus derechos y responsabilidades 152

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales como miembro del plan 153

Sección 1.1 Debemos proporcionar información de una manera que funcione para usted (en idiomas diferentes del inglés, en letra grande o en otros formatos alternativos, etc. 154

SECCIÓN 2 Tiene algunas responsabilidades como miembro del plan 159

CAPÍTULO 9: Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas) 161

SECCIÓN 1 Introducción 162
Sección 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada 162
SECCIÓN 3 Para abordar su problema, ¿qué proceso debe utilizar? 163
SECCIÓN 4 Guía sobre los aspectos básicos de las decisiones de cobertura y las apelaciones 164
SECCIÓN 5 Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación por una decisión de cobertura. 167
SECCIÓN 6 Sus medicamentos con receta de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación 175
SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto 186
SECCIÓN 8 Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto 194
SECCIÓN 9 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y a los siguientes niveles 200
SECCIÓN 10 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes 203

CAPÍTULO 10: Cómo cancelar su membresía en el plan 207

SECCIÓN 1 Introducción a la finalización de su membresía en nuestro plan 208
SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan? 208
SECCIÓN 3 ¿Cómo cancela su membresía en nuestro plan? 211

SECCIÓN 4 Hasta que finalice su membresía, debe seguir recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan 212
SECCIÓN 5 Clover Health Choice Value (PPO) debe cancelar su membresía en el plan en ciertas situaciones 212

CAPÍTULO 11: Avisos legales 214

SECCIÓN 1 Aviso sobre las leyes aplicables 215
SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación 215
SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del Pagador Secundario de Medicare 215

CAPÍTULO 12: Definiciones de palabras importantes 217

CAPÍTULO 1:
Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Usted está inscrito en Clover Health Choice Value (PPO), que es un plan PPO 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 Choice Value (PPO). Estamos obligados a cubrir todos los servicios de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, los costos compartidos y el acceso a proveedores en este plan son distintos de los de Medicare Original.

Clover Health Choice Value (PPO) es un plan Medicare Advantage PPO (PPO significa Preferred Provider Organization, Organización de Proveedores Preferidos). Al igual que todos los planes de salud de Medicare, este plan Medicare PPO está aprobado por Medicare y lo ofrece una compañía 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 Rentas Internas) en: www.irs.gov/affordable-care-act/individuals-and-families para obtener más información.

Sección 1.2 ¿De qué trata el documento de Evidencia de Cobertura?

En este documento de Evidencia de Cobertura, se le indica cómo obtener su atención médica y medicamentos con receta. Se explican sus derechos y responsabilidades, lo que está cubierto, qué le corresponde pagar como miembro del plan y cómo presentar una queja si no está satisfecho con una decisión o tratamiento.

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 Choice Value (PPO).

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

Si está confundido, o si tiene alguna pregunta o inquietud, comuníquese con Servicios para los Miembros.

Sección 1.3 Información legal sobre la Evidencia de Cobertura

Esta Evidencia de cobertura es parte de nuestro contrato con usted respecto de cómo Clover Health Choice Value (PPO) cubre su atención. Las otras partes de este contrato incluyen el

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

El contrato tiene vigencia durante los meses en los que esté inscrito en Clover Health Choice Value (PPO) del 1 de enero de 2023 al 31 de diciembre de 2023.

Cada año calendario, Medicare nos permite realizar cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de Clover Health Choice Value (PPO) después del 31 de diciembre de 2023. También podemos decidir dejar de ofrecer el plan u ofrecerlo en un área de servicio diferente después del 31 de diciembre de 2023.

Medicare (los centros de servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar el plan Clover Health Choice Value (PPO) cada año. Usted puede seguir obteniendo la cobertura de Medicare cada año 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 las coberturas de la Parte A y la Parte B de Medicare
- -- Y -- viva en nuestra área geográfica de servicio (en la Sección 2.3 a continuación, se describe nuestra área de servicio). No se considera que las personas encarceladas vivan en el área geográfica de servicio, aunque se encuentren físicamente en ella.
- -- y -- sea ciudadano de los Estados Unidos, o se encuentre en los Estados Unidos de manera legal.

Sección 2.2 Este es el área de servicio para el plan Clover Health Choice Value (PPO)

Clover Health Choice Value (PPO) está disponible solo para las personas que viven en nuestra área de servicio del 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 estos condados en New Jersey: Burlington, Camden, Cape May, Cumberland, Gloucester, Hunterdon, Ocean, Salem

Si planea mudarse fuera del área de servicio, no puede seguir siendo miembro de este plan. Comuníquese con Servicios para los Miembros a fin de consultar si tenemos un plan en su área

nueva. Si se muda, tendrá un Período de Inscripción Especial que le permitirá cambiar a Medicare Original o inscribirse en un plan de medicamentos o de salud de Medicare 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 2.3 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 Choice Value (PPO) si usted no es elegible para seguir siendo miembro con base en este requisito. Clover Health Choice Value (PPO) debe cancelar su inscripción si usted no cumple con este requisito.

SECCIÓN 3 Materiales Importantes de la Membresía que Recibirá

Sección 3.1 Su tarjeta de membresía del plan

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 Medicare en lugar de su tarjeta de membresía de Clover Health Choice Value (PPO), es posible que deba pagar usted mismo 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 aprobados por Medicare, también conocidos como estudios clínicos.

Si la tarjeta de membresía del plan está dañada, la extravía o se la roban, llame de inmediato a Servicios para los Miembros para que le enviemos una tarjeta nueva.

Sección 3.2 Directorio de Proveedores

El Directorio de proveedores enumera los proveedores de nuestra red y proveedores de equipo médico duradero. 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.

Usted debe utilizar proveedores dentro de la red para recibir atención y servicios médicos. Si usted acude a otro lugar sin la debida autorización, deberá pagar el total. Las únicas excepciones son emergencias, servicios de urgencia cuando la red no está disponible (generalmente, en situaciones en las que no es lógico o posible obtener servicios dentro de la red), servicios de diálisis fuera del área y casos en los que Clover Health Choice Value (PPO) autoriza el uso de proveedores fuera de la red.

La lista de proveedores más actualizada está disponible en nuestro sitio web en www.cloverhealth.com/en/members/find-provider.

Si no tiene una copia del Directorio de Proveedores, puede solicitarla a los Servicios para los Miembros.

Sección 3.3 Directorio de Farmacias

En el directorio de farmacias se enumeran las farmacias de nuestra 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. Usted puede utilizar el Directorio de farmacias para encontrar la farmacia de la red que desee utilizar. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5, para obtener información sobre cuándo puede utilizar farmacias que no están dentro de la 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 recibir una copia de los Servicios para los Miembros. 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 Choice Value (PPO). El plan, con la colaboración de un equipo de médicos y farmacéuticos, selecciona los medicamentos de la lista. La lista debe cumplir con los requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la Lista de medicamentos de Clover Health Choice Value (PPO).

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 actualizada sobre qué medicamentos están cubiertos, puede visitar el sitio web del plan (www.cloverhealth.com/en/members/formulary) o llamar a Servicios para los Miembros.

SECCIÓN 4 Su prima mensual para Clover Health Choice Value (PPO)

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

- Prima del Plan (Sección 4.1)
- Prima de la Parte B de Medicare (Sección 4.2)
- Prima de Beneficios Complementarios Opcionales (Sección 4.3)
- Multa por Inscripción Tardía a la Parte D (Sección 4.4)
- Montos Ajustados Mensuales Relacionados con el Ingreso (Sección 4.5)

En algunos casos, la prima del plan podría ser menor

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. *O BIEN*, el programa "Ayuda adicional" ayuda a las personas con recursos limitados a pagar los medicamentos. La Sección 7 del Capítulo 2 le proporciona más información sobre el programa. Si califica, inscribirse en el programa podría reducir su prima mensual del plan.

Si *ya está inscrito* y recibe ayuda de uno de estos programas, es posible que **la información sobre las primas en esta *Evidencia de Cobertura* no se aplique en su caso**. 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, póngase en contacto con el Departamento de Servicios para los miembros y solicite la "Cláusula adicional LIS".

Las primas de la Parte B y la Parte D de Medicare varían para las personas que tienen distintos ingresos. Si tiene preguntas sobre estas primas, revise su copia del manual *Medicare y Usted 2023*, la sección denominada "Costos de Medicare para 2023". Si necesita una copia, puede descargarla desde el 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 deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 4.1 Prima del plan

Como miembro de nuestro plan, usted paga una prima mensual. En 2023, la prima mensual para Clover Health Choice Value (PPO) será de $35.

Sección 4.2 Prima mensual de la Parte B de Medicare

Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare

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

Sección 4.3 Multa por Inscripción Tardía a la Parte D

En el caso de determinados miembros, se requiere que paguen una **multa por inscripción tardía** a la Parte D. La multa por inscripción tardía a la Parte D es una prima que debe pagar 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.

La multa por inscripción tardía de la Parte D se suma a su prima mensual. Cuando se inscribe por primera vez en Clover Health Choice Value (PPO), le informamos el monto de la multa.

Usted **no** tendrá que pagarla en los siguientes casos:

- Usted recibe "Ayuda Adicional" de Medicare para pagar sus medicamentos con receta.
- Ha pasado menos de 63 días consecutivos sin cobertura acreditable.
- Ha tenido cobertura acreditable para medicamentos a través de otra fuente, como un exempleador, sindicato, TRICARE o 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.

- **Nota:** Cualquier 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.
- **Nota:** 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.

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

- Si transcurrieron 63 días o más sin que tuviera la cobertura de la Parte D u otra cobertura acreditable para medicamentos con receta después de haber sido elegible para inscribirse en la Parte D en primera instancia, el plan contará la cantidad de meses completos que no tuvo cobertura. 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 2023, el monto promedio de esta prima es $32.74. Este monto puede cambiar para el año 2023.
- 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 este ejemplo, sería 14% por $32.74, lo que es igual a $4.5836, Esto se redondea en $4.60. 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.
- 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.

Si no está de acuerdo con su multa por inscripción tardía a la Parte D, usted o su representante pueden solicitar una revisión. 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. Sin embargo, 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.

Sección 4.4 Monto de Ajuste Mensual Relacionado con los Ingresos

Es posible que algunos miembros deban pagar un cargo adicional, conocido como el Monto de Ajuste Mensual Relacionado con los Ingresos de la Parte D, también conocido como IRMAA (Income Related Monthly Adjustment Amount). El cargo adicional se averigua mediante su ingreso bruto ajustado modificado, tal como aparece en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años. Si este monto supera un cierto número, pagará la prima estándar y el IRMAA adicional. Para obtener más información sobre el monto adicional que puede tener que pagar según sus ingresos, visite https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/monthly-premium-for-drug-plans.

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. 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. Si no paga la cantidad adicional, será dado de baja del plan y perderá la cobertura para medicamentos con receta.**

Si no está de acuerdo con pagar un monto adicional, 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 deben llamar al 1-800-325-0778).

SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual

Sección 5.1 Existen diversas formas de pagar la prima de su plan

Puede pagar su prima del plan de tres maneras distintas.

Opción 1: Usted 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 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 3: Deducir la multa de la prima de su cheque mensual del Seguro Social

Cambiar la forma de pago de su prima. Si decide cambiar la forma en que paga su prima del plan, 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 prima mensual se pague a tiempo. Para cambiar su método de pago, llame a Servicios para los Miembros al 1-888-778-1478.

Qué puede hacer si tiene problemas para pagar su prima

Si tiene problemas para pagar la prima a tiempo, si la debe, comuníquese con Servicios para los Miembros para ver si podemos recomendarle programas que lo ayuden a pagar sus costos.

En el momento en que cancelemos su membresía, es posible que aún nos adeude la prima que no ha pagado. Tenemos derecho a solicitar el cobro del monto 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 hemos puesto fin a su membresía de manera indebida, puede presentar un reclamo (también llamado queja); consulte el Capítulo 7 para obtener información sobre cómo presentar una queja. Si se encontraba en una situación de emergencia que no pudo controlar y eso le impidió pagar la prima, si la debe, dentro de nuestro período de gracia, puede presentar una queja. En caso de quejas, revisaremos nuestra decisión nuevamente. En el Capítulo 9, Sección 10 de este documento, se explica cómo presentar una queja, o puede llamarnos al 1-888-778-1478 entre las 8 am y las 8 pm, los 7 días de la semana. 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 5.2 ¿Podemos cambiar su prima mensual del plan durante el año?

No. No se nos permite cambiar el monto que cobramos por la 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, la parte de la prima que debe pagar puede cambiar durante el año. Esto ocurre si resulta elegible para el programa "Ayuda Adicional" o si pierde su elegibilidad para el programa "Ayuda Adicional" durante el año. Si un miembro califica para recibir "Ayuda Adicional" con sus costos de medicamentos con receta, el programa de "Ayuda Adicional" pagará parte de la prima mensual del plan del miembro. Los miembros que pierde su elegibilidad durante el año deberán comenzar a pagar su prima mensual completa. En la Sección 7 del Capítulo 2, encontrará más información sobre el programa de "Ayuda adicional".

SECCIÓN 6 Mantener actualizado su registro de miembro del plan

Su registro de membresía contiene información del formulario de inscripción, incluidos su dirección y número de teléfono. Detalla la cobertura específica de su plan, incluido su proveedor de atención primaria, grupo médico y asociación de médicos independientes (IPA).

Los médicos, hospitales, farmacéuticos y demás proveedores de la red del plan deben tener información correcta sobre usted. **Estos proveedores de la red utilizan su registro de miembro para saber cuáles son los servicios y medicamentos que están cubiertos y los montos de costo compartido.** Por eso, 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. (**Nota:** No está obligado a informar a su plan sobre los estudios de investigación clínica en los que desea participar, pero lo alentamos a que lo haga).

Si alguno de estos datos cambia, llame a Servicios para los Miembros para hacérnoslo saber.

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.

SECCIÓN 7 Cómo funciona otro seguro con nuestro plan

Otro seguro

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. Esto se denomina **Coordinación de Beneficios**.

Una vez por año, le enviaremos una carta con el detalle de las demás coberturas médicas o para medicamentos de las que tengamos conocimiento. Lea atentamente esta información. Si es correcta, no será necesario que haga nada. Si la información es incorrecta, o si tiene otra cobertura que no se encuentra en la lista, llame a Servicios para los Miembros. 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.

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. Si usted tiene otro seguro, informe a su médico, hospital y farmacia.

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 después de que se haya vuelto 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.

CAPÍTULO 2:
Números de teléfono y recursos importantes

SECCIÓN 1 Contactos de Clover Health Choice Value (PPO) (cómo comunicarse con nosotros, incluido cómo puede comunicarse con 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 a Servicios para los Miembros de Clover Health Choice Value (PPO). 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. Servicios para los Miembros está disponible 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	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Servicios para los Miembros está disponible 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	Clover Health Attention: Member Services PO Box 471 Jersey City, NJ 07303
ESCRIBA A	www.cloverhealth.com
SITIO WEB	1-888-778-1478 Las llamadas a este número son gratuitas. Servicios para los Miembros está disponible 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.

Cómo puede comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura o una apelación sobre su atención médica

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 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 solicitar decisiones de cobertura o apelaciones sobre su atención médica o 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 y Apelaciones sobre la Atención Médica
LLAME AL	1-888-778-1478 Las llamadas a este número son gratuitas. Servicios para los Miembros está disponible 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	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Servicios para los Miembros está disponible 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	al 1-800-308-1107 para las Decisiones de Cobertura sobre la Atención Médica al 1-732-412-9706 para Apelaciones sobre la Atención Médica
ESCRIBA A	Clover Health Attention: Utilization Management PO Box 471 Jersey City, NJ 07303 o Clover Health Attention: Appeals Department PO Box 2091 Jersey City, NJ 07303
SITIO WEB	www.cloverhealth.com

Método	Información de contacto para decisiones y apelaciones de cobertura sobre los medicamentos con receta de la Parte D
LLAME AL	1 855 479 3657 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 Atención: Apelaciones y excepciones de la Parte D PO Box 52000, MC109 Phoenix, AZ 85072-2000
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 alguna de nuestras farmacias o 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. 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. Servicios para los Miembros está disponible 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	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Servicios para los Miembros está disponible 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	1-551-227-3962
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 Choice Value (PPO) 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 presentar una queja sobre los medicamentos con receta de la Parte D

Método	Quejas sobre medicamentos con receta de la Parte D. Información de contacto
LLAME AL	1 855 479 3657 Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes de Atención al cliente de CVS Caremark están disponibles durante las 24 horas 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	1-866-217-3353
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 Choice Value (PPO) 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

Si recibió una factura o pagó por servicios (como una factura del proveedor) que considera que nosotros debemos pagar, es posible que deba solicitarnos un reembolso o que paguemos la factura del proveedor. Consulte el Capítulo 7 (Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos).

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

Método	Información de Contacto para Solicitud de Pago de Atención Médica
LLAME AL	1-888-778-1478 Las llamadas a este número son gratuitas. Servicios para los Miembros está disponible 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. Servicios para los Miembros está disponible 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	1 855 479 3657 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	Reclamaciones en Papel de la Parte D de Medicare 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	1-877-486-2048 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.
SITIO WEB	www.medicare.gov Este es el sitio web gubernamental oficial de Medicare. Proporciona información actualizada sobre Medicare y cuestiones actuales relacionadas con Medicare. También contiene información sobre hospitales, hogares de convalecencia, médicos, agencias de atención médica a domicilio y centros de diálisis. Incluye documentos que se pueden imprimir directamente desde su computadora. Además, 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:** Brinda información del estado de elegibilidad de Medicare. • **Buscador de plan de Medicare:** Proporciona información personalizada sobre los planes de medicamentos recetados de Medicare, los planes de salud de Medicare y las pólizas de Medigap (Seguro Suplementario a Medicare) disponibles en su área. Estas herramientas brindan un valor estimativo de los costos que podría pagar de su bolsillo en diferentes un planes de Medicare. También puede usar el sitio web para informar a Medicare sobre cualquier queja que tenga sobre Clover Health Choice Value (PPO): • **Informe a Medicare sobre su queja:** Usted puede enviar una queja contra Clover Health Choice Value (PPO) directamente a Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, ingrese en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma sus quejas con seriedad 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. Encontrarán la información en el sitio web y la revisarán con usted. (Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE [1-800-633-4227], disponible las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa gubernamental que tiene asesores capacitados en cada estado. En New Jersey, al SHIP se lo denomina New Jersey SHIP.

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

Los asesores de New Jersey SHIP pueden ayudarlo con las preguntas o los problemas que tenga con respecto a 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 New Jersey SHIP 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 "**Talk to Someone**" (Hablar con Alguien), en el centro de la página de inicio
- Ahora tiene las siguientes opciones
  - Opción n.º 1: Puede **tener un chat en vivo con un representante de 1-800-MEDICARE**
  - Opción n.º 2: Puede seleccionar su **STATE** (ESTADO) en el menú desplegable y hacer clic en GO (IR). Esto lo llevará a una página que contiene números telefónicos y recursos específicos de su estado.

Método	Información de contacto del Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud (SHIP) de New Jersey
LLAME AL	1-800-792-8820 (dentro del estado únicamente); 1-877-222-3737 (fuera del estado)
TTY/TDD	711

Método	Información de contacto del Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud (SHIP) de New Jersey
ESCRIBA A	Division of Aging and Community Services Department of Health PO Box 715 Trenton, NJ 08625-0715
SITIO WEB	www.state.nj.us/humanservices/doas/services/ship/index.html

SECCIÓN 4 Organización para la Mejora de la Calidad

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

Livanta 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. Livanta es una organización independiente. No tiene ninguna relación con nuestro plan.

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

- Si tiene una queja sobre la calidad de la atención que recibió.
- Si cree que la cobertura para su hospitalización finaliza demasiado pronto.
- Si cree que la cobertura para atención médica a domicilio, servicios en centros de 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 Livanta (Organización para la Mejora de la Calidad de New Jersey)
LLAME AL	1-866-815-5440 De lunes a viernes: de 9 am a 5 pm (hora local) Sábados y domingos: de 11 am a 3 pm (hora local)
TTY/TDD	1-866-868-2289 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.

Método	Información de contacto de Livanta (Organización para la Mejora de la Calidad de New Jersey)
ESCRIBA A	Livanta BFCC-QIO 10820 Guilford Rd, Ste 202 Annapolis Junction, MD 20701-1105
SITIO WEB	www.bfccqioarea1.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. 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 8:00 am a 7:00 pm. Puede utilizar los servicios telefónicos automáticos del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunas gestiones durante las 24 horas.
TTY	1-800-325-0778 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Esta línea atiende de lunes a viernes, de 8:00 am a 7:00 pm.

Método	Información de contacto del Seguro Social
SITIO WEB	www.ssa.gov

SECCIÓN 6 Medicaid

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. Los programas que se ofrecen a través de Medicaid ayudan a las personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare, como las primas de Medicare. Estos "Programas de ahorros de Medicare" son los siguientes:

- **Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, 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 Especificado de Bajos Ingresos (Specified Low-Income Medicare Beneficiary, SLMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunos beneficiarios de SLMB también son elegibles para ser beneficiarios totales de Medicaid [SLMB+]).
- **Persona Calificada (Qualifying Individual, QI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Personas Discapacitadas y Trabajadoras que Califican (Qualified Disabled & Working Individuals, QDWI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A.

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

Método	Información de contacto de New Jersey Medicaid
LLAME AL	1-800-356-1561 (de lunes a viernes, de 8.30 a. m. a 4.30 p. m.)
TTY/TDD	711
ESCRIBA A	Departamento de Servicios Humanos de NJ PO Box 712 Trenton, New Jersey 08625-0712
SITIO WEB	www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid

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

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

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.

Si usted califica de manera automática para recibir "Ayuda adicional", Medicare le enviará una carta por correo. No tendrá que presentar una solicitud. Si no califica de manera automática, 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 deben llamar al 1-877-486-2048, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
- A la oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, entre las 7 a. m. y las 8 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes); o
- A la Oficina de Medicaid de su estado (solicitudes). (Consulte la Sección 6 de este capítulo para obtener información de contacto).

Si cree que reúne los requisitos para recibir "Ayuda Adicional" y que cuando va a la farmacia a comprar un medicamento con receta está pagando una cantidad incorrecta correspondiente al costo compartido, nuestro plan cuenta con 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 correo a Clover Health, PO Box 471, Jersey City, NJ 07303.

Cualquiera de las siguientes puede considerarse evidencia:

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

- Una copia de un documento del estado que confirme el estado activo en Medicaid durante un mes después de junio del año calendario anterior.
- Una copia impresa del archivo electrónico de inscripción del estado en el que se muestre su estado en Medicaid durante un mes después de junio del año calendario anterior.
- Una impresión de la pantalla del sistema de Medicaid del estado en la que se muestre su estado en Medicaid durante un mes después de junio del año calendario anterior.
- Otro documento proporcionado por el estado en el que se muestre su estado en Medicaid durante un mes después de junio del año calendario anterior.
- Una carta de la Administración del Seguro Social (SSA) en la que se indica que la persona recibe ingresos complementarios administrados por el Seguro Social (SSI).
- Una copia del aviso Solicitud enviada por considerarse elegible que confirme que el beneficiario es automáticamente elegible para recibir ayuda adicional.

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

- Un pago de un centro de atención que muestre el pago de Medicaid para un mes calendario completo del individuo durante un mes después de junio del año calendario anterior.
- Una copia de un documento del estado que confirme el pago a Medicaid en representación de la persona al establecimiento durante un mes calendario completo después de junio del año calendario anterior.
- Una impresión de la pantalla del sistema de Medicaid del estado en la que se muestre la situación institucional sobre la base de una estadía de un mes calendario completo por razones de pago de Medicaid, durante un mes después de junio del año calendario anterior.
- Un Aviso de acción, Aviso de decancelacióno Aviso de inscripción enviado por el estado que incluya el nombre del beneficiario y la fecha de elegibilidad para los HCBS durante un mes después de junio del año calendario anterior.
- Plan de servicios de HCBS aprobado por el estado que incluya el nombre del beneficiario y la fecha de entrada en vigencia durante un mes después de junio del año calendario anterior.
- Una carta de aprobación de la autorización previa emitida por el estado para los HCBS que incluya el nombre del beneficiario y la fecha de entrada en vigencia durante un mes después de junio del año calendario anterior.
- Otro documento proporcionado por el estado donde se muestre el estado de elegibilidad para los HCBS durante un mes después de junio del año calendario anterior.
- Un documento emitido por el estado, como una notificación de remesa, que confirme el pago para los HCBS, 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. Comuníquese con Servicios para los Miembros si tiene preguntas.

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

En muchos estados y en las Islas Vírgenes de los Estados Unidos se ofrece ayuda para pagar los medicamentos con receta, las primas del plan de medicamentos u otros costos de medicamentos. 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 en el formulario de ADAP califican para la asistencia de costo compartido de medicamentos con receta a través del ADDP de New Jersey.

Nota: Para ser elegible para el ADAP que opera en su Estado, las personas deben cumplir con ciertos criterios, incluidos una prueba de residencia en el Estado y la condición de VIH, bajos ingresos según cómo lo define el Estado, y la condición de no asegurado/subasegurado. Si cambia de plan, notifique a su trabajador de inscripción local de ADAP para que pueda continuar recibiendo asistencia. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o sobre cómo inscribirse en el programa, llame al ADDP de New Jersey al 1-877-613-4533 o ingrese a www.nj.gov/health/hivstdtb/hiv-aids/medications.shtml.

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 New Jersey, el Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica es la Asistencia Farmacéutica para Personas de Edad Avanzada y Discapacitadas (PAAD) y el Programa de Descuento en Medicamentos con Receta Senior Gold de New Jersey.

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

Método	Información de contacto del Programa de Descuento en Medicamentos con Receta Senior Gold de New Jersey
LLAME AL	1-800-792-9745 (las 24 horas al día, los 7 días de la semana)
TTY/TDD	711
ESCRIBA A	New Jersey Department of Health and Senior Services Senior Gold Prescription Discount Program P.O. Box 715 Trenton, NJ 08625
SITIO WEB	www.state.nj.us/humanservices/doas/services/seniorgold/

SECCIÓN 8 Cómo contactar a la Railroad Retirement Board

La Railroad Retirement Board (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 recibe Medicare a través de la Railroad Retirement Board, es importante que les informe si se muda o cambia su dirección postal. Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios de la Railroad Retirement Board, póngase en contacto con la agencia.

Método	Información de contacto de la Railroad Retirement Board
LLAME AL	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Si presiona "0", podrá hablar con un representante de la Railroad Retirement Board (RRB), 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	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 grupo de jubilados (o el de su cónyuge) como parte de este plan, puede llamar al administrador de beneficios de su empleador o sindicato o al Departamento de Servicios para los Miembros si tiene alguna pregunta. Puede preguntar acerca de los beneficios de salud, las primas o el período de inscripción de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge). (Los números telefónicos de Servicios para los Miembros están impresos en el dorso de este documento). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY: 1-877-486-2048) si tiene preguntas relacionadas con su cobertura de Medicare conforme este plan.

Si tiene otra cobertura para medicamentos con receta a través de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge), póngase en contacto con el **administrador de beneficios de ese grupo**. El administrador de beneficios puede ayudarle a determinar cómo funcionará su cobertura actual para medicamentos con receta en relación con nuestro plan.

CAPÍTULO 3:
Cómo utilizar el plan para sus servicios médicos

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

En este capítulo, se explica lo que usted debe saber sobre cómo utilizar el plan para obtener la cobertura de su atención médica. Incluye definiciones de los términos y explicaciones de las normas que deberá cumplir para obtener los tratamientos médicos, los servicios, los equipos, los medicamentos con receta 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”?

- 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 total. 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.
- Entre los **“servicios cubiertos”** se incluyen toda la atención médica, los servicios de atención médica, el equipo de suministros y los Medicamentos con Receta que cubre nuestro plan. Los servicios cubiertos de atención médica se incluyen en la Tabla de beneficios del Capítulo 4. Sus servicios cubiertos para medicamentos con receta se analizan en el Capítulo 5.

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

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

Clover Health Choice Value (PPO) generalmente cubrirá su atención médica siempre que:

- **La atención que reciba esté incluida en la Tabla de Beneficios Médicos del plan** (la tabla se encuentra en el Capítulo 4 de este documento).

- **La atención que reciba se considere médicamente necesaria.** "Médicamente necesario" significa que los servicios, los suministros, el equipo o los medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su enfermedad y cumplen con los estándares de buenas prácticas médicas aceptados.
- **Usted reciba la atención por parte de un proveedor que es elegible para proporcionar servicios conforme a Medicare Original.** En su condición de miembro de nuestro plan, puede recibir atención de proveedores dentro y fuera de la red (para obtener más información al respecto, consulte la Sección 2 de este capítulo).

Los proveedores de nuestra red se encuentran enumerados en el Directorio de proveedores.

Si utiliza un proveedor fuera de la red, su parte del costo de los servicios cubiertos puede ser más alta.

Tenga en cuenta lo siguiente: Si bien puede recibir atención de un proveedor fuera de la red, este debe ser elegible para participar en Medicare. Salvo en situaciones que requieran atención de emergencia, no podemos pagarle a un proveedor que no reúna los requisitos para participar en Medicare. Si visita a un proveedor que no reúne los requisitos para participar en Medicare, usted será responsable del costo total de los servicios que reciba. Consulte con su proveedor antes de recibir servicios a fin de verificar que reúna los requisitos para participar en Medicare.

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

Sección 2.1 Usted puede elegir un Proveedor de Atención Primaria (Primary Care Provider, PCP) para que proporcione y supervise su atención médica

¿Qué es un "PCP" y qué 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. Aunque nuestro plan no exige que seleccione un PCP, le recomendamos encarecidamente que lo haga, ya que podría haber muchos beneficios por tener uno. Por lo general, un PCP lo asiste en las remisiones a especialistas y proveedores de atención médica 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 indican cuando deciden actuar como PCP para nuestros miembros y prestan servicios de lo siguiente:

- Medicina general
- Medicina familiar
- Medicina interna
- NP (profesionales de enfermería) y PA (asistentes médicos) que forman parte de las

prácticas de atención primaria

Dado que su PCP le proporcionará su atención médica y la coordinará, debe enviar toda su historia clínica anterior 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 puede 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.

Cambiar su PCP

Puede cambiar de PCP por cualquier motivo y en cualquier momento. Además, su PCP podría dejar nuestra red de proveedores y usted tendría que encontrar un nuevo PCP en nuestro plan o pagará más por los servicios cubiertos.

Para cambiar de PCP o si necesita ayuda para buscar uno nuevo, llame al Departamento de 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 otros servicios cubiertos que estaban coordinados por su PCP. Cuando llame, actualizaremos su registro de membresía para que figure 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 lo remita 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. Si su médico o especialista deja de ser parte del 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 se interrumpa, y trabajaremos con usted para asegurarnos de que así sea.
- Si nuestra red no cuenta con un especialista calificado para un servicio cubierto por el plan, debemos cubrir ese servicio con los costos compartidos dentro de la red.
- Si se entera de que su médico o especialista ya no será parte del plan, comuníquese con nosotros a fin de que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor para que administre su atención.
- Si cree que no le proporcionamos un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no se está administrando de manera apropiada, tiene derecho a presentar una queja sobre la calidad de la atención a la Organización para la Mejora de la Calidad (Quality Improvement Organization, QIO), un reclamo sobre la calidad de la atención al plan, o ambos. Consulte el Capítulo 9.

Sección 2.3 Cómo obtener atención de proveedores fuera de la red

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

- Usted puede recibir atención de un proveedor fuera de la red; sin embargo, en la mayoría de los casos, ese proveedor debe reunir los requisitos para participar en Medicare. Salvo en situaciones que requieran atención de emergencia, no podemos pagarle a un proveedor que no reúna los requisitos para participar en Medicare. Si recibe atención de un

proveedor que no reúne los requisitos para participar en Medicare, usted será responsable del costo total de los servicios que reciba. Consulte con su proveedor antes de recibir servicios a fin de verificar que reúna los requisitos para participar en Medicare.

- No es necesario que obtenga una remisión ni autorización previa cuando recibe atención de proveedores fuera de la red. Sin embargo, antes de obtener servicios de proveedores fuera de la red, es conveniente que solicite una decisión de cobertura antes de la consulta para confirmar que los servicios que recibirá están cubiertos y son médicamente necesarios. (Para obtener información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura, consulte la Sección 4 del Capítulo 9). Esto es importante por el siguiente motivo:
    - Si no cuenta con una decisión de cobertura antes de la consulta y más adelante determinamos que los servicios no están cubiertos o que no eran médicamente necesarios, podemos negar la cobertura y usted será responsable del costo total. Si le comunicamos que no cubriremos los servicios, tiene derecho a apelar nuestra decisión de no cubrir su atención. Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9 (Qué hacer si tiene un problema o una queja).
- Es mejor pedirle a un proveedor fuera de la red que primero le facture al plan. Pero, si ya ha pagado por los servicios cubiertos, le reembolsaremos la parte del costo que nos corresponde pagar por los servicios cubiertos. O, si un proveedor fuera de la red le envía una factura a usted y usted considera que nosotros deberíamos pagarla, puede enviárnosla para que realicemos el pago. Consulte el Capítulo 7 (Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos) para obtener información sobre qué hacer si recibe una factura o si necesita solicitar un reembolso.
- Si utiliza un proveedor fuera de la red para recibir atención de emergencia, servicios de urgencia o servicios de diálisis fuera del área, es posible que no deba pagar un monto de costo compartido más alto. Para obtener más información sobre estas situaciones, consulte la Sección 3.

SECCIÓN 3 Cómo 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 (y, si está embarazada, pierda al bebé), una extremidad o las funciones de una extremidad, o que sufra la pérdida o deterioro grave de

una función corporal. 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. No es necesario que use un médico de la red. Puede obtener atención médica de emergencia cubierta siempre que la necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos y sus territorios, y de cualquier proveedor con una licencia estatal adecuada, incluso si no forma parte de nuestra red. Este plan también ofrece cobertura de emergencia/urgencia en todo el mundo.
- **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). Estamos disponibles 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 caso de una emergencia médica?

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. También cubrimos servicios médicos durante la emergencia.

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 siga estando estable. Sus médicos continuarán tratándolo hasta que estos se comuniquen con nosotros y coordinen atención adicional. Nuestro plan cubrirá la atención de seguimiento.

Si usted obtiene su atención de seguimiento de proveedores fuera de la red, pagará el costo compartido fuera de la red más alto.

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

Algunas veces, puede ser difícil darse cuenta de 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 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 era una emergencia, el monto del costo compartido que usted pagará dependerá de si recibe atención de proveedores de la red o

fuera de la red. Si recibe la atención de proveedores de la red, su parte del costo será, generalmente, menor que si recibe atención de proveedores fuera de la red.

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

¿Qué son los “servicios de urgencia”?

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

Si necesita ayuda para encontrar servicios de atención de urgencia, llame a Servicios para los Miembros al número que aparece en el reverso de este manual o visite www.cloverhealth.com/en/members/find-provider para encontrar un proveedor de la red.

Nuestro plan cubre servicios de atención de emergencia y urgencia en todo el mundo fuera de los Estados Unidos en las siguientes circunstancias descritas en la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4 en las secciones Atención de emergencia y Servicios de urgencia.

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.ready.nj.gov para obtener información sobre cómo obtener la atención necesaria durante un desastre.

Si no puede usar 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?

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

Si pagó más de los costos compartidos por los servicios cubiertos de su plan 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 Choice Value (PPO) cubre todos los servicios médicamente necesarios que se enumeran en la Tabla de Beneficios Médicos en el Capítulo 4 de este documento. Si recibe servicios que nuestro plan no cubre, usted es responsable de pagar el costo total de los servicios.

En el caso de los servicios cubiertos que tienen un límite de beneficio, también debe pagar 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 el límite de un beneficio, cualquier servicio que pague en su totalidad no se considerará para su monto máximo de bolsillo. Si quiere saber cuánto ha utilizado del límite de un 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 “estudio clínico”) es una manera que tienen los médicos y científicos de probar nuevos tipos de atención médica, por ejemplo, para averiguar la eficacia de un nuevo medicamento contra el cáncer. Ciertos estudios de investigación clínica están aprobados por Medicare. Los estudios de investigación clínica aprobados por Medicare, por lo general, solicitan voluntarios para participar en el estudio.

Una vez que Medicare aprueba el estudio, y usted expresa interés en participar, alguien que trabaje en el estudio se comunicará 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 si comprende y acepta plenamente lo que implica participar en el estudio.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Medicare Original paga la mayor parte de los costos de los servicios cubiertos que usted recibe como parte del estudio. Si nos informa que usted participa en un estudio clínico calificado, solo es responsable de pagar los costos

compartidos dentro de la red por los servicios de ese estudio. Si pagó más, por ejemplo, si ya pagó el monto de los costos compartidos de Medicare Original, le reembolsaremos la diferencia entre lo que pagó y el costo compartido dentro de la red. Sin embargo, deberá proporcionar la documentación para mostrarnos cuánto pagó. 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 nos informe, o que nosotros o su PCP lo aprobemos. 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.

Aunque no necesita obtener el permiso de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica, lo alentamos a que nos notifique con anticipación cuando decida participar en estudios clínicos calificados por Medicare.

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

Sección 5.2 Cuando 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, Medicare Original cubrirá los 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.

Después de que Medicare haya pagado su parte del costo de estos servicios, nuestro plan pagará la diferencia entre el costo compartido de Medicare Original y el costo compartido dentro de la red como miembro de nuestro plan. Esto significa que usted pagará el mismo monto por los servicios que reciba como parte del estudio que pagaría si recibiera estos servicios de nuestro plan. Sin embargo, debe presentar la documentación que demuestre el monto del costo compartido que pagó. Para obtener información sobre la presentación de solicitudes de pago, consulte el Capítulo 7.

Este es 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 pagará $80 por la prueba y usted

pagará el copago de $20 establecido por Medicare Original. Luego, usted notificará a su plan que recibió un servicio de estudio clínico calificado y enviará la documentación, como una factura del proveedor, al plan. Luego, el plan le pagará directamente $10. Por lo tanto, su pago neto es de $10, el mismo monto que pagaría según los beneficios del plan. Tenga en cuenta que para recibir el pago de su plan, debe presentar la documentación a su plan, como una factura del proveedor.

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

- Por lo general, Medicare no pagará los nuevos productos o servicios que se estén evaluando en el estudio, a menos que Medicare cubriera dicho producto o servicio incluso si usted no participara en un estudio.
- Los productos 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?

Para obtener más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica, visite el sitio web de Medicare y lea o descargue la publicación "Medicare and Clinical Research Studies" (Medicare y los Estudios de Investigación Clínica). (La publicación está disponible en www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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

Sección 6.1 ¿Qué es una institución religiosa no médica de atención de 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. Este beneficio se brinda solo para los servicios para pacientes internados de la Parte A (servicios no médicos de atención de la salud).

Sección 6.2 Recibir Atención de una Institución Religiosa de Atención Sanitaria 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 que "no estén exceptuados" corresponden a la atención o el tratamiento médico voluntarios y que no son obligatorios según la legislación federal, estatal o local.
- La atención o el tratamiento médico "exceptuados" corresponden a la atención o el tratamiento médicos que no se consideran voluntarios o que son obligatorios según la legislación federal, estatal o local.

Para 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 del plan para los servicios que reciba se limita a los aspectos no religiosos de la atención.
- Si obtiene servicios de esta institución en un centro, se aplicarán las siguientes condiciones:

Debe tener una condición médica que le permitiría recibir los servicios cubiertos correspondientes a atención para pacientes internados en un hospital o en un centro de 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 (qué está cubierto y qué paga usted).

SECCIÓN 7 Reglas sobre 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 Choice Value (PPO), en general, usted no adquiere la propiedad del equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) sin importar cuantos copagos hace por el artículo mientras sea miembro de nuestro plan, incluso si hizo hasta 12 pagos consecutivos por el DME bajo Medicare Original antes de inscribirse en nuestro plan. En determinadas circunstancias limitadas, le transferiremos la propiedad del DME. Llame a Servicios para los Miembros a fin de obtener más información.

¿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 realizados mientras está inscrito en su plan no cuentan.

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

Ejemplo 2: Realizó 12, o menos, pagos consecutivos por el artículo en Medicare Original y, luego, se unió a nuestro plan. Usted estaba en nuestro plan, pero no obtuvo la propiedad mientras lo estuvo. Luego, regresa a Medicare Original. Deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos para adquirir la propiedad del artículo una vez que se inscriba nuevamente en Medicare Original. Todos los pagos anteriores (ya sea a nuestro plan o a Medicare Original) no cuentan.

Sección 7.2 Reglas para los equipos de oxígeno, los suministros y el mantenimiento

¿A qué beneficios de equipos de oxígeno puede acceder?

Si califica para la cobertura del equipo de oxígeno de Medicare, Clover Health Choice Value (PPO) cubrirá lo siguiente:

- 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 abandona Clover Health Choice Value (PPO) o ya no necesita médicamente el equipo de oxígeno, debe devolverlo.

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

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

CAPÍTULO 4:
Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

SECCIÓN 1 Explicación de sus costos de bolsillo por servicios cubiertos

En este capítulo, se proporciona una Tabla de Beneficios Médicos con una lista de los servicios cubiertos y el monto que deberá pagar por cada uno como miembro de Clover Health Choice Value (PPO). 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, contiene más información sobre sus coseguros).

La mayoría de las personas que califican para Medicaid o para el programa de Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) nunca deben pagar deducibles, copagos ni coseguros. Si corresponde, asegúrese de mostrar a su proveedor un comprobante de elegibilidad de Medicaid o QMB.

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

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

- Su **monto máximo de bolsillo dentro de la red** es $8,300. Es el monto máximo que usted paga durante un año calendario por los servicios cubiertos de las Partes A y B de Medicare que recibe de proveedores de la red. Los montos que paga por los copagos y el coseguro para los servicios cubiertos de proveedores de la red se tienen en cuenta para el monto máximo de bolsillo dentro de la red. (Los montos que paga por las primas del plan, los medicamentos con receta de la Parte D y los servicios de proveedores fuera de la red no cuentan para su monto máximo de bolsillo dentro de la red. Además, los montos que paga por algunos servicios no se tienen en cuenta para el monto máximo de bolsillo dentro de la red. Estos servicios están marcados con un asterisco en la Tabla de Beneficios Médicos). Si ya pagó $8,300 por los servicios cubiertos de la Parte A y de la

Parte B que recibe de proveedores de la red, no deberá pagar ningún costo a su cargo por el resto del año cuando se atienda con proveedores de nuestra red. No obstante, debe seguir pagando su prima del plan y la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid o cualquier otro tercero pague su prima de la Parte B).

- Su **monto máximo de bolsillo combinado** es $12,450. Es el monto máximo que usted paga durante un año calendario por los servicios cubiertos de las Partes A y B de Medicare que recibe de proveedores dentro y fuera de la red. Los montos que paga por los copagos y el coseguro para los servicios cubiertos se tienen en cuenta para el monto máximo combinado que paga de su bolsillo. (Los montos que paga por las primas de su plan, por su multa por inscripción tardía de la Parte D, si corresponde, y por sus medicamentos con receta de la Parte D no cuentan para su monto máximo de bolsillo combinado. Además, los montos que paga por algunos servicios no se tienen en cuenta para el monto máximo de bolsillo combinado. Estos servicios están marcados con un asterisco en la Tabla de Beneficios Médicos). Una vez que haya pagado $12,450 por los servicios cubiertos, tendrá cobertura del 100% y no deberá pagar ningún costo de su bolsillo para el resto del año por servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B. No obstante, debe seguir pagando su prima del plan y la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid o cualquier otro tercero pague su prima de la Parte B).

Sección 1.5 Nuestro plan no permite que los proveedores le “facturen el saldo”

Como miembro de Clover Health Choice Value (PPO), una protección importante para usted es que solo tiene que pagar su monto de costo compartido cuando obtiene servicios cubiertos por nuestro plan. Los proveedores no pueden agregar cargos adicionales, lo que se denomina “facturación de saldos”. Esta protección se aplica incluso cuando pagamos menos de lo que el proveedor factura por un servicio, aun 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. Generalmente, tendrá copagos más altos cuando reciba atención de proveedores fuera de la red.
- Si su costo compartido es un coseguro (un porcentaje de los cargos totales), entonces 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, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de reembolso del plan (como quedó estipulado en el contrato entre el proveedor y el plan).
    - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red y que participa con Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores participantes.

  - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que no participa con Medicare, entonces usted paga el monto del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores no participantes.

- Si cree que un proveedor le "facturó el saldo", llame a Servicios para los Miembros.

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

En la Tabla de beneficios médicos en las siguientes páginas se enumeran los servicios que cubre Clover Health Choice Value (PPO) y lo que usted paga de su bolsillo por cada servicio. La cobertura para medicamentos con receta de la Parte D se desarrolla en el Capítulo 5. 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 (incluso la atención médica, los servicios, los suministros, el equipo y los medicamentos con receta de la Parte B) 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.
- Algunos de los servicios enumerados en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos como servicios dentro de la red solo si su médico u otro proveedor de la red obtienen la aprobación por adelantado (a veces llamada "autorización previa") de Clover Health Choice Value (PPO).

Los servicios cubiertos que necesitan aprobación por adelantado para tener cobertura como servicios dentro de la red están marcados en **negrita** en la Tabla de Beneficios Médicos.

No necesita obtener aprobación por adelantado para los servicios de proveedores fuera de la red.

- Si bien no necesita obtener aprobación previa para proveedores fuera de la red, usted o su médico pueden solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura por adelantado.

Otros datos importantes que debe conocer sobre su cobertura:

- En el caso de los beneficios en los que el monto de costo compartido es un porcentaje de coseguro, el monto que usted paga depende del tipo de proveedor del cual recibe los servicios:
- Si recibe servicios cubiertos de un proveedor de la red, 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.
- 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.
- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Medicare Original. Para algunos de estos beneficios, usted paga más en nuestro plan de lo que pagaría en Medicare Original. Por otros, usted paga menos. (Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte su manual "Medicare & You" (Medicare y usted) de 2023. 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 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.
- Si Medicare agrega cobertura para cualquier servicio nuevo durante el año 2023, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.
- Comuníquese con nosotros para saber a cuáles beneficios puede acceder exactamente.

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

Tabla de Beneficios Médicos

Servicios cubiertos	**Lo que usted 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:	**DENTRO DE LA RED** Copago de $10 **FUERA DE LA RED**

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
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, enfermedades inflamatorias, enfermedades infecciosas, etc.); • no está asociado con una 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: 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 con las siguientes condiciones: • Tienen una maestría o un doctorado en acupuntura o Medicina Oriental de una escuela acreditada por la Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental (Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine, ACAOM); y • Tienen 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 contar con el nivel apropiado de supervisión de un médico, un	Copago de $50

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
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 solo 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 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.	**DENTRO DE LA RED** **Copago de $235 por cada servicio de transporte terrestre de ida o vuelta cubierto por Medicare.** **Copago de $235 por cada servicio de transporte aéreo de ida o vuelta cubierto por Medicare.** **FUERA DE LA RED** Copago de $235 por cada servicio de transporte terrestre de ida o vuelta cubierto por Medicare. Copago de $235 por cada servicio de transporte aéreo de ida o vuelta cubierto por Medicare.
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.	**DENTRO DE LA RED** Copago de $0 por el examen físico anual. **FUERA DE LA RED** Copago de $0 por el examen físico anual.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
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 en un plazo de 12 meses desde 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.
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 cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
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.	**DENTRO DE LA RED** **Copago de $10 por cada consulta cardíaca cubierta por Medicare.** **Copago de $10 por el servicio de rehabilitación cardíaca intensiva cubierto por Medicare.** **FUERA DE LA RED** Copago de $50 por cada consulta cardíaca cubierta por Medicare. Copago de $50 por el servicio de rehabilitación cardíaca intensiva 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.
Análisis para detectar 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.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
Prueba de detección de cáncer de cuello de útero y de vagina Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Para todas las mujeres: las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos están cubiertos 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.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de 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.	**DENTRO DE LA RED** Copago de $10 para cada consulta cubierta por Medicare. **FUERA DE LA RED** Copago de $50 para cada consulta cubierta por Medicare.
Prueba de detección de cáncer colorrectal Para las personas de 50 años o más, están cubiertos los siguientes estudios: • Sigmoidoscopia flexible (o enema de bario de detección como alternativa) cada 48 meses. Uno de los siguientes cada 12 meses: • Prueba Guaiac de sangre oculta en materia fecal (gFOBT) • Prueba inmunoquímica fecal (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:	**DENTRO DE LA RED** 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 $150 por cada colonoscopia de diagnóstico cubierta por Medicare.**

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
• Colonoscopia de detección cada 10 años (120 meses), pero no dentro de los 48 meses posteriores a una sigmoidoscopia de detección	**Colonoscopia de diagnóstico (hospital para pacientes ambulatorios):** **Copago de $340 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. **FUERA DE LA RED** 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): Coseguro del 40% por cada colonoscopia de diagnóstico cubierta por Medicare. Colonoscopia de diagnóstico (hospital para pacientes ambulatorios):

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
	40% de coseguro 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 dentales En general, los servicios dentales 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. Servicios dentales integrales: • Servicios dentales de restauración • Endodoncia • Periodoncia • Extracciones • Prostodoncia, otra cirugía oral/maxilofacial. Los beneficios dentales complementarios se deben obtener de un proveedor de la red de DentaQuest. Para obtener más información sobre sus beneficios dentales complementarios, incluidas las limitaciones y exclusiones, comuníquese con el	**DENTRO DE LA RED** Servicios dentales preventivos: Exámenes dentales de rutina: *Copago de $0 por cada examen dental de rutina; hasta 1 por año calendario. Limpiezas: *Copago de $0 por cada limpieza; hasta 2 por año calendario. Radiografías: *Copago de $0 por 1 radiografía por año calendario. **Servicios dentales integrales:** **Copago de $10 por servicios cubiertos por Medicare durante una hospitalización de**

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
proveedor de Clover Health, DentaQuest, llamando al 1-855-343-7404.	**gravedad si es médicamente necesario. Se aplican normas relativas al copago para pacientes hospitalizados.** ***Copago de $20 por cada servicio de restauración.** ***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 $1,000 cada año para servicios dentales integrales combinados dentro y fuera de la red no cubiertos por Medicare después de que pague un copago de *$20 por cada servicio.** **FUERA DE LA RED** Servicios dentales preventivos: Exámenes dentales de rutina: *Copago de $0 por cada examen dental de rutina; hasta 1 por año calendario.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
	Limpiezas: *Copago de $0 por cada limpieza; hasta 2 por año calendario. Radiografías: *Copago de $0 por 1 radiografía por año calendario. Servicios dentales integrales: Copago de $50 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. *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 $1,000 cada año para servicios

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
	dentales integrales combinados dentro y fuera de la red no cubiertos por Medicare después de que pague un copago de *$20 por cada servicio.
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 remisiones.	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 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 diabéticas que padecen pie diabético grave: un par de zapatos terapéuticos moldeados a medida por año calendario (incluidas las plantillas para dichos zapatos) y dos pares adicionales de plantillas, o un par de zapatos con profundidad y tres pares de	**DENTRO DE LA RED** 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. Suministros para el control de la diabetes de un proveedor de DME: coseguro del 20%

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
plantillas (sin incluir las plantillas extraíbles no hechas a medida que vienen con dichos zapatos). La cobertura incluye la adaptación. • La capacitación para lograr un autocontrol de la diabetes está cubierta siempre que se cumpla con ciertos requisitos.	**FUERA DE LA RED** 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. Suministros para el control de la diabetes de un proveedor de DME: coseguro del 30%
Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados (En el Capítulo 12, así como en la Sección 7 del Capítulo 3 de este documento, encontrará una definición de "equipo médico duradero"). Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, camas de hospital recetadas por un proveedor para usar en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos para la generación del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores y andadores. Cubrimos todo 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. Por lo general, Clover Health Choice Value (PPO) cubre cualquier DME cubierto por Medicare Original de las marcas y los fabricantes que se encuentran en esta lista. No cubriremos otros fabricantes y marcas, a menos que su médico o su otro proveedor indiquen que la marca es la adecuada para sus necesidades médicas. Sin embargo, si es un miembro nuevo de Clover Health Choice Value (PPO) y utiliza una marca de DME que no figura en nuestra lista, continuaremos	**DENTRO DE LA RED** **20 % del costo total para equipos médicos duraderos cubiertos por Medicare.** **Su distribución de costos para la cobertura del equipo de oxígeno de Medicare es un coseguro del 20% cada vez que obtenga equipos o suministros cubiertos.** Su costo compartido no cambiará durante 36 meses luego de la inscripción en nuestro plan. Si antes de inscribirse en nuestro plan realizó 36 meses de pagos de alquiler por la cobertura del equipo de oxígeno, su costo

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
con la cobertura de esta marca durante un máximo de 90 días. Debería hablar con su médico durante este tiempo para decidir qué marca es médicamente apropiada para usted después de este período de 90 días. (Si no está de acuerdo con su médico, puede pedirle que lo remita a otro médico con el fin de recibir una segunda opinión). Usted (o su proveedor) puede presentar una apelación si no está de acuerdo con la decisión de cobertura del plan. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con la decisión de su proveedor acerca de los productos o marcas que son apropiados para su condición médica. (Para obtener más información sobre las apelaciones, consulte el Capítulo 9 "Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas.")	compartido en nuestro plan es un 20% de coseguro. **FUERA DE LA RED** 30 % del costo total para equipos médicos duraderos cubiertos por Medicare. Su distribución de costos para la cobertura del equipo de oxígeno de Medicare es un coseguro del 30% cada vez que obtenga equipos o suministros cubiertos. Su costo compartido no cambiará durante 36 meses luego de la inscripción en nuestro plan. Si antes de inscribirse en nuestro plan realizó 36 meses de pagos de alquiler por la cobertura del equipo de oxígeno, su costo compartido en nuestro plan es un 30% de coseguro.
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 (y, si está embarazada, pierda al bebé), una extremidad	**DENTRO DE LA RED** Copago de $95 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.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
o la función 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 prestados dentro de la red. Clover Health Choice Value (PPO) cubre hasta $25,000 por año calendario para atención de emergencia, atención de urgencia y servicios de ambulancia internacionales. Se aplican los copagos correspondientes.	**FUERA DE LA RED** Copago de $95 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 para pacientes internados en un hospital después de que su situación de emergencia se estabiliza, debe trasladarse a un hospital de la red para pagar el monto del costo compartido dentro de la red de la parte de su estadía posterior a su estabilización. Si se queda en el hospital fuera de la red, su estadía estará cubierta, pero usted deberá pagar el monto del costo compartido fuera de la red de la parte de su estadía posterior a su estabilización.
Programas educativos sobre salud y bienestar Los miembros de Clover Health pueden obtener una membresía del Programa de Acondicionamiento Físico Fitness Program a través de nuestro socio, SilverSneakers®. Los miembros pueden participar en actividades que incluyen natación recreativa, ejercicios aeróbicos 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	Copago de $0 por membresía de SilverSneakers®.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
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.	
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, y están disponibles en opciones de estilo recargables (por un adicional de $50 por audífono). 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	**DENTRO DE LA RED** Exámenes auditivos: Copago de $10 por cada examen auditivo de diagnóstico cubierto por Medicare. *Copago de $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 por audífono para audífonos Advanced a través de un proveedor de TruHearing. *Copago de $999 por audífono para audífonos Premium a través de un proveedor de TruHearing. Un adicional de *$50 por audífono Premium para opciones recargables. **FUERA DE LA RED**

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
Los costos asociados con los elementos no incluidos son responsabilidad del miembro y no están cubiertos por el plan.	Exámenes auditivos: Copago de $50 por cada examen auditivo de diagnóstico cubierto por Medicare. *Copago de $0 por 1 examen auditivo de rutina cada año. Audífonos: Hasta 2 audífonos por año (uno por oído por año). *Copago de $999 por audífono.
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, 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.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
Atención médica a domicilio Antes de que reciba 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.	**DENTRO DE LA RED** **No se requiere coseguro, copago ni deducible para los servicios atención médica a domicilio cubiertos por Medicare.** **FUERA DE LA RED** 50% del costo total por servicios de 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). 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 que no está cubierta de otra manera por el beneficio del 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	**DENTRO DE LA RED** **20% del costo total por tratamientos de infusión en el hogar cubiertos por Medicare** **FUERA DE LA RED** 40% del costo total por tratamientos de infusión en el hogar cubiertos por Medicare

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
Atención en un hospicio 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. Usted puede recibir atención a través de un programa de hospicio certificado por Medicare. Su plan está obligado a ayudarlo a encontrar un programa para enfermos terminales certificado por Medicare en el área de servicios del plan, incluidos aquellos que la organización de MA posee, controla o sobre los que tiene un interés financiero. 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. Cuando es admitido en un centro para enfermos terminales, tiene derecho a permanecer en su plan. Si decide permanecer en su plan, debe continuar pagando las primas de este. <u>Para servicios de atención para pacientes terminales y servicios que estén cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y estén relacionados con su diagnóstico terminal:</u> Medicare Original (en lugar de nuestro plan) pagará a su proveedor de cuidados paliativos por sus servicios para pacientes terminales y cualquier servicio de la Parte A y la Parte B relacionado con su pronóstico terminal. Mientras esté en el programa de hospicio, su proveedor del hospicio facturará a Medicare Original por los servicios que este cubra. Se le facturará el costo compartido de Medicare Original. <u>Para los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que no se relacionan con su diagnóstico de enfermedad terminal:</u> Si necesita servicios que no sean de urgencia o de emergencia que 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 y sigue las normas del plan (por ejemplo, si hay un requisito para obtener una autorización previa).	Cuando se inscribe en un programa de hospicio certificado por Medicare, Medicare Original, no Clover Health Choice Value (PPO), 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 usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
• Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red y sigue las normas del plan para obtener el servicio, solo pagará el monto de costo compartido del plan para servicios dentro de la red • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, paga el costo compartido del plan por los servicios fuera de la red Para los servicios que están cubiertos por Clover Health Choice Value (PPO) pero no están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare: Clover Health Choice Value (PPO) continuará cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no estén cubiertos por la Parte A o la Parte B, estén o no relacionados con su diagnóstico terminal. Usted paga el monto del costo compartido de su plan por estos servicios. Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por los beneficios de la Parte D del plan: Si estos medicamentos no están relacionados con su afección terminal en un centro para enfermos terminales, usted paga la distribución de costos. Si están relacionados con su afección terminal en un centro para enfermos terminales, usted paga la distribución de costos de Medicare Original. 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 que no sea de un hospicio (atención que no está relacionada con su diagnóstico 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.	
Inmunizaciones Los servicios cubiertos de la Parte B de Medicare incluyen los siguientes: • Vacuna contra la neumonía. • Vacunas antigripales, una vez en cada temporada de gripe en el otoño y el invierno, y vacunas antigripales adicionales si son médicamente necesarias.	No se requiere un coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, la gripe, la hepatitis B y el COVID-19.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
• 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.	
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 empieza el día en que se lo 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. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje. • Servicios por abuso de sustancias para pacientes internados. En 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, nos encargaremos de que su caso sea revisado por un centro de trasplantes aprobado por Medicare, que decidirá si usted es candidato para un trasplante. Los	**DENTRO DE LA RED** Se cobra un costo compartido por cada hospitalización. **Copago de $340 por día para los días 1 a 4 por cada estadía.** **Copago de $0 por día para los días 5 a 365 para cada hospitalización.** **FUERA DE LA RED** Se cobra un coseguro por cada hospitalización. Coseguro del 40% 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 usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
proveedores de trasplantes pueden ser locales o estar 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 Choice Value (PPO) 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 concentrado de glóbulos rojos comienza a partir de la cuarta pinta de sangre que usted necesite; debe pagar por las 3 primeras pintas de sangre que reciba en un año calendario o donar la sangre usted mismo o pedirle a alguien más que done. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta de sangre utilizada. • Servicios médicos. **Nota:** Para que sea paciente internado, el proveedor debe presentar 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. 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!" (¿Es un paciente internado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡Consulte!). La hoja de datos se encuentra disponible en internet en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o si llama al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.	
Servicios para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico	**DENTRO DE LA RED**

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
• 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 de pacientes internados en un hospital psiquiátrico. El límite de atención hospitalaria 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 $340 por día para los días 1 a 4 por cada estadía.** **Copago de $0 por día para los días 5 a 90 de cada hospitalización.** **FUERA DE LA RED** Se cobra un coseguro por cada hospitalización. Coseguro del 40% para cada hospitalización.
Hospitalización: servicios cubiertos recibidos en un hospital o en un centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF) 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. • 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	**Usted puede pagar el costo compartido correspondiente por otros servicios, como si se estuvieran prestando para un paciente ambulatorio. Consulte los beneficios correspondientes en la sección de esta Evidencia de cobertura.**

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
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 otro 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. 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.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio del MDPP.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
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. • Determinados medicamentos para autodiálisis en su casa, incluso heparina, el antídoto para la heparina cuando sea médicamente necesario, anestésicos tópicos y fármacos estimuladores de la eritropoyesis (por ejemplo, Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp® o Darbepoetin Alfa) • Inmunoglobulinas intravenosas para el tratamiento a domicilio de deficiencias inmunitarias primarias. El 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.	**DENTRO DE LA RED** **Medicamentos para quimioterapia de la Parte B de Medicare y su administración:** **El 20% del costo total para medicamentos cubiertos por Medicare y su administración.** **Otros medicamentos de la Parte B de Medicare y su administración:** **El 20% del costo total para otros medicamentos de la Parte B cubiertos por Medicare.** Los medicamentos de la Parte B pueden estar sujetos a los requisitos de la terapia escalonada. **FUERA DE LA RED** Medicamentos para quimioterapia de la Parte B de Medicare y su administración: El 40% del costo total para medicamentos cubiertos por Medicare y su administración. Otros medicamentos de la Parte B de Medicare y su administración:

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
En el Capítulo 5, se explica el beneficio para medicamentos con receta de la Parte D y se indican las normas que deben seguirse a fin de recibir cobertura para los medicamentos con receta. Lo que usted paga por los medicamentos con receta de la Parte D a través de nuestro plan se incluye en el Capítulo 6.	El 40% del costo total para otros medicamentos de la Parte B cubiertos por Medicare. Los medicamentos de la Parte B pueden estar sujetos a los requisitos de la terapia escalonada.
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: • Los medicamentos para el tratamiento asistido por medicamentos (Medication-Assisted Treatment, MAT) de agonistas y antagonistas opioides aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA). • 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.	**DENTRO DE LA RED** **Copago de $10 por servicios de tratamiento de opioides cubiertos por Medicare.** **FUERA DE LA RED** Copago de $50 por cada servicio de tratamiento de opioides cubierto por Medicare.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes ambulatorios 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 concentrado de glóbulos rojos comienza a partir de la cuarta pinta de sangre que usted necesite; debe pagar por las 3 primeras pintas de sangre que reciba en un año calendario o donar la sangre usted mismo o pedirle a alguien más que done. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta de sangre utilizada. • Otras pruebas radiológicas de diagnóstico para pacientes ambulatorios (p. ej., MRI, CT, PET).	**DENTRO DE LA RED** **Radiografías para pacientes ambulatorios:** **Copago de $15 por cada radiografía cubierta por Medicare.** **Procedimientos y pruebas de diagnóstico:** **Copago de $50 por cada procedimiento y prueba de diagnóstico para pacientes ambulatorios cubierto por Medicare en un consultorio, copago de $100 en un centro de imágenes y un copago de $175 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. **Servicios de radiología terapéutica (como radioterapia para el cáncer):** **Copago de $60 por cada servicio de radiología terapéutica cubierto por Medicare en un**

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
	consultorio o centro ambulatorio. **Suministros médicos y quirúrgicos:** **20 % del costo total para suministros cubiertos por Medicare.** **Los Servicios de Laboratorio Cubiertos por Medicare son los siguientes:** **Copago de $0 por cada servicio cubierto por LabCorp.** **Copago de $10 por cada servicio no cubierto por LabCorp.** $0 de copago por servicios de laboratorio de COVID-19. Servicios de sangre: Copago de $0. **Otros servicios de radiología de diagnóstico:** **Copago de $100 por cada servicio de radiología de diagnóstico cubierto por Medicare en un consultorio o centro de imágenes y copago de $175 por cada servicio de radiología de diagnóstico cubierto por Medicare en un centro ambulatorio.** Si recibe múltiples servicios de radiología en el mismo

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
	lugar el mismo día, solo se aplica el copago máximo. **FUERA DE LA RED** Radiografías para pacientes ambulatorios: Coseguro del 40% por cada radiografía cubierta por Medicare. Procedimientos y pruebas de diagnóstico: Coseguro del 40% por cada procedimiento y prueba diagnóstica para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare en un consultorio, un centro de diagnóstico por imagen o un centro para pacientes ambulatorios. El copago por mamografía de diagnóstico no se aplicará si hay una mamografía de detección el mismo día. Servicios de radiología terapéutica (como radioterapia para el cáncer): 40% de coseguro por cada servicio de radiología terapéutica cubierto por Medicare en un consultorio o un centro ambulatorio. Suministros médicos y quirúrgicos: Coseguro del 30% del costo total para los suministros cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
	Servicios de laboratorio: Coseguro del 40% por cada servicio de laboratorio cubierto por Medicare. $0 de copago por servicios de laboratorio de COVID-19. Servicios de sangre: Coseguro del 40% Otros servicios de radiología de diagnóstico: Coseguro del 40% por cada servicio de radiología de diagnóstico cubierto por Medicare en un consultorio, un centro de imágenes o un centro ambulatorio. Si recibe múltiples servicios de radiología en el mismo lugar el mismo día, solo se aplica el copago máximo.
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. A fin de que los servicios de observación en el 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.	**DENTRO DE LA RED** Copago de $340 por cada servicio de observación cubierto por Medicare. Su copago puede cambiar si el servicio de observación para pacientes ambulatorios conduce a una cirugía ambulatoria. Consulte la sección “Cirugía ambulatoria” de esta tabla para obtener más información.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
Nota: A menos que el proveedor haya emitido por escrito una orden de admisión para usted como paciente internado, es un paciente ambulatorio y paga los montos del costo compartido por los servicios hospitalarios para pacientes 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, debe preguntarle al 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!" (¿Es un paciente internado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡Consulte!). La hoja de datos se encuentra disponible en internet en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o si llama al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.	**FUERA DE LA RED** Coseguro del 40% por cada servicios de observación cubierto por Medicare. Su copago o coseguro pueden cambiar si el servicio de observación para pacientes ambulatorios conduce a una cirugía ambulatoria. Consulte la sección "Cirugía ambulatoria" de esta tabla para obtener más información.
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 una 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 emitido por escrito una orden de admisión para usted como paciente internado, es un	**DENTRO DE LA RED** **Servicios en un establecimiento de cuidados ambulatorios:** **Copago de $340 por cada servicio hospitalario para pacientes ambulatorios cubierto por Medicare.** Servicios de emergencia: Consulte la sección "Atención de emergencia" en esta tabla. Servicios de observación: Consulte la sección "Servicios de observación en hospital para pacientes ambulatorios" en esta tabla.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
paciente ambulatorio y paga los montos del costo compartido por los servicios hospitalarios para pacientes 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, debe preguntarle al 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!" (¿Es un paciente internado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡Consulte!). La hoja de datos se encuentra disponible en internet en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o si llama al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.	Cirugía ambulatoria: Consulte la sección "Cirugía para pacientes ambulatorios, 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 ambulatorios" de esta tabla. Atención de salud mental y hospitalización parcial: Consulte las secciones "Atención de salud mental para pacientes ambulatorios" 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 ambulatorios" de esta tabla. Medicamentos y productos biológicos que no se puede administrar por sus propios medios: Consulte la sección "Medicamentos con receta

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
	de la Parte B de Medicare" de esta tabla. **FUERA DE LA RED** Servicios en un establecimiento de cuidados ambulatorios: Coseguro del 40% por cada servicio hospitalario para pacientes ambulatorios cubierto por Medicare. Servicios de emergencia: Consulte la sección "Atención de emergencia" en esta tabla. Servicios de observación: Consulte la sección "Servicios de observación en hospital para pacientes ambulatorios" en esta tabla. Cirugía ambulatoria: Consulte la sección "Cirugía para pacientes ambulatorios, 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

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
	suministros para pacientes ambulatorios" de esta tabla. Atención de salud mental y hospitalización parcial: Consulte las secciones "Atención de salud mental para pacientes ambulatorios" 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 ambulatorios" de esta tabla. Medicamentos y productos biológicos que no se puede administrar por sus propios medios: Consulte la sección "Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare" de esta tabla.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
Atención de salud mental para pacientes ambulatorios 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.	**DENTRO DE LA RED** **Terapia individual y grupal para pacientes ambulatorios:** **Copago de $10 para cada consulta cubierta por Medicare.** **FUERA DE LA RED** Terapia individual y grupal para pacientes ambulatorios: Copago de $50 para cada consulta cubierta por Medicare.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje. Los servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios 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).	**DENTRO DE LA RED** **Fisioterapia y terapia del habla y del lenguaje:** **Copago de $10 para cada consulta cubierta por Medicare.** **Terapia ocupacional:** **Copago de $10 para cada consulta cubierta por Medicare.** **FUERA DE LA RED** Fisioterapia y terapia del habla y del lenguaje: Copago de $50 para cada consulta cubierta por Medicare. Terapia ocupacional: Copago de $50 para cada consulta cubierta por Medicare.
Servicios por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios Los servicios por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios incluyen sesiones individuales y grupales para tratar la dependencia de sustancias químicas.	**DENTRO DE LA RED** **Consulta de terapia individual o grupal:** **Copago de $10 para cada consulta cubierta por Medicare.** **FUERA DE LA RED**

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
	Consulta de terapia individual o grupal: Copago de $50 para cada consulta cubierta por Medicare.
Cirugía ambulatoria, incluidos los servicios prestados en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros quirúrgicos ambulatorios **Nota:** Si va a someterse a una cirugía en un hospital, debe verificar con su proveedor si usted será tratado como paciente hospitalizado o como paciente ambulatorio. A menos que el proveedor otorgue una orden por escrito para admitirlo como paciente internado en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de costos compartidos por la cirugía ambulatoria. Incluso si usted permanece en el hospital durante la noche, puede ser considerado un "paciente ambulatorio".	**DENTRO DE LA RED** **Centro quirúrgico ambulatorio:** **Copago de $150 para cada servicio cubierto por Medicare.** **Cirugía para pacientes ambulatorios en un hospital:** **Copago de $340 por cada servicio cubierto por Medicare.** **Cirugía ambulatoria realizada durante la observación:** **Copago de $340 por cada servicio de observación cubierto por Medicare que conduzca a cirugía ambulatoria.** **FUERA DE LA RED** Centro quirúrgico ambulatorio: Coseguro del 40% por cada servicio cubierto por Medicare. Cirugía para pacientes ambulatorios en un hospital:

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
	Coseguro del 40% por cada servicio cubierto por Medicare. Cirugía ambulatoria realizada durante la observación: Coseguro del 40% por cada servicio de observación cubierto por Medicare que dé lugar a la realización de una cirugía ambulatoria. Consulte la sección "Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios" en esta tabla.
Productos de venta libre Usted es elegible para recibir una asignación de $30 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 pueden realizarse por teléfono al 1-844-529-5869, TTY/TDD: 1-877-672-2688, de lunes a viernes, de 8 am a 11 pm, hora del este, 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 cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
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.	**DENTRO DE LA RED** **Copago de $10 por servicios cubiertos por Medicare.** **FUERA DE LA RED** Coseguro del 40% para servicios cubiertos por Medicare.
Servicios médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Servicios quirúrgicos o de atención médica necesarios llevados a cabo en un consultorio médico, centro quirúrgico ambulatorio certificado, departamento para pacientes ambulatorios de un hospital o cualquier otra ubicación. • Consultas, 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. • Ciertos servicios de telesalud, incluidos los siguientes: Servicios Hospitalarios para Pacientes Internados Agudos, Servicios de Centro de Enfermería Especializada (SNF), Servicios del Médico de Atención Primaria (Primary Care Physician, 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.	**DENTRO DE LA RED** Consulta con un proveedor de atención primaria (PCP): Copago de $0 para cada consulta cubierta por Medicare. Consulta con un especialista: Copago de $10 para cada consulta cubierta por Medicare. Servicios de telesalud: Copago de $0 por cada servicio de telesalud cubierto por Medicare proporcionado por un PCP. Copago de $10 por cada servicio de telesalud cubierto por Medicare proporcionado por un especialista. **FUERA DE LA RED**

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
• 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** o la consulta no se relaciona con una visita al consultorio de los últimos 7 días **y** o 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:** o No es un paciente nuevo **y** o la evaluación no se relaciona con una visita al consultorio de los últimos 7 días **y** o 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).	Consulta con un proveedor de atención primaria (PCP): Copago de $35 para cada consulta cubierta por Medicare. Consulta con un especialista: Copago de $50 para cada consulta cubierta por Medicare. Sin cobertura para los servicios de telesalud.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
Servicios de podiatría Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (por ejemplo, dedo en martillo o espolones calcáneos). • Atención de rutina de los pies para los miembros que padecen determinadas afecciones que comprometen las extremidades inferiores.	**DENTRO DE LA RED** Copago de $10 para cada consulta de podiatría cubierta por Medicare. **FUERA DE LA RED** Copago de $50 para cada consulta de podiatría cubierta por Medicare.
Pruebas de detección de cáncer de próstata Para los hombres de 50 años o más, los servicios cubiertos incluyen los siguientes estudios una vez cada 12 meses: • Examen de tacto rectal. • Pruebas de antígeno prostático específico (PSA).	No se requiere coseguro, copago ni deducible para un análisis del antígeno prostático específico (PSA) anual.
Dispositivos protésicos y suministros relacionados Dispositivos (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, 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).	**DENTRO DE LA RED** **Dispositivos protésicos: 20% del costo total por artículos cubiertos por Medicare.** **Suministros médicos relacionados: 20 % del costo total para suministros cubiertos por Medicare.** **FUERA DE LA RED** Dispositivos protésicos: 30% del costo total por artículos cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
	Suministros médicos relacionados: 30 % 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.	**DENTRO DE LA RED** **Rehabilitación pulmonar: Copago de $10 para cada servicio de rehabilitación pulmonar cubierto por Medicare.** **FUERA DE LA RED** Rehabilitación pulmonar: Copago de $50 para 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 proporcionar sus antecedentes médicos básicos. Una vez registrados, los miembros pueden ver al primer médico disponible o pedir una	Copago de $0 por servicios de tecnología de acceso remoto a través de Teladoc.

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

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
Prueba de detección de cáncer de pulmón mediante tomografía computarizada de baja dosis (Low Dose Computed Tomography, LDCT) Para las personas que reúnen los requisitos, se cubre una LDCT cada 12 meses. **Los miembros elegibles son** personas de entre 50 y 77 años que no tienen signos o síntomas de cáncer de pulmón, pero tienen antecedentes de consumo de tabaco de 20 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 compartida que cumple con los criterios de Medicare para dichas consultas. En el caso de las pruebas de detección de cáncer de pulmón mediante LDCT después de la primera LDCT: el miembro debe recibir un pedido por escrito para la prueba de detección de cáncer de pulmón mediante LDCT, la cual puede hacerse durante cualquier consulta calificada con un médico o especialista no médico calificado. Si un médico o un profesional no médico calificado elige realizar una consulta de asesoramiento de detección y de toma de decisiones compartida para realizar una prueba de detección de cáncer de pulmón con LDCT posterior, la consulta debe cumplir con los criterios de Medicare.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta de asesoramiento y de toma de decisiones compartida cubierta por Medicare ni para la LDCT.
Prueba de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y asesoramiento para prevenir las ETS Brindamos cobertura para los exámenes de detección de enfermedades venéreas (STI, por sus siglas en inglés), tales como la clamidia, la gonorrea, la sífilis y la hepatitis B. Estos exámenes están cubiertos para las mujeres embarazadas y ciertas personas con mayor riesgo de contraer enfermedades venéreas si las pruebas son ordenadas por un proveedor de atención primaria. 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	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de pruebas de detección de STI y asesoramiento cubierto por Medicare.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
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.	
Servicios para tratar enfermedades renales Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Servicios educativos sobre enfermedades renales para enseñar acerca del cuidado del riñón y ayudar a los miembros a tomar decisiones fundamentadas sobre su atención. En el caso de los miembros con enfermedad renal crónica en etapa IV, cuando son remitidos por su médico, cubrimos hasta seis sesiones de servicios educativos sobre la enfermedad renal de por vida. • Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios (incluidos los tratamientos de diálisis cuando se encuentre temporalmente fuera del área de servicio, tal como se explica en el Capítulo 3), o cuando su proveedor de este servicio no esté disponible o usted no pueda acceder a él temporalmente. • 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, ayudarlo en casos de emergencia y 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”.	**DENTRO DE LA RED** 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 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. **FUERA DE LA RED** 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 de apoyo a domicilio cubiertos por Medicare. Diálisis renal: 40 % del costo total para diálisis renal, equipo y suministros para pacientes

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
	ambulatorios cubiertos por Medicare.

Cuidados en un centro de enfermería especializada (SNF) (En el Capítulo 12 de este documento, 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. • 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 concentrado de glóbulos rojos comienza a partir de la cuarta pinta de sangre que usted necesite; debe pagar por las 3 primeras pintas de sangre que reciba en un año calendario o donar la sangre usted mismo o pedirle a alguien más que done. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta de sangre utilizada. • Suministros médicos y quirúrgicos que habitualmente proporcionan los SNF. • Pruebas de laboratorio que habitualmente se realizan en los SNF. • Radiografías y otros servicios de radiología que habitualmente se realizan en los SNF. • Uso de aparatos, como sillas de ruedas, que habitualmente proporcionan los SNF. • Servicios de médicos o profesionales. Generalmente, la atención de 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).	**DENTRO DE LA RED** **Estadías en SNF cubiertas por Medicare:** **Copago de $0 por día para los días 1 a 20 por cada estadía.** **Copago de $196 por día para los días 21 a 100 por cada estadía.** **FUERA DE LA RED** 40% del costo total por cada estadía. No se requiere hospitalización previa. 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. El período de beneficios 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

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
• Un SNF donde su cónyuge esté viviendo en el momento en que usted se retire del hospital.	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 sin costo para usted. El asesoramiento de cada intento para dejar de fumar incluye hasta cuatro consultas personales. Si consume tabaco y se le diagnosticó una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando algún medicamento que puede verse afectado por el tabaco: Cubrimos los servicios de asesoramiento para dejar de fumar. 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.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos para dejar de fumar y consumir tabaco cubiertos por Medicare.
Terapia de ejercicio supervisado (SET) La Terapia de Ejercicio Supervisado (Supervised Exercise Therapy, SET) está cubierta para los miembros que tienen enfermedad arterial periférica sintomática (Peripheral Artery Disease, PAD). 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: • Debe consistir en sesiones que duren entre 30 y 60 minutos, y que consten de un programa de capacitación y ejercicios terapéuticos para PAD 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.	**DENTRO DE LA RED** **Copago de $10 por cada sesión de SET para PAD cubierta por Medicare.** **FUERA DE LA RED** Copago de $50 por cada sesión de SET para PAD cubierta por Medicare.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
• Debe contar con la supervisión directa de un médico, asistente médico, profesional de enfermería o especialista en enfermería clínica, que debe estar capacitado en técnicas de 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 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, pero, dadas sus circunstancias, no es posible, o no es razonable, obtener los servicios de proveedores de la red. Algunos ejemplos de servicios de urgencia que el plan debe cubrir fuera de la red son los siguientes: i) usted necesita atención inmediata durante el fin de semana o ii) está temporalmente fuera del área de servicio del plan. Por ejemplo, necesita atención inmediata durante el fin de semana. Los servicios deben ser médicamente necesarios de inmediato. 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 Choice Value (PPO) cubre hasta $25,000 por año calendario para atención de emergencia, atención de urgencia y servicios de ambulancia internacionales. Se aplican los copagos correspondientes.	**DENTRO DE LA RED** Copago de $30 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. **FUERA DE LA RED** Copago de $30 por cada consulta de atención de urgencia cubierta por Medicare. Copago de $40 por atención de urgencia en todo el mundo. El copago no se aplica si usted ingresa al hospital dentro de las 24 horas.
Atención de la visión Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:	**DENTRO DE LA RED**

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
• 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. Los beneficios de la visión complementarios de rutina se deben obtener de un proveedor dentro de la red de EyeQuest. Para obtener más información sobre sus beneficios de la visión complementarios de rutina, comuníquese con el proveedor de Clover Health, EyeQuest, llamando al 1-855-343-7404.	Exámenes de la vista: Copago de $10 por cada examen cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar enfermedades de los ojos. *Copago de $0 por 1 examen de la vista de rutina por año calendario. Debe hacerse su examen de la vista de rutina a través de un proveedor de EyeQuest. Pruebas de detección de glaucoma: Copago de $0 por 1 prueba de detección de glaucoma por año calendario. Lentes: Copago de $0 por 1 par de anteojos o lentes de contacto cubiertos por Medicare después de cada cirugía de cataratas. *Copago de $0 por 1 par de lentes de contacto o anteojos (lentes y/o marcos) de rutina por año calendario. *El plan pagará hasta $100 por año calendario combinado dentro y fuera de la red por lentes de contacto o anteojos (lentes o marcos) de rutina. **FUERA DE LA RED** Exámenes de la vista:

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
	Copago de $50 por cada examen cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar enfermedades de los ojos. *Copago de $0 por 1 examen de la vista de rutina por año calendario. Pruebas de detección de glaucoma: Copago de $0 por 1 prueba de detección de glaucoma por año calendario. Lentes: Copago de $0 por 1 par de anteojos o lentes de contacto cubiertos por Medicare después de cada cirugía de cataratas. *Copago de $0 por 1 par de lentes de contacto o anteojos de rutina por año calendario. *El plan pagará hasta $100 por año calendario para anteojos o lentes de contacto de rutina dentro y fuera de la red combinado.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
Consulta preventiva "Bienvenido a Medicare" El plan cubre la consulta preventiva única "Bienvenido a Medicare". La consulta incluye una revisión de su salud, como también educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita (incluidas ciertas pruebas de detección y vacunas) y remisiones a otro tipo de atención si fuera necesario. **Importante:** Cubrimos la consulta preventiva de "Bienvenida a Medicare" solamente dentro de los primeros 12 meses de cobertura de la Parte B de Medicare. Cuando haga su cita, informe al consultorio del médico que le gustaría programar su consulta preventiva de "Bienvenida 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)

En esta sección, se le informa qué servicios están "excluidos" de la cobertura de Medicare y, por lo tanto, no están cubiertos por este plan.

En la siguiente tabla, se enumeran los servicios y artículos que no están cubiertos en ninguna circunstancia o solo están cubiertos en determinadas circunstancias.

Si usted obtiene servicios que están excluidos (no cubiertos), deberá pagarlos por su cuenta. excepto en las condiciones específicas que se enumeran 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.

La única excepción es si se presenta una apelación por el servicio y se decide que es un servicio médico que deberíamos haber pagado o cubierto debido a su situación en particular. (Para obtener información acerca de cómo apelar una decisión que tomamos sobre no prestar cobertura para un servicio médico, consulte la Sección 5.3 del Capítulo 9 de este documento).

Servicios no cubiertos por Medicare	Sin cobertura en cualquier circunstancia	Con cobertura solo en circunstancias específicas
Acupuntura.		Disponible para personas con dolor lumbar crónico en determinadas circunstancias.

Servicios no cubiertos por Medicare	Sin cobertura en cualquier circunstancia	Con cobertura solo en circunstancias específicas
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.
Cuidado de custodia. El cuidado de custodia es el cuidado que no requiere atención continua de parte de personal médico o paramédico capacitado, por ejemplo, la ayuda en las actividades cotidianas, como bañarse o vestirse.	✓	
Medicamentos, equipos y procedimientos médicos y quirúrgicos experimentales. Los procedimientos y productos experimentales son aquellos que Medicare Original determina que no están generalmente aceptados por la comunidad médica.		Medicare Original podría cubrirlos en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o mediante 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 las personas que viven en su hogar.	✓	
Atención de enfermería de tiempo completo en su casa.	✓	
Entrega de comidas a domicilio.	✓	

Servicios no cubiertos por Medicare	Sin cobertura en cualquier circunstancia	Con cobertura solo en circunstancias específicas
Servicios domésticos que incluyen tareas básicas de asistencia en el hogar, como tareas de limpieza simples o preparación de comidas sencillas.	✓	
Servicios de naturopatía (tratamientos naturales o alternativos).	✓	
Atención odontológica que no sea de rutina		Se puede cubrir la atención odontológica requerida para tratar una enfermedad o lesión como atención para pacientes internados o ambulatorios.
Zapatos ortopédicos o dispositivos ortopédicos para los pies.		Zapatos que forman parte de un dispositivo ortopédico de la pierna y están incluidos en el costo de este. Zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas que padecen pie diabético.
Objetos personales en su habitación del hospital o centro de enfermería especializada, como un teléfono o televisor.	✓	
Habitación privada en un hospital.		Solo se cubre cuando es médicamente necesario.
Reversión de procedimientos de esterilización o suministro de anticonceptivos no recetados.	✓	
Atención quiropráctica de rutina.		Se cubre la manipulación manual de la columna para corregir una subluxación.
Exámenes de la vista de rutina, anteojos, queratotomía radial, cirugía LASIK y otros dispositivos de ayuda para baja visión.		Se cubren examen de la vista y un par de anteojos (o lentes de contactos) para personas después de una cirugía de cataratas.

Servicios no cubiertos por Medicare	Sin cobertura en cualquier circunstancia	Con cobertura solo en circunstancias específicas
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.	✓	

CAPÍTULO 5:
Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

SECCIÓN 1 Introducción

En este capítulo, **se explican las normas para utilizar la cobertura para los medicamentos de la Parte D.** Consulte el Capítulo 4 para conocer los beneficios para medicamentos de la Parte B de Medicare y los beneficios para medicamentos para enfermos terminales.

Sección 1.1 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:

- Debe tener un proveedor (un médico, dentista u otro emisor de la receta) que le emita una receta que debe ser válida según la ley estatal vigente.
- La persona que emita la receta no debe estar en las Listas de Exclusión de Medicare.
- 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” para abreviarla). (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 Utilice 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” hace referencia a todos los medicamentos con receta de la Parte D que aparecen en la Lista de Medicamentos del plan.

Sección 2.2 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, visitar nuestro sitio web (www.cloverhealth.com/en/members/find-provider) o llamar al Departamento de Servicios para los Miembros.

Puede ir a cualquiera de las farmacias de la red. Algunas de nuestras farmacias de la red proporcionan un costo compartido preferido, que puede ser menor que el costo compartido en una farmacia que ofrece una distribución de costos 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 variar para diferentes medicamentos si se comunica con nosotros.

¿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 a la que ha acudido permanece en la red, pero ya no ofrece costo compartido preferido, tal vez quiera cambiar a una red diferente o de farmacia preferida, si está disponible. Para encontrar otra farmacia en su área, puede obtener ayuda de Servicios para los Miembros o utilizar 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 tratamientos 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 tiene dificultad para acceder a sus beneficios de la Parte D en un centro de LTC, comuníquese con Servicios para los Miembros.
- Las 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:** Esta situación debería producirse en raras ocasiones).

Para encontrar una farmacia especializada, busque en el Directorio de Farmacias o llame a Servicios para los Miembros.

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, se le enviará un pedido de la farmacia de venta 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 1-855-479-3657 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:

- Utilizó los servicios de pedido por correo con este plan en el pasado o
- O si se inscribió para la entrega automática de todas las recetas nuevas recibidas directamente de los proveedores de atención médica. Para solicitar la entrega automática de todas las nuevas recetas en cualquier momento debe ingresar a su cuenta de caremark.com o llamar al Servicio al Cliente de CVS Caremark al 1-855-479-3657.

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 de forma automática cada receta nueva, comuníquese con nosotros mediante su cuenta en caremark.com o mediante una llamada al Servicio al Cliente de CVS Caremark al 1-855-479-3657.

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 comunicará 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 de forma inmediata. . Es importante que responda cada vez que la farmacia se comunique con usted para informar si desea enviar, demorar o cancelar la nueva receta.

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. 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 utilizar el programa de resurtido automático, pero aún desea que la farmacia de pedido por correo le envíe su receta, comuníquese con su farmacia 15 días antes de que se le acabe su receta actual. Esto garantizará que su pedido se le envíe a tiempo.

Para cancelar la suscripción a nuestro programa desde el cual se preparan de forma automática resurtidos de pedido por correo, ingrese a su cuenta en Caremark.com o comuníquese con nosotros mediante una llamada al Servicio al Cliente de CVS Caremark al 1-855-479-3657.

Si recibe por correo un resurtido automático que no desea, puede ser elegible para un reembolso.

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).

1. Algunas farmacias minoristas de nuestra red le permitirán obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento (que ofrecen costo compartido preferido) a un monto de costo compartido más bajo. Es posible que otras farmacias minoristas no

acepten los montos de costo compartido más bajos. En este caso, usted deberá pagar la diferencia. En el Directorio de farmacias, se detallan las farmacias en nuestra red que proporcionan suministros a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar a Servicios para los Miembros para obtener más información.

2. También puede recibir medicamentos de mantenimiento a través de nuestro programa de venta por correo. Consulte la Sección 2.3 para obtener más información.

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

En determinadas circunstancias, su medicamento con receta puede estar cubierto

Por lo general, cubrimos los medicamentos que se obtienen en una farmacia fuera de la red solo si no puede utilizar una farmacia de la red. Para 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. Primero **consulte con el Departamento de Servicios para los Miembros** para ver si hay alguna farmacia de la red cercana. Es muy probable 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.

A continuación se describen las situaciones en las que cubriríamos los medicamentos recetados obtenidos en farmacias que no pertenecen a la red:

- La receta corresponde a una emergencia médica o atención urgente
- No puede obtener un medicamento cubierto en un momento de necesidad, ya que no hay farmacias de la red abiertas las 24 horas dentro de una distancia razonable en automóvil.
- La receta corresponde a un medicamento que está agotado en una farmacia minorista accesible de la red o de venta por correo (incluidos medicamentos únicos y de alto costo).
- Si usted es evacuado o desplazado de otra manera de su hogar debido a un desastre federal u otra declaración de emergencia de salud pública
- 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, 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 acudir a una farmacia fuera de la red, generalmente deberá pagar el costo total (en lugar de pagar la parte del costo que habitualmente le corresponde) cuando le surtan su receta. Puede solicitarnos que le reembolsemos la parte que nos corresponde pagar del costo del medicamento. (En la Sección 2.1 del Capítulo 7, se explica cómo puede solicitar un reembolso al plan).

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

Sección 3.1 En la "Lista de Medicamentos" se le informa qué medicamentos de la Parte D tienen cobertura

El plan tiene una "Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)". En esta Evidencia de Cobertura, **la denominamos "Lista de Medicamentos", para abreviar.**

El plan, con la colaboración de un equipo de médicos y farmacéuticos, selecciona los medicamentos de la lista. La lista se aprobó por Medicare y cumple con sus requisitos.

Los medicamentos de la Lista de Medicamentos son solo aquellos que tienen cobertura de la Parte D de Medicare.

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 el uso del medicamento ya sea que:

- La Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) aprobó el medicamento para el diagnóstico o la condición para la cual se recetó.
- -- o -- Está respaldado por ciertas referencias, tales como la información sobre medicamentos del American Hospital Formulary Service y el Sistema de Información DRUGDEX.

En la Lista de Medicamentos se incluyen medicamentos de marca, medicamentos genéricos y biosimilares.

Un medicamento de marca es un medicamento con receta que se vende con un nombre comercial propiedad del fabricante del medicamento. Los medicamentos de marca que son más complejos que los medicamentos típicos (por ejemplo, medicamentos que se basan en una proteína) se

denominan “productos biológicos”. En la lista de medicamentos, cuando nos referimos a “medicamentos” podría significar un medicamento o un producto biológico.

Un medicamento genérico es un medicamento con receta que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Dado que los productos biológicos son más complejos que los medicamentos típicos, en lugar de tener una forma genérica, tienen alternativas que se denominan “biosimilares”. Por lo general, los genéricos y biosimilares funcionan tan bien como el medicamento de marca o el producto biológico y suelen costar menos. Existen sustitutos de medicamentos genéricos o alternativas biológicas disponibles para muchos medicamentos de marca y algunos productos biológicos.

Lo que no se incluye en la Lista de medicamentos

El plan no cubre todos los medicamentos con receta.

- En algunos casos, la ley no permite que ningún plan de Medicare cubra ciertos tipos de medicamentos (para obtener más información sobre 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. En algunos casos, quizás pueda obtener un medicamento que no esté en la lista. Para obtener más información, consulte el Capítulo 9.

Sección 3.2 Hay 5 “niveles de costo compartido” para los medicamentos de la Lista de Medicamentos

Todos los medicamentos de la Lista de medicamentos del plan se encuentran en uno de los 5 niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor sea el nivel de costo compartido, mayor será 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.
- En el Nivel 5 de costo compartido (el nivel más alto de costo compartido) se incluyen 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 con respecto a 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 fomentar que usted y su proveedor usen los medicamentos de las formas más eficaces. Para averiguar si alguna de estas restricciones se aplica a un medicamento que está tomando o desea tomar, consulte la Lista de medicamentos. Si un medicamento seguro y de costo más bajo funciona tan bien como uno de mayor costo desde el punto de vista médico, las normas del plan están destinadas a alentarlos a usted y a su proveedor a usar esa opción más económica.

Tenga en cuenta que, en ocasiones, un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra Lista de medicamentos. Esto se debe a que los mismos medicamentos pueden diferir según la concentración, cantidad o presentación del medicamento con receta por su proveedor de atención médica, y pueden aplicarse diferentes restricciones o costos compartidos a las diferentes versiones del medicamento (por ejemplo, 10 mg en lugar de 100 mg; una por día en lugar de dos por día, o tableta en lugar de líquido).

Sección 4.2 ¿Qué tipos de restricciones?

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

Si hay una restricción para su medicamento, por lo general significa que usted o su proveedor deberán seguir pasos adicionales para que nosotros cubramos el medicamento. Comuníquese con el Departamento de Servicios para los Miembros para saber qué deben hacer

usted o su proveedor para conseguir la cobertura del 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. (Consulte el Capítulo 9)

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 haya disponible una versión genérica de un medicamento de marca, las farmacias de nuestra red le proporcionarán la versión genérica en lugar del medicamento de marca.** Sin embargo, si su proveedor nos informó el motivo médico por el cual ni el medicamento genérico ni otros medicamentos cubiertos que tratan la misma condición 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**". Esto se aplica para garantizar la seguridad de los medicamentos y ayudar a guiar el 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 la Medicamento A no es efectiva para usted, el plan cubrirá la Medicamento B. Este requisito de probar primero otro medicamento se denomina "**terapia escalonada**".

Límites de cantidades

En el caso de ciertos medicamentos, limitamos la cantidad que puede recibir cada vez que surte su receta. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro tomar solo una píldora al día de un medicamento determinado, podemos limitar la cobertura de su medicamento con receta a no más de una píldora por día.

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

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

Hay situaciones en las cuales un medicamento con receta que está tomando, o un medicamento que usted y su proveedor piensan que debería estar tomando, no está en nuestro formulario o está pero 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 explica en la Sección 4.
- 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.
- Hay algunas cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera que usted querría que lo estuviera. 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 aparece en la Lista de Medicamentos o si aparece pero está restringido de alguna manera?

Si su medicamento no está en la Lista de Medicamentos o está pero restringido, le presentamos algunas opciones:

- Puede obtener un suministro temporal del medicamento.
- Puede cambiar a otro medicamento.
- Puede solicitar una excepción y pedirle al plan que cubra el medicamento o que retire las restricciones del medicamento.

Puede obtener un suministro temporal

En determinadas circunstancias, el plan debe proporcionar un suministro temporal de un medicamento que ya esté tomando. Este suministro temporal le da un margen para hablar con su proveedor acerca del cambio en la cobertura y decidir qué hacer.

Para ser elegible para un suministro temporal, el medicamento que haya estado tomando **ya no debe estar en la Lista de Medicamentos del plan** O **debe tener algún tipo de restricción en la actualidad**.

- **Si es un miembro nuevo,** cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros **90 días** de su membresía dentro del plan**.**
- **Si usted estaba en el plan el año pasado,** cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros 90 días del año calendario.
- 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 miembros que han estado en el plan durante más de 90 días, están internados en un centro de cuidados a largo plazo y necesitan un suministro de inmediato:**

  Cubriremos un suministro de emergencia para 31 días de un medicamento particular, o menos si así se indica en su receta. Esto es complementario al suministro temporal mencionado.
- 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. Si tiene preguntas sobre un suministro temporal, llame a Servicios para los Miembros.

En el período durante el cual usted esté tomando el suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se agote este suministro temporal. Tiene dos opciones:

1) Puede cambiar a otro medicamento

Hable con su proveedor para saber si hay 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.

2) Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitarle al plan que haga una excepción y cubra el medicamento en la forma en que desearía que estuviera cubierto. Si su proveedor dice que usted tiene razones médicas que justifican que nos pida una excepción, su proveedor puede ayudarle a solicitar una excepción. 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 actualmente es miembro y un medicamento que está tomando se retirará del formulario o tendrá algún tipo de restricción el próximo año, le informaremos de cualquier cambio antes del nuevo año. Puede solicitar una excepción antes del próximo año y le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de 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 para saber qué debe hacer. Allí también se mencionan los procedimientos y plazos que ha establecido Medicare para asegurarse de que su solicitud se maneje en forma inmediata y justa.

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, hable 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. Llame a Servicios para los Miembros para 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.

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. Allí también se mencionan los procedimientos y plazos que ha establecido Medicare para asegurarse de que su solicitud se maneje en forma inmediata y justa.

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

SECCIÓN 6 ¿Qué sucede si 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, desde el plan se podrían implementar cambios en la Lista de Medicamentos. Por ejemplo, el plan podría hacer lo siguiente:

- **Agregar o quitar medicamentos de la Lista de medicamentos.**
- **Pasar un medicamento a un nivel de costo compartido más alto o más bajo.**
- **Añadir o eliminar una restricción en la cobertura de un medicamento**.
- **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, publicamos información en nuestro sitio web sobre esos cambios. También actualizamos nuestra Lista de Medicamentos en línea de forma regular. A continuación, señalamos los momentos en los que recibirá un aviso directo si se realizan cambios sobre un medicamento que usted esté tomando.

Cambios en su cobertura para medicamentos que lo afectan durante el año actual del plan

- **Un nuevo medicamento genérico reemplaza un medicamento de marca en la Lista de Medicamentos (o cambiamos el nivel de costo compartido, agregamos nuevas restricciones al medicamento de marca o ambos)**
    - Podemos eliminar de forma inmediata un medicamento de marca de nuestra Lista de Medicamentos si lo reemplazamos con una versión genérica recientemente aprobada del mismo medicamento. El medicamento genérico aparecerá en el mismo nivel de costo compartido o uno más bajo y con las mismas restricciones o menos. Podríamos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de Medicamentos, pero inmediatamente moverlo a un nivel de costo compartido más alto, agregar nuevas restricciones o ambas cosas cuando se sume el nuevo genérico.

  - Quizás no le avisemos por anticipado que realizaremos ese cambio, incluso si actualmente está tomando el medicamento de marca. Si está tomando el medicamento de marca en el momento en que realizamos el cambio, le proporcionaremos información sobre los cambios específicos. 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.
  - Usted o la persona que emite recetas pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento de marca para usted. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9.

- **Medicamentos inseguros y otros medicamentos en la Lista de medicamentos que se retiran del mercado**
  - A veces, un medicamento puede considerarse inseguro o ser retirado del mercado por otra razón. Si esto ocurre, podríamos eliminar de forma inmediata el medicamento de la Lista de Medicamentos. Si está tomando ese medicamento, se lo informaremos 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 en la Lista de Medicamentos, cambiar el nivel de costo compartido, agregar nuevas restricciones al medicamento de marca o ambas cosas. También podríamos realizar cambios basados en recuadros de advertencia de la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) o nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare.
  - En el caso de estos cambios, debemos notificarle con, al menos, 30 días de anticipación acerca del cambio o avisarle y proporcionar un resurtido para 30 días del medicamento que esté tomando en una farmacia de la red.
  - Después de recibir la notificación del cambio, debe trabajar con el proveedor para cambiar a un medicamento diferente para el que tengamos cobertura o para satisfacer cualquier nueva restricción sobre el medicamento que esté tomando.
  - Usted o la persona que emite recetas pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento para usted. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9.

Cambios en la Lista de Medicamentos que no lo afectan durante este año del plan

Podemos realizar ciertos cambios en la Lista de Medicamentos que no se describen anteriormente. En estos casos, el cambio no se aplicará a usted si está tomando el medicamento

cuando se realice el cambio; sin embargo, es probable que estos cambios lo afecten a partir del 1 de enero del siguiente año del plan si permanece en el mismo plan.

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

- Pasamos su medicamento a un nivel de costo compartido más alto.
- Imponemos una nueva restricción con respecto al uso de su medicamento.
- Retiramos su medicamento de la Lista de Medicamentos.

Si cualquiera de estos cambios ocurre con un medicamento que esté tomando (exceptuando 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, es probable que no vea ningún aumento en sus pagos ni cualquier otra restricción agregada a su uso del medicamento.

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

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

Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no están cubiertos

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

Si recibe algún medicamento que esté excluido, deberá pagarlo usted mismo. Si usted apela y se determina que el medicamento solicitado no está excluido en la Parte D, lo pagaremos o le daremos cobertura. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión, consulte el Capítulo 9).

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 o sus territorios.

- Nuestro plan, por lo general, no puede cubrir el uso para una indicación no autorizada. "Uso para una indicación no autorizada" es cualquier uso distinto al indicado en la etiqueta de un medicamento aprobado por la FDA.
- La cobertura "del uso no indicado en la etiqueta" se permite solo 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.

Además, por ley, las siguientes 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 utilizados para fines estéticos o para promover el crecimiento del cabello.
- Vitaminas con receta y productos minerales, excepto las vitaminas prenatales y preparaciones de flúor.
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de 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 las pruebas asociadas o los servicios de supervisión se le compren exclusivamente al fabricante.

Además, si está **recibiendo "Ayuda Adicional" para** pagar sus medicamentos con receta, el programa de "Ayuda Adicional" no pagará los medicamentos que, por lo general, no cubre. No obstante, si tiene una cobertura para medicamentos a través de Medicaid, el programa Medicaid de su estado puede cubrir algunos medicamentos con receta que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos con receta 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 Cómo surtir una receta

Sección 8.1 Proporcione la información de su membresía

Para surtir una receta, proporcione la información de membresía de su plan, que puede encontrar en su tarjeta de membresía, en la farmacia de la red que elija. La farmacia de la red le facturará de forma automática al plan nuestra parte del costo de sus medicamentos. Usted deberá pagarle a la farmacia su parte del costo en el momento de retirar su medicamento con receta.

Sección 8.2 ¿Qué sucede si no tiene la información de la membresía a mano?

Si usted no tiene la información de su membresía del plan en el momento de surtir la receta, usted o la farmacia pueden llamar 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, por lo general 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 con receta, siempre y cuando estos cumplan con todas nuestras normas para la cobertura que se describen en este Capítulo.

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

Por lo general, un centro de atención a largo plazo (Long-Term Care, LTC) (como un hogar de convalecencia) tiene su propia farmacia o usa una farmacia que suministra medicamentos para todos sus residentes. Si usted reside en un centro LTC, puede obtener sus medicamentos con receta a través de la farmacia del centro o la farmacia que se use desde el centro, siempre y cuando sea parte de nuestra red.

Consulte el Directorio de Farmacias para averiguar si la farmacia de su centro de LTC o la que utiliza forma parte de nuestra red. Si no lo es, o si necesita más información o asistencia, comuníquese con el Departamento de Servicios para los Miembros. 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.

¿Qué sucede si usted reside en un centro de cuidado a largo plazo (LTC) y necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de Medicamentos o que tiene algún tipo de restricción?

Consulte la Sección 5.2 para obtener información sobre un suministro temporal o de emergencia.

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

Si actualmente tiene otra cobertura para medicamentos con receta a través de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge), comuníquese 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 tiene cobertura de grupo de empleados o jubilados, la cobertura para medicamentos que obtiene de nosotros será secundaria a su cobertura de grupo. 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".

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 la notificación de cobertura acreditable, solicite una copia al administrador de beneficios del grupo del empleador o de jubilación, al empleador o al sindicato.

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

Los hospicios y nuestro plan no cubren el mismo medicamento a la vez. Si está inscrito en un hospicio de Medicare y necesita ciertos medicamentos (p. ej., contra las náuseas, un laxante, un analgésico o un ansiolítico) que no estén cubiertos 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 estos medicamentos que deberían estar cubiertos por nuestro plan, solicite a su proveedor de cuidados paliativos o al emisor de recetas que lo notifiquen antes de que se surta su receta.

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

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.

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
- Medicamentos que pueden no ser seguros o apropiados debido a su edad o sexo.
- Ciertas combinaciones de medicamentos que podrían hacerle daño si se toman al mismo tiempo.
- Recetas para medicamentos que tienen ingredientes a los que usted es alérgico
- Posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que 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

Contamos con un programa que ayuda a garantizar que los miembros usen de manera segura opioides con receta y 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. Si lo ubicamos en nuestro Programa de Administración de Medicamentos (Drug Management Program, DMP), las limitaciones pueden ser las siguientes:

- 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 planificamos limitar cómo puede obtener estos medicamentos o cuánto puede obtener, le enviaremos una carta con anticipación. En la carta se explicarán las limitaciones que consideramos que debemos aplicar a su caso. Tendrá la oportunidad de decirnos qué médicos o farmacias prefiere usar y de brindarnos otro tipo de información que considere que es importante que sepamos. 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 o con la limitación, usted y la persona que emite las recetas tienen derecho a presentar una apelación. Si decide presentar una apelación, revisaremos su caso y 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.

No se lo ubicará en el DMP si usted tiene ciertas condiciones médicas, como dolor relacionado con el cáncer activo 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. Un programa es llamado Programa de Manejo del Tratamiento Farmacológico (Medication Therapy Management, MTM). Estos programas son voluntarios y gratuitos. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrolló los programas para ayudarnos a garantizar que nuestros miembros obtengan el mayor beneficio de los medicamentos que toman.

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 Manejo del Tratamiento Farmacológico (Medication Therapy Management, MTM). Un farmacéutico u otro profesional de la salud llevarán a cabo una revisión integral de sus medicamentos. Durante la revisión, puede hablar sobre sus medicamentos, los costos o cualquier problema o pregunta que tenga sobre sus medicamentos con receta y de venta libre. Recibirá un

resumen escrito que contiene una lista de tareas recomendadas que incluye los pasos que debe seguir para obtener los mejores resultados de sus medicamentos. También obtendrá una lista de medicamentos donde se incluirán todos los medicamentos que está tomando, qué cantidad 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 hablar con su médico sobre su lista de tareas recomendadas y la lista de medicamentos. Lleve el resumen 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 al día (por ejemplo, con su identificación) si acude al hospital o a la sala de urgencias.

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. Si tiene preguntas sobre estos programas, llame a nuestro departamento de Servicios para los Miembros.

CAPÍTULO 6:
Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D

¿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, póngase en contacto con el Departamento de Servicios para los miembros y solicite la "Cláusula adicional LIS".

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Use este capítulo junto con otros materiales donde se explica su cobertura para medicamentos

Este capítulo se centra en lo que usted paga por 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 comprender la información sobre pagos, necesita saber los conceptos básicos sobre qué medicamentos están cubiertos, dónde puede surtir sus recetas y cuáles son las normas que debe seguir cuando recibe sus medicamentos cubiertos. En el Capítulo 5, entre las Secciones 1 y 4, se explican estas reglas.

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

Existen diferentes tipos de costos que paga de su bolsillo por medicamentos de la Parte D. El monto que paga por un medicamento se denomina "costo compartido", y hay tres maneras en las que se le puede solicitar que pague, que se detallan a continuación:

- 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 usted paga cada vez que surte una receta.
- El **"coseguro"** es un porcentaje del costo total que usted paga cada vez que surte una receta.

Sección 1.3 Cómo calcula Medicare los costos que paga de su bolsillo

Medicare tiene normas acerca de lo que cuenta y lo que no cuenta como costos que paga de su bolsillo. Estas son las normas que debemos seguir para llevar un registro de los costos que paga de su bolsillo por medicamentos.

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

Entre los gastos que paga de su bolsillo se incluyen los pagos que aparecen a continuación (siempre que correspondan a los medicamentos cubiertos de la Parte D y usted cumpla con las normas de cobertura para medicamentos, que se explican en el Capítulo 5):

- El monto que paga por los medicamentos cuando está en cualquiera de las siguientes etapas de pago de medicamentos:
  - La Etapa del deducible.
  - La Etapa de cobertura inicial.
  - La Etapa del período sin cobertura.
- Cualquier pago que efectuó durante este año calendario como 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 "Ayuda Adicional" de Medicare.
- Se incluyen algunos pagos realizados por el Programa de Descuentos para el Período sin Cobertura de Medicare. Se incluye el monto que el fabricante paga por los medicamentos de marca. Pero no se incluye el monto que el plan paga por sus medicamentos genéricos.

Paso a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas:

Cuando usted (o los que pagan en su nombre) haya pagado de su bolsillo un total de $7,400 en el año calendario, pasará de la Etapa del período sin cobertura a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

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

Entre los costos que paga de su bolsillo **no se incluyen** ninguno de estos tipos de pagos:

- Su prima mensual.
- 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 mencionadas anteriormente, paga parte o la totalidad de los costos que paga de su bolsillo por medicamentos, usted debe informarle a nuestro plan al respecto mediante una llamada a los Servicios para los Miembros.

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

- **Nosotros le ayudaremos.** En el informe de Explicación de Beneficios (Explanation of Benefits, EOB) de la Parte D que recibe se incluye la cantidad actual de los costos que paga de su bolsillo. Cuando este monto alcance los $7,400 en este informe se le avisará cuando pase de la Etapa de Período sin Cobertura a la Etapa de Cobertura en Situaciones Catastróficas.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** En la Sección 3.2 se describe lo que usted puede hacer para asegurarse de que los registros que tengamos de lo que ha gastado estén completos y actualizados.

SECCIÓN 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 Choice Value (PPO)?

Mensaje importante sobre lo que pagará por la insulina: no pagará más de $35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar en qué nivel de costo compartido se encuentre, incluso si no ha pagado su deducible.

Existen cuatro "etapas de pago de medicamentos" para su cobertura para medicamentos con receta en Clover Health Choice Value (PPO). El monto que paga depende de la etapa en la que se encuentre en el momento que obtenga un medicamento con receta o un resurtido. Los detalles de cada etapa se encuentran entre las Secciones 4 y 7 de este capítulo. Las etapas son las siguientes:

Etapa 1: Etapa de Deducible Anual

Etapa 2: Etapa de Cobertura Inicial

Etapa 3: Etapa de Período sin Cobertura

Etapa 4: Etapa de Cobertura en Situaciones Catastróficas

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 los "**costos totales por medicamentos**". Esta es la cantidad que paga de su bolsillo o que otros pagan en su nombre más la cantidad que paga el plan.

Si a usted le resurtieron una o más recetas a través del plan durante el mes anterior, le enviaremos una explicación de los beneficios de la Parte D (“EOB de la Parte D”). 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 e información sobre aumentos de precio 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 disponibles que tienen un costo compartido más bajo para cada reclamación de receta.

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 cada vez que obtenga el surtido de una receta.** Esto nos ayuda a asegurarnos de que sepamos cuáles son las recetas que usted surte y qué está pagando.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** Es posible que, en ocasiones, usted pague el costo total de un medicamento con receta. En estos casos, no obtendremos de forma automática la información que necesitamos para hacer un seguimiento de los costos que paga de su bolsillo por medicamentos. Para ayudarnos a llevar un registro de los costos que paga de su bolsillo por medicamentos, envíenos copias de sus recibos. Estos son ejemplos de cuándo debe proporcionarnos copias de sus recibos de 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.

- (Si se le cobra un medicamento cubierto, puede solicitar que nuestro plan pague nuestra parte del costo. Para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo, vaya a la Sección 2 del Capítulo 7.

- **Envíenos la información sobre los pagos que terceros hayan realizado por usted.** Los pagos realizados por ciertas personas y organizaciones también se tienen en cuenta para los costos que paga de su bolsillo. 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. Lleve un registro de estos pagos y envíenos sus notas para que podamos hacer un seguimiento de sus costos.
- **Revise el informe que le enviamos por escrito.** Cuando reciba una EOB de la Parte D, léala para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si cree que falta algo o si tiene alguna pregunta, llámenos al Departamento de Servicios para los Miembros. Si desea recibir una explicación en forma electrónica de la Explicación de beneficios de la Parte D, puede crear una cuenta a través de nuestro gerente 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.

SECCIÓN 4 Durante la Etapa del Deducible, usted paga el costo total de sus medicamentos de los Niveles 2, 3, 4 y 5

La Etapa del deducible es la primera etapa de pago de la cobertura para medicamentos. Usted pagará un deducible anual de $480 para los medicamentos de los Niveles 2, 3, 4 y 5. **Usted paga el costo total de los medicamentos de los Niveles 2, 3, 4 y 5** hasta que llegue al monto del deducible del plan. Para todos los demás medicamentos, no tendrá que pagar ningún deducible. El **"costo total"** suele ser inferior al precio total habitual del medicamento, puesto que el plan ha negociado costos más bajos para la mayoría de los medicamentos en farmacias de la red.

Una vez que haya pagado $480 por los medicamentos de los Niveles 2, 3, 4 y 5, sale de la Etapa del Deducible y pasa a 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.
- En el Nivel 5 de costo compartido (el nivel más alto de costo compartido) se incluyen 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. Los costos podrían ser más bajos en las farmacias que ofrecen costo compartido preferido.
- Una farmacia que no está en la red de nuestro plan. Cubrimos medicamentos con receta obtenidos en farmacias fuera de la red solamente en situaciones limitadas. Para saber cuándo cubriremos un medicamento con receta obtenido en una farmacia fuera de la red, consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5.
- La farmacia de pedido por correo del plan.

Para obtener más información sobre estas opciones de farmacias y el surtido de las recetas, consulte el Capítulo 5 y el Directorio de Farmacias del plan.

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

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

Como se muestra en la tabla siguiente, el monto del copago o coseguro depende del nivel de costo compartido.

A veces, el costo del medicamento es menor que su copago. En estos casos, usted paga el precio más bajo por el medicamento en lugar del copago.

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

Nivel	**Costo compartido minorista estándar (dentro de la red)** (suministro de 30 días como máximo)	**Costo compartido minorista preferido (dentro de la red)** (suministro de 30 días como máximo)	**Costo compartido de 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 $12	Copago de $2	Copago de $12	Copago de $12
Nivel 2 de costo compartido (**Medicamentos genéricos**)	Coseguro del 25%	Coseguro del 22%	Coseguro del 25%	Coseguro del 25%
Nivel 3 de costo compartido (**Medicamentos de marca preferidos**)	Coseguro del 25%	Coseguro del 22%	Coseguro del 25%	Coseguro del 25%
Nivel 4 de costo compartido (**Medicamentos no preferidos**)	Coseguro del 25%	Coseguro del 25%	Coseguro del 25%	Coseguro del 25%
Nivel 5 de costo compartido (**Medicamentos especializados**)	Coseguro del 25%	Coseguro del 25%	Coseguro del 25%	Coseguro del 25%

Sección 5.3 Si su médico le receta un suministro para menos de un mes, 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. Puede haber ocasiones en las que usted o su médico deseen tener un suministro de un medicamento para menos de un mes (por ejemplo, cuando prueba un medicamento por primera vez). 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 sus medicamentos, si esto lo ayuda a planificar mejor las fechas de resurtido de diferentes medicamentos con receta.

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

- Si usted es responsable de pagar un coseguro, paga un porcentaje del costo total del medicamento. Dado que el coseguro se basa en el costo total del medicamento, el costo será menor porque el costo total del medicamento será menor.
- Si usted es responsable de pagar un copago por el medicamento, solo pagará por la cantidad de días del medicamento que reciba en lugar de por el mes completo. Calcularemos la cantidad que paga por día por su medicamento (el "costo compartido diario") y lo multiplicaremos por la cantidad de días del medicamento que recibe.

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"). Un suministro a largo plazo es un suministro para 100 días como máximo.

En el cuadro a continuación aparece lo que usted paga cuando recibe un suministro a largo plazo de un medicamento.

- A veces, el costo del medicamento es menor que su copago. En estos casos, usted paga el precio más bajo por el medicamento en lugar del copago.

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)	Coseguro del 25%	Coseguro del 22%	Copago de $0
Nivel 3 de costo compartido (Medicamentos de marca preferidos)	Coseguro del 25%	Coseguro del 22%	Coseguro del 22%
Nivel 4 de costo compartido (Medicamentos no preferidos)	Coseguro del 25%	Coseguro del 25%	Coseguro del 25%
Nivel 5 de costo compartido (Medicamentos especializados)	Coseguro del 25%	Coseguro del 25%	Coseguro del 25%

Sección 5.5 Permanece en la Etapa de Cobertura Inicial hasta que los costos totales de sus medicamentos anuales alcancen los $4,660

Permanece en la Etapa de Cobertura Inicial hasta que el monto total de los medicamentos con receta que surta alcance el límite de **$4,660 para la Etapa de Cobertura Inicial**.

La EOB de la Parte D que recibe lo ayudará a llevar un registro de lo que usted, el plan y terceros gastaron en su nombre en sus medicamentos durante el año. Muchas personas no alcanzan el límite de $4,660 en un año.

Le informaremos si alcanza este monto. Si llega a este monto, saldrá de la Etapa de cobertura inicial y pasará a la Etapa del período sin cobertura. Para obtener más información sobre cómo Medicare calcula los costos que paga de su bolsillo, consulte la Sección 1.3.

SECCIÓN 6 Costos en la Etapa del Período sin Cobertura

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. Solo se considera el monto que usted paga y le permite avanzar en el período sin cobertura.

Usted continúa pagando estos costos hasta que sus pagos de bolsillo anuales alcancen el monto máximo que Medicare ha establecido. Una vez que el monto alcanza los $7,400, abandona la Etapa del Período sin Cobertura y pasa a la Etapa de Cobertura en Situaciones Catastróficas.

Medicare tiene normas acerca de lo que cuenta y lo que no cuenta como costos que paga de su bolsillo (Sección 1.3).

SECCIÓN 7 Durante la Etapa de Cobertura en Situaciones Catastróficas, el plan paga la mayor parte del costo de sus medicamentos

Usted ingresa a la Etapa de Cobertura en Situaciones Catastróficas cuando los costos que paga de su bolsillo hayan alcanzado el límite de $7,400 para el año calendario. Una vez que está en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, se quedará en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.

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

- Su parte del costo para un medicamento cubierto será la cantidad que sea mayor entre un coseguro y un copago:
  - Un coaseguro de 5% del costo del medicamento

- —o— $4.15 por un medicamento genérico o un medicamento considerado como un genérico y $10.35 por todos los demás medicamentos.

SECCIÓN 8 Vacunas de la Parte D. Lo que usted paga depende de cómo y dónde las obtiene

Mensaje importante sobre lo que pagará por las vacunas: nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo para usted, incluso si no ha pagado su deducible. Llame a Servicios Para Miembros para obtener más información.

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

- La primera parte de la cobertura es el costo de **la vacuna en sí**.
- 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).

Sus costos por una vacuna de la Parte D depende de tres aspectos:

1. **El tipo de vacuna** (para qué se la administran).
   - Algunas vacunas se consideran beneficios médicos. (Consulte el Capítulo 4 para conocer la Tabla de Beneficios Médicos [qué está cubierto y qué paga usted]).
   - 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 la vacuna.**
   - La vacuna puede ser dispensada por una farmacia o proporcionada por el consultorio del médico.
3. **Quién le administra la vacuna.**
   - Un farmacéutico puede administrar la vacuna en la farmacia u otro proveedor puede administrarla en el consultorio del médico.

Lo que paga en el momento en que se le administra la vacuna de la Parte D puede variar según las circunstancias y la Etapa del Medicamento en la cual se encuentre.

- A veces, cuando se le aplica una vacuna, debe pagar el costo total de la vacuna más el costo del proveedor para administrársela. Puede solicitarle a nuestro plan que le reembolse la parte que nos corresponde pagar del costo.
- En otras ocasiones, cuando recibe una vacuna, paga solo su parte del costo en el marco de su beneficio de la Parte D.

A continuación, se presentan tres ejemplos de formas en las que podría recibir una vacuna de la Parte D.

Situación 1: Usted recibe su 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 le pagará a la farmacia su coseguro por la vacuna en sí, que incluye el costo de aplicación de la vacuna.
- 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 más el costo que del proveedor que se la administre.
- Luego, puede pedirle a nuestro plan que pague nuestra parte del costo mediante los procedimientos que se describen en el Capítulo 7.
- Se le reembolsará el monto que pagó menos su coseguro 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 coseguro por la vacuna en sí.
- Cuando su médico le administre la vacuna, usted deberá pagar el costo total de este servicio. Luego, puede pedirle a nuestro plan que pague nuestra parte del costo mediante los procedimientos que se describen en el Capítulo 7.
- 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).

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

A veces, cuando recibe atención médica o un medicamento con receta, es posible que deba pagar el costo total. Otras veces, se dará cuenta de que ha pagado más de lo que pensaba que debía pagar según las normas de cobertura del plan. O puede recibir una factura de un proveedor. En estos 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. Es posible que haya plazos que deba cumplir para recibir el reembolso. Vaya a la Sección 2 de este capítulo.

También habrá veces en las que recibirá una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que recibió o posiblemente por más de su parte del costo compartido, según lo que se explica en el documento. Lo primero que debe hacer es intentar resolver la factura con el proveedor. Si eso no funciona, envíenos 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. Si decidimos no pagarlo, notificaremos al proveedor. Nunca debe pagar más que el costo compartido permitido por el plan. Si este proveedor tiene contrato, usted sigue teniendo derecho a recibir el tratamiento.

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 un proveedor que no pertenece a la red de nuestro plan

Cuando reciba atención de un proveedor que no sea parte de nuestra red, usted solo es responsable de pagar su parte del costo. (Su parte del costo puede ser más alta para un proveedor fuera de la red que para un proveedor dentro de la red). Solicite al proveedor que facture al plan nuestra parte del costo.

- Si paga el monto total en el momento de recibir la atención, puede 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 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 debía pagar y le reembolsaremos el monto de la parte que nos correspondía.

- Tenga en cuenta lo siguiente: Si bien puede recibir atención de un proveedor fuera de la red, este debe ser elegible para participar en Medicare. Salvo en situaciones que requieran atención de emergencia, no podemos pagarle a un proveedor que no reúna los requisitos para participar en Medicare. Si el proveedor no reúne los requisitos para participar en Medicare, usted será responsable del costo total de los servicios que reciba.

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

Los proveedores de la red siempre deben facturar directamente al plan y solicitarle a usted solo su parte del costo. Sin embargo, a veces, se equivocan y le solicitan que pague más de lo que le corresponde.

- Usted solo tiene que pagar el monto que le corresponde del costo compartido cuando obtiene servicios cubiertos. No permitimos que los proveedores agreguen cargos adicionales, lo que se denomina "facturación de saldos". Esta protección (por la que nunca paga más que el monto que le corresponde del costo compartido) se aplica incluso cuando pagamos menos de lo que el proveedor factura por un servicio, aun si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.
- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red cuyo monto considera que es superior a 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 le correspondía pagar según el plan.

3. Si está inscrito retroactivamente en nuestro plan

Algunas veces, la inscripción de una persona en un plan es retroactiva. (Retroactivo significa que el primer día de su inscripción ya pasó. La fecha de inscripción puede, incluso, corresponder al 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, como los recibos y facturas, para que gestionemos el reembolso.

4. Cuando utilice una farmacia fuera de la red para obtener medicamentos con receta

Si acude a una farmacia fuera de la red, es posible que la farmacia no pueda presentarnos la reclamación de forma directa. Si esto sucede, usted deberá pagar el costo total de sus medicamentos con receta.

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso de la parte que nos corresponde del costo. Recuerde que solo tenemos cobertura para farmacias fuera de la red

en circunstancias limitadas. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5, para ver un análisis de estas circunstancias.

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, el medicamento puede no estar en la Lista de medicamentos cubiertos (Formulario) del plan; o podría tener un requisito o restricción que usted no conocía o que no cree que debería aplicarse a usted. Si usted decide obtener el medicamento de inmediato, es posible que deba pagar 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. Consulte el Capítulo 9 de este documento para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

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

Para solicitarnos un reembolso, envíenos una solicitud por escrito. Si envía una solicitud por escrito, incluya 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. **Debe presentarnos la reclamación dentro de los 12 meses** a partir de la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.

A fin de 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 más rápido.

- Descargue una copia del formulario en nuestro sitio web (www.cloverhealth.com/en/members/plan-documents) o llame al Departamento de 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:

- Reclamaciones en Papel de la Parte D de Medicare
  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.

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 el medicamento o la atención médica estén cubiertos y usted cumplió con todas las normas, 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.
- 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. Le

enviaremos una carta en la que se le explican las razones por las que no le estamos enviando el pago y su derecho a apelar esa decisión.

Sección 3.2 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 cometimos un error al rechazar su solicitud de pago o con el monto que estamos pagando, puede presentar una apelación. Si usted presenta una apelación, significa que nos está pidiendo que cambiemos la decisión que tomamos al rechazar su solicitud de pago. El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Para obtener información detallada sobre cómo presentar esta apelación, consulte el Capítulo 9 de este documento.

CAPÍTULO 8:
Sus derechos y responsabilidades

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

Sección 1.1 Debemos proporcionarle información de una manera que sea conveniente para usted y que esté acorde a sus sensibilidades culturales (en otros idiomas que no sean el inglés, en braille, en tamaño de letra grande, en otros formatos alternativos, etc.)

Su plan tiene la obligación de garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se brinden de una manera culturalmente competente y sean accesibles para todos los inscritos, incluidos aquellos con poco dominio del inglés, habilidades de lectura limitadas, incapacidad auditiva o aquellos con diversos orígenes culturales y étnicos. Algunos ejemplos de cómo un plan puede cumplir con estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros, la prestación de servicios de traductor, servicios de intérprete, máquinas de teletipo o conexión TTY (teléfono de texto o teletipo).

Nuestro plan cuenta con servicios de interpretación gratuitos disponibles para responder las preguntas de los miembros que no hablan inglés. También podemos brindarle información en braille, en letra grande o en otros formatos alternativos sin costo si lo necesita. Estamos obligados a brindarle la información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. A fin de que le brindemos información de un modo adecuado, llame a Servicios para los Miembros.

Nuestro plan está obligado a ofrecer a las mujeres inscritas la opción de acceder directamente a un especialista en salud de la mujer dentro de la red para los servicios de atención médica preventiva y de rutina de la mujer.

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

Si tiene algún problema para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, llame para interponer un reclamo ante Servicios para los Miembros al 1-888-778-1478 o al 711 en el caso de los usuarios de TTY. También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente a la Oficina de Derechos Civiles, al 1-800-368-1019 o TTY: 1-800-537-7697.

Sección 1.1 Debemos proporcionar información de una manera que funcione para usted (en idiomas diferentes del inglés, en letra grande o en 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 discapacidades o que no hablan 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 dificultad para obtener información sobre nuestro plan en un formato que sea accesible para usted, llame para presentar un reclamo ante Clover Health Plan. También puede presentar una queja ante Medicare si llama al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o, directamente, ante la Oficina de Derechos Civiles (la información de contacto está incluida en esta Evidencia de cobertura o en formato digital). O puede ponerse en contacto con el Departamento de Servicios para los miembros al 1-888-778-1478 o al 711 para obtener información adicional.

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

Usted tiene derecho a elegir un proveedor de la red del plan. También tiene derecho a consultar a un especialista en salud de la mujer (como un ginecólogo) sin necesidad de obtener una remisión y a pagar el monto del costo compartido dentro de la red.

Tiene derecho a obtener citas y servicios cubiertos de sus proveedores 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 cree que no está recibiendo su atención médica o medicamentos de la Parte D dentro de un período razonable, en el Capítulo 9 encontrará 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 su historia clínica 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 su historia clínica y otra información médica y de salud.
- Usted tiene derechos relacionados con su información y con 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.
- Excepto por las circunstancias que se indican a continuación, si tenemos la intención de proporcionar su información de salud a cualquier persona que no le esté brindando atención o pagando por ella, primero debemos obtener su permiso por escrito o el de alguien a quien usted haya otorgado un poder legal para tomar decisiones por usted.
- Hay ciertas excepciones que hacen que no estamos obligados a obtener antes su permiso por escrito. Estas excepciones son permitidas o requeridas por la ley.
    - Se nos exige dar a conocer información de salud a agencias gubernamentales 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. Por lo general, esto requiere que la información personal no sea compartida.

Usted puede ver la información en sus registros y saber cómo se ha compartido con otros

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

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

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su información personal de salud, llame a Servicios para los Miembros.

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

Como miembro de Clover Health Choice Value (PPO), usted tiene derecho a que le brindemos varios tipos de información.

Si desea obtener cualquiera de los siguientes tipos de información, llame a Servicios para los Miembros:

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

  Información sobre nuestros proveedores y farmacias de la red. 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.
- **Información acerca de su cobertura y las normas que debe seguir para usarla.** En los Capítulos 3 y 4, se brinda información sobre los servicios médicos. En los Capítulos 5 y 6 se brinda información sobre la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.
- **Información sobre los motivos por los que algún servicio no está cubierto y lo que puede hacer al respecto.** En el Capítulo 9, se brinda información acerca de cómo solicitar una explicación por escrito sobre por qué un servicio médico o medicamento de la Parte D no está cubierto, o si su cobertura está restringida. En el Capítulo 9, también se proporciona información sobre cómo solicitarnos que cambiemos una decisión, lo que se denomina apelación.

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. Sus proveedores deben explicar su condición médica y sus opciones de tratamiento de manera que usted pueda comprender.

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

- **Saber acerca de todas sus opciones.** Tiene derecho a que se le informe sobre todas las opciones de tratamiento que se recomiendan para su afección, independientemente de su precio o si están 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.

Usted tiene derecho a dar instrucciones sobre lo que debería hacerse si estuviera 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 a fin de 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 usted 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 usted mismo.

Los documentos legales que puede utilizar con el fin de dar sus instrucciones con anticipación para estos casos específicos se denominan "**instrucciones anticipadas**". Existen distintos tipos de instrucciones anticipadas y nombres diferentes para ellas. Los documentos denominados **"testamento vital"**y **"poder de representación para las decisiones de atención médica"** son ejemplos de instrucciones anticipadas.

Si desea utilizar una "instrucción anticipada" para dar a conocer sus instrucciones, esto es lo que debe hacer:

- **Obtener el formulario.** Puede pedirle un formulario de instrucciones anticipadas a su abogado, a un trabajador 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. Considere solicitarle a un abogado que lo ayude a prepararlo.
- **Entregarles copias a las personas pertinentes.** Debe entregarles una copia del formulario a su médico y a la persona que nombre en el formulario como quien tomará las decisiones por usted si usted no puede hacerlo. Se recomienda darles copias a algunos amigos cercanos o miembros de la familia. Conserve una copia en su hogar.

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

- En el hospital, se le preguntará si firmó 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 no se siguen sus instrucciones?

Si ha firmado instrucciones anticipadas y cree que un médico o el hospital no han respetado las instrucciones que allí menciona, puede presentar una queja ante el Departamento de Salud del Estado de New Jersey (New Jersey State Department of Health).

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

Si tiene problemas, inquietudes o reclamos y necesita solicitar cobertura o presentar una apelación, en el Capítulo 9 de este documento, se le informa qué puede hacer. Independientemente de lo que haga, ya sea solicitar una decisión de cobertura, presentar una apelación, o presentar una queja, **estamos obligados a tratarlo con imparcialidad.**

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

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

Si siente que se lo trató de forma injusta o que no se respetaron sus derechos debido a su raza, discapacidad, religión, sexo, salud, origen étnico, credo (creencias), edad, orientación sexual o nacionalidad, debe llamar a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos, al 1-800-368-1019 o al TTY 1-800-537-7697, o a la Oficina de Derechos Civiles de su localidad.

¿Se trata de algo diferente?

Si siente que ha sido tratado injustamente o que sus derechos no han sido respetados, y no se trata de discriminación, puede obtener ayuda para tratar el problema que está enfrentando:

- Puede **llamar a Servicios para los Miembros**.
- Puede **llamar al SHIP.** Para obtener más información, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.

- O bien **puede llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (TTY 1-877-486-2048), las 24 horas, los 7 días de la semana.

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**.
- Puede **llamar al SHIP.** Para obtener más información, 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" (Derechos y protecciones de Medicare). (La publicación está disponible en www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf).

O bien, puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (TTY 1-877-486-2048), las 24 horas, los 7 días de la semana.

SECCIÓN 2 Tiene algunas responsabilidades como miembro del plan

A continuación, se enumeran sus obligaciones como miembro del plan. Si tiene preguntas, llame a Servicios para los Miembros.

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las normas que debe seguir para obtenerlos.** Use esta Evidencia de Cobertura a fin de conocer qué está cubierto para usted y las reglas que debe seguir a fin de obtener sus servicios cubiertos.
  - Los Capítulos 3 y 4 incluyen los detalles sobre sus servicios médicos.
  - En los Capítulos 5 y 6 encontrará 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.** En el Capítulo 1, se le informa sobre la coordinación de estos beneficios.
- **Informe 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 obtener la mejor atención, informe a sus médicos y a otros proveedores de salud sobre sus problemas de salud. Siga las instrucciones y los 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 pregunta, asegúrese de preguntar y obtener una respuesta que pueda entender.

- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que usted actúe de una manera que contribuya al buen funcionamiento del consultorio de su médico, hospitales y otras oficinas.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:

Debe pagar las primas de su plan.

Debe seguir pagando la Parte B de Medicare para continuar siendo miembro 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.

Si debe pagar una multa por inscripción tardía, es requisito que pague la multa para mantener su cobertura para medicamentos con receta.

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

- **Si se muda dentro de nuestra área de servicio, debemos saberlo** para que podamos mantener actualizado su registro de membresía y saber cómo comunicarnos con usted.
- **Si se muda fuera del área de servicio de nuestro plan, no podrá seguir siendo miembro del plan.**

Si se muda, también es importante que se lo comunique al Seguro Social (o a la Railroad Retirement Board).

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

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Qué hacer si tiene un problema o una inquietud

En este capítulo, se explican dos tipos de procesos para el manejo de problemas e inquietudes:

- Para algunos tipos de problemas, debe utilizar el **proceso de decisiones de cobertura y apelaciones**.
- Para otros problemas, debe utilizar el **proceso para presentar quejas,** también denominadas reclamos.

Ambos procesos han sido aprobados por Medicare. Cada proceso tiene un conjunto de normas, procedimientos y plazos que usted y nosotros debemos seguir.

En la guía de la Sección 3, aprenderá a identificar el proceso adecuado que deberá usar y se le indicará qué es lo que debe hacer.

Sección 1.2 ¿Qué pasa con los términos legales?

Hay términos legales para algunas de las normas, los procedimientos y los tipos de plazos que se explican en este capítulo. Muchos de estos términos resultan desconocidos para la mayoría de las personas y pueden ser difíciles de entender. Para facilitar las cosas, en este capítulo, se realiza lo siguiente:

- Se utilizan palabras más simples en lugar de ciertos términos legales. Por ejemplo, en este capítulo generalmente se 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. Saber qué términos utilizar lo ayudará a comunicarse con mayor precisión a fin de obtener la ayuda o información adecuada según su situación. Para ayudarlo a saber qué términos utilizar, incluimos términos legales cuando damos los detalles para el manejo de determinados tipos de situaciones.

Sección 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada

Siempre estamos a su disposición para ayudarlo. Incluso si tiene una queja sobre el trato que le damos, estamos obligados a respetar su derecho a quejarse. Por lo tanto, debe comunicarse siempre con el servicio al cliente para obtener ayuda. Pero en algunas situaciones, es posible que

también quiera la ayuda o la orientación de alguien que no tenga relación con nosotros. A continuación, se muestran dos entidades que pueden ayudarlo.

Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud (SHIP)

Cada Estado tiene un programa gubernamental con asesores capacitados. El programa no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los asesores de este programa pueden ayudarlo a comprender qué proceso debe utilizar para abordar su problema. Además, ellos 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 documento, encontrará los números telefónicos y los URL de los sitios web.

Medicare

También puede comunicarse con Medicare para obtener ayuda. Para comunicarse con Medicare, puede hacer lo siguiente:

- 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 deben llamar al 1-877-486-2048.
- Puede visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov).

SECCIÓN 3 Para abordar su problema, ¿qué proceso debe utilizar?

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.

¿Su inquietud o problema está relacionado con sus beneficios o su cobertura?

Esto incluye los problemas sobre si la atención médica o los medicamentos con receta 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.

Vaya a la siguiente sección de este capítulo, **Sección 4, "Una guía sobre los conceptos básicos de las decisiones de cobertura y las apelaciones".**

No.

Continúe a la **Sección 10** al final de este capítulo: **"Cómo presentar una queja acerca de la calidad de 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 las apelaciones

Sección 4.1 Cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: panorama general

Las decisiones de cobertura y las apelaciones resuelven los problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura de los servicios médicos y medicamentos con receta, incluido 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.

Solicitar decisiones de cobertura antes de recibir los servicios

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 pedirnos que tomemos una decisión de cobertura para usted. En circunstancias limitadas, una solicitud de decisión de cobertura se descartará, 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 usted pide que se retire su solicitud. Si rechazamos una solicitud de una decisión de cobertura, enviaremos un aviso en el que se 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, ya sea antes o después de que reciba un servicio, y usted no está satisfecho, puede "apelar" la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitar que revisemos y modifiquemos una decisión de cobertura que hayamos tomado. En ciertas circunstancias, que analizaremos más adelante, puede solicitar una "apelación rápida" o acelerada de una decisión de cobertura. Su apelación es analizada por revisores distintos de los que tomaron la decisión original.

Cuando apela una decisión por primera vez, esto se denomina apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que tomamos para comprobar si seguimos las normas correctamente. Una vez que completamos la revisión, le comunicamos nuestra decisión. En algunas circunstancias, la solicitud de apelación de Nivel 1 se desestima, lo que significa que no revisamos 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 usted pide que se retire su solicitud. Si rechazamos una solicitud de apelación de Nivel 1, enviaremos un aviso en el que se explique por qué se descartó la solicitud y cómo solicitar una revisión de la decisión.

Si no rechazamos su caso, pero sí rechazamos su apelación de Nivel 1 de manera total o parcial, puede pasar a una apelación de Nivel 2. La apelación de Nivel 2 la evalúa una organización de revisión independiente que no está relacionada con nosotros. (Las apelaciones por servicios médicos y medicamentos de la Parte B se enviarán de forma automática a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2; no es necesario que haga nada. Para apelaciones por medicamentos de la Parte D, si rechazamos una parte o la totalidad de su apelación deberá solicitar una apelación de Nivel 2. Las apelaciones de la Parte D se analizan con más detalle en la Sección 6 de este capítulo). Si no está satisfecho con la decisión tomada en la apelación de Nivel 2, puede continuar con los niveles adicionales de apelación (en la Sección 9 de este capítulo se explican los procesos de apelación de Niveles 3, 4 y 5).

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

Estos son los recursos si decide solicitar algún tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- Puede **llamarnos a Servicios para los Miembros**.
- Puede **obtener ayuda gratuita** de su Programa de Asistencia para Seguro Médico Estatal.
- **Su médico puede realizar la solicitud por usted.** Si su médico lo ayuda con una apelación más allá del Nivel 2, deberá ser designado como su representante. Llame a Servicios para los Miembros y solicite el formulario de "Nombramiento de un 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 .)
    - 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.
    - 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 en su nombre. Si se rechaza su apelación de Nivel 1, su médico o emisor de recetas puede solicitar una apelación de Nivel 2.
- **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, a fin de solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
    - Si desea que un amigo, un familiar u otra persona sea su representante, llame a Servicios para los Miembros y solicite el formulario de "Nombramiento de un Representante". (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare, en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf). El formulario le da autorización a esa persona 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.
    - 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 corridos después de recibir la solicitud de apelación (nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación), su solicitud de apelación será rechazada. Si esto sucede, le enviaremos un aviso por escrito en el que se explicará su derecho de pedir a una organización de revisión independiente que revise nuestra decisión de rechazar su apelación.
- **También tiene derecho a contratar a un abogado.** 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 contiene los detalles para su situación?

Existen cuatro situaciones diferentes que implican 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: cuidado de la salud en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada y servicios en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios [Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF]).

Si no está seguro de qué sección debe utilizar, llame a Servicios para los Miembros. También puede obtener ayuda o información por parte de organizaciones gubernamentales, tales como su SHIP.

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

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 describen en el Capítulo 4 de este documento: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar). Para simplificar, por lo general nos referimos a "cobertura de atención médica" o "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.

En esta sección, se 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. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 5.2.**
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. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 5.2.**
3. Recibió atención médica que cree que el plan debería cubrir, pero le comunicamos que no pagaremos dicha atención. **Presente una apelación. Sección 5.3.**
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. **Envíenos la factura. Sección 5.5**
5. Le comunicaron que la cobertura que tenía para determinados servicios de atención médica que estaba recibiendo y que estaban aprobados se reducirá o interrumpirá, y usted cree que esto podría perjudicar su salud. **Presente una apelación. Sección 5.3**

Nota: Si la cobertura que será detenida es para atención hospitalaria, cuidado de la salud en el hogar, un centro de enfermería especializado o un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF), debe leer las Secciones 7 y 8 de este capítulo. Se aplican normas especiales a estos tipos de atención.

Sección 5.2 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura

Términos legales
Cuando una decisión de cobertura afecta su atención médica, se la denomina **"determinación de la organización"**. Una "decisión de cobertura rápida" se denomina **"determinación acelerada"**.

Paso 1: Decide si necesita una "decisión de cobertura estándar" o una "decisión de cobertura rápida".

Una "decisión de cobertura estándar", por lo general, se toma en un plazo de 14 días o 72 horas para los medicamentos de la Parte B. Una "decisión de cobertura rápida" generalmente se toma en un plazo de 72 horas para servicios médicos y 24 horas para medicamentos de la Parte B. Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir los siguientes dos requisitos:

- Solo puede solicitar cobertura para la atención médica que aún no ha recibido.
- Podrá solicitar una decisión rápida de cobertura solo si la vía de plazos estándares pudiera poner su salud en grave peligro o dañar su capacidad funcional.
- **Si su médico 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 no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta en la que:
  - Se explicará que utilizaremos los plazos estándares.
  - Se explicará que si su médico solicita la decisión de cobertura rápida, se la proporcionaremos de forma automática.
  - Se 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.

Paso 2: Solicite a nuestro plan que tome una decisión de cobertura o una decisión de cobertura rápida.

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. El Capítulo 2 contiene la información de contacto.

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

Para las decisiones de cobertura estándar utilizamos los plazos estándares.
Esto significa que le daremos una respuesta en un plazo de 14 días corridos 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 **en un plazo de 72 horas** posteriores a la recepción de su solicitud.

- **Sin embargo,** si solicita más tiempo, o si necesitamos más información que podría beneficiarlo, podemos **tomar hasta 14 días corridos adicionales** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si tomaremos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos 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 tomarnos días adicionales, puede presentar una "queja rápida". Le daremos una respuesta a su queja tan pronto como tomemos la decisión. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Consulte la Sección 10 de este capítulo para obtener información sobre las quejas).

Para las decisiones de Cobertura Rápida, utilizamos un plazo acelerado
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,** si usted solicita más tiempo, o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días adicionales**. Si tomaremos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos 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 tomarnos días adicionales, puede presentar una "queja rápida" (consulte la Sección 10 de este capítulo para obtener información sobre las quejas). Lo llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.
- Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud.

Paso 4: Si rechazamos su solicitud de cobertura de atención médica, puede presentar una apelación.

Si rechazamos su solicitud, usted tiene derecho a pedirnos que reconsideremos la decisión mediante la presentación de una apelación. Esto significa volver a solicitar la cobertura de atención médica que desea. Si presenta una apelación, significa que pasa al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 5.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos legales
La apelación que se presenta al plan acerca de una decisión de cobertura sobre atención médica se llama **"reconsideración"** del plan. Una "apelación rápida" también se denomina **"reconsideración acelerada"**.

Paso 1: Decide si necesita una "apelación estándar" o una "apelación rápida".

Por lo general, una "apelación estándar" se realiza en un plazo de 30 días. Una "apelación rápida" generalmente se realiza en un plazo de 72 horas.

- 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". Si su médico nos dice que su salud requiere una "apelación rápida", le daremos una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una "apelación rápida" son los mismos que para obtener una "decisión de cobertura rápida" que aparecen en la Sección 5.2 de este capítulo.

Paso 2: Solicita una Apelación o una Apelación Rápida a nuestro plan

- **Si solicita una apelación estándar, presente su apelación estándar por escrito.** También nos puede llamar para presentar una apelación. El Capítulo 2 contiene la información de contacto.
- **Si solicita una apelación rápida, presente su apelación por escrito o llámenos.** El Capítulo 2 contiene la información de contacto.

- **Debe presentar su solicitud de apelación en un plazo de 60 días corridos** a partir de la fecha que figura en la notificación por escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si se vence este plazo límite y tiene una buena razón para ello, explique el motivo de la demora en el momento de presentar la apelación. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Algunos ejemplos de una causa justificada incluyen una enfermedad muy grave que le impidió comunicarse con nosotros o que le hayamos proporcionado información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información relacionada con su decisión médica. Usted y su médico pueden agregar información adicional para respaldar su apelación.**

Paso 3: Consideramos su apelación y le damos una respuesta.

- Cuando nuestro plan revisa su apelación, analizamos detenidamente toda la información. Verificamos si seguimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud.
- Recopilaremos información adicional si es necesario, para lo que, posiblemente, nos comunicaremos con usted o con su médico.

Fechas límite para una "apelación rápida"

- Para las apelaciones rápidas, debemos contestarle **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 información adicional que podría beneficiarlo, podemos **tomarnos hasta 14 días corridos adicionales** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si tomaremos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos un tiempo adicional si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
    - Si no le damos una respuesta en un plazo de 72 horas (o al final de la extensión del plazo, en caso de que nos 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. En la sección 5.4, se explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **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,** le enviaremos nuestra decisión por escrito y remitiremos automáticamente su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación.

Plazos para una apelación "estándar"

- Para las apelaciones estándar, debemos contestarle **en un plazo de 30 días corridos** después de recibir su apelación. Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare que aún no recibió, le daremos una respuesta **en un plazo de 7 días corridos** después de recibir su apelación. Le comunicaremos nuestra decisión antes si su afección de salud así lo exige.
    - Sin embargo, si solicita más tiempo, o si necesitamos información adicional que podría beneficiarlo, podemos **tomarnos hasta 14 días corridos adicionales** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si tomaremos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos 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 tomarnos días adicionales, puede presentar una "queja rápida". Cuando presenta una queja rápida, le damos una respuesta en un plazo de 24 horas. (Consulte la Sección 10 de este capítulo para obtener información sobre las quejas).
    - Si no le damos una respuesta antes de la fecha límite (o al final del período extendido), enviaremos su solicitud a una apelación de Nivel 2, en la que una organización de revisión independiente revisará la apelación. En la sección 5.4, se explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos autorizar o proporcionar la cobertura en un plazo de 30 días corridos si su solicitud es para un artículo o servicio médico, o **en un plazo de 7 días corridos** si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- **Si** nuestro plan rechaza una parte o la totalidad de su apelación, automáticamente enviaremos su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.

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

Término Legal
El nombre formal para la "organización de revisión independiente" es la **"Entidad de Revisión Independiente"**. En ocasiones, se denomina **"IRE".**

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

Paso 1: La organización de revisión independiente revisa su apelación.

- Le enviaremos a esta organización la información sobre su apelación. A esta información se la denomina 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 respaldar su apelación.
- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente la información relacionada con su apelación.

Si se le concedió una apelación "rápida" en el Nivel 1, también se le concederá una apelación "rápida" en el Nivel 2

- Para la "apelación rápida", la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 en un plazo de 72 horas después de recibir 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 corridos adicionales**. La organización de revisión independiente no puede tomarse más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

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

- Para la "apelación estándar", si su solicitud es para un artículo o servicio médico, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 30 días corridos** después de recibir 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 **en un plazo de 7 días corridos** después de recibir 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 corridos adicionales**. La organización de revisión independiente no puede tomarse 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 parte o la totalidad de la solicitud de un artículo o servicio médico,** debemos autorizar la cobertura de la atención médica en un plazo de 72 horas o proporcionar el servicio en un plazo de 14 días corridos después de recibir la decisión de la organización de revisión con respecto a las

solicitudes estándar. Para las solicitudes aceleradas, tenemos 72 horas a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión.

- **Si la organización de revisión acepta todo o parte de una 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 un plazo de las **72 horas** después de recibir la decisión de la organización de revisión para las **solicitudes estándar.** Para las **solicitudes aceleradas**, tenemos **24 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión**.**
- **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" o "rechazar su apelación"). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta:
  - Se le explicará su decisión.
  - Se le notificará el derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de atención médica cumple con un determinado mínimo. El aviso por escrito que reciba de la organización de revisión independiente le indicará el monto en dólares que debe alcanzar para continuar con el proceso de apelación.
  - Se le brindarán instrucciones sobre cómo presentar una apelación de Nivel 3.

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 decide presentar una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso 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. En la Sección 9 de este capítulo, se explican 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 concepto de atención médica?

En el Capítulo 7, se describe el proceso para cuando tenga que solicitar un reembolso o el pago de una factura que recibió de un proveedor. También se 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 solicitando el reembolso, está pidiendo una decisión de cobertura. Para tomar esta decisión, comprobaremos si la atención médica que pagó es un servicio cubierto. También verificaremos si usted cumplió con todas las normas para el uso de su cobertura de atención médica.

- **Si aceptamos su solicitud**: Si la atención médica está cubierta y siguió todas las normas, le enviaremos el pago de la parte que nos corresponde del costo en un plazo de 60 días corridos después de que recibamos su solicitud. Si aún no ha pagado por los servicios, le enviaremos el pago directamente al proveedor.
- **Si rechazamos su solicitud:** Si la atención médica no está cubierta, o usted no siguió todas las normas, no enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta en la que le informaremos que no pagaremos por los servicios y las razones de esta decisión.

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. Para apelaciones relacionadas con un reembolso, tenga en cuenta lo siguiente:

- Debemos darle una respuesta en un plazo de 60 días corridos después de recibir su apelación. Si nos solicita que le reembolsemos la atención médica que ya recibió y pagó, no se le permite solicitar una apelación rápida.
- Si la organización de revisión independiente decide que debemos pagar, debemos enviarle a usted o al proveedor el pago en un plazo de 30 días corridos. Si se acepta su apelación en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviarle el pago que solicitó a usted o al proveedor en un plazo de 60 días corridos.

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

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

Entre sus beneficios se incluyen cobertura para muchos medicamentos con receta. Para tener cobertura, su medicamento debe utilizarse para una indicación médicamente aceptada. (Consulte el Capítulo 5 para obtener más información sobre la indicación médicamente aceptada). Para obtener detalles sobre los medicamentos, las reglas, las restricciones y los costos de la Parte D, consulte los Capítulos 5 y 6. **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”. También utilizamos el término “Lista de Medicamentos” en lugar de “Lista de Medicamentos Cubiertos” o “Formulario”.

- Si no sabe si un medicamento está cubierto o si cumple con las normas, puede preguntarnos. Algunos medicamentos requieren nuestra aprobación antes de que le proporcionemos cobertura.

- 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.

Decisiones de cobertura y apelaciones de la Parte D

Término Legal
Una decisión de cobertura inicial sobre los medicamentos de la Parte D se denomina una **"determinación de cobertura"**.

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos en relación con sus beneficios y su cobertura o a la cantidad que pagaremos por sus medicamentos con receta. En esta sección, se le indica lo que puede hacer si se encuentra en cualquiera de las siguientes situaciones:

- Solicitar que cubramos un medicamento de la Parte D que no figure en la Lista de Medicamentos Cubiertos del plan. **Solicite una excepción. Sección 6.2**
- Pedirnos que no apliquemos una restricción a la cobertura del plan para un medicamento (como límites en la cantidad de medicamento que puede obtener). **Solicite una excepción. Sección 6.2**
- Pedirnos pagar un monto de costo compartido más bajo por un medicamento cubierto incluso en un nivel de costo compartido más alto. **Solicite una excepción. Sección 6.2**
- Solicitar la aprobación previa de un medicamento. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 6.4**
- Pagar por un medicamento con receta que ya ha comprado. **Solicitarnos que le reintegremos un pago. Sección 6.4**

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.

Sección 6.2 ¿Qué es una excepción?

Términos legales
Pedir cobertura para un medicamento que no está en la Lista de medicamentos se denomina, en ocasiones, **"excepción al formulario"**. Pedir la eliminación de una restricción de cobertura para un medicamento se denomina en ocasiones **"excepción al formulario"**. Pedir pagar un precio inferior por un medicamento no preferido cubierto se denomina, en ocasiones, pedir una **"excepción de nivel"**.

Si un medicamento no está cubierto de la forma que a usted le gustaría que estuviese cubierto, puede pedirnos que hagamos una "excepción". Una excepción es un tipo de decisión de cobertura.

Para que consideremos su 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. 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 esté en nuestra Lista de Medicamentos.** Si aceptamos cubrir un medicamento que no forma parte de la Lista de Medicamentos, deberá pagar la cantidad de costo compartido que se aplica a los medicamentos del Nivel 4: Medicamentos de Marca No Preferidos. No puede solicitar que hagamos una excepción con respecto al monto de costo compartido que usted debe pagar por el medicamento.
2. **Eliminar una restricción para un medicamento cubierto**. En el Capítulo 5 se describen las normas o restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos de nuestra Lista de Medicamentos. Si aceptamos hacer una excepción y no aplicar una restricción en su caso, puede pedirnos 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 inferior.** 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.
    - Si nuestra Lista de medicamentos tiene medicamentos alternativos para tratar su afección 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.

- Si el medicamento que está tomando es un producto biológico, puede solicitarnos que cubramos su medicamento con un costo más bajo. Este sería el nivel más bajo que contiene alternativas de productos biológicos para tratar su afección.
- Si el medicamento que está tomando 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 está tomando 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 para una excepción de nivel y hay más de un nivel de costo compartido más bajo con medicamentos alternativos que usted no puede tomar, generalmente 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, puede pedir otra revisión mediante la presentación de una apelación.

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

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

Paso 1: Decide si necesita una "decisión de cobertura estándar" o una "decisión de cobertura rápida".

Las "decisiones de cobertura estándar" se toman en un plazo de **72 horas** después de recibida la declaración de su médico. **Las "decisiones de cobertura rápida"** se toman en un plazo de **24 horas** después de recibida la declaración de su médico.

Si su salud lo requiere, pídanos que tomemos una "decisión rápida de cobertura". Para obtener una decisión rápida de cobertura, debe cumplir con dos requisitos:

- Debe solicitar un medicamento que aún no haya recibido. (No puede solicitar una decisión de cobertura rápida si nos pide que reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró).
- El uso de los plazos estándares puede causar graves daños a su salud o dañar su capacidad de realizar actividades diarias.
- **Si su médico o la persona autorizada a dar recetas nos indican que su salud requiere de una "decisión rápida de cobertura", automáticamente tomaremos una decisión de cobertura rápida.**
- **Si nos pide usted mismo la decisión de cobertura rápida, sin el apoyo de su médico o persona que emita recetas, decidiremos si su salud requiere que tomemos una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta en la que:
    - Se explicará que utilizaremos los plazos estándares.
    - Se explica que, si su médico u otra persona que emite recetas solicita la decisión de cobertura rápida, le proporcionaremos de forma automática una decisión rápida de cobertura.
    - Se le explica 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. Responderemos su queja dentro de las 24 horas posteriores a la recepción.

Paso 2: Solicite una "decisión de cobertura estándar" o una "decisión de cobertura rápida".

Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o proporcionemos cobertura para la atención médica que desea. También puede acceder al proceso de decisiones de cobertura a través de nuestro sitio web. Debemos aceptar cualquier solicitud por

escrito, incluida una solicitud enviada en el Formulario de Solicitud de Determinación de Cobertura Modelo de CMS o en nuestro formulario del plan, los cuales están disponibles en nuestro sitio web. El Capítulo 2 contiene la información de contacto. También puede enviar una determinación de cobertura de manera electrónica por 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 con el nombre de "En línea: Formulario de Determinación de Cobertura". Puede llenar el formulario en línea y enviar su solicitud de determinación de cobertura de forma electrónica para que se procese. Para ayudarnos a procesar su solicitud, asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información que identifique qué reclamación rechazada se está apelando.

Usted, su médico (u otra persona que emita una receta) o su representante pueden hacer esto. También puede contratar a un abogado para que actúe en su nombre. La Sección 4 de este capítulo le indica cómo puede darle permiso por escrito a alguien para que actúe como su representante.

- **Si solicita una excepción, proporcione la "declaración de respaldo",** que es la razón médica de la excepción. 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.

<u>Paso 3:</u> Nosotros consideramos su solicitud y le respondemos.

Las fechas límite para una "decisión de cobertura rápida"

- Por lo general, debemos darle una respuesta **en un plazo de 24 horas** después de haber recibido su solicitud.
    - En el caso de una excepción, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas después de recibida la declaración de respaldo de su médico. 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.
- **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 parte o la totalidad de lo que solicitó, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud. También le informaremos cómo puede apelar.

Plazos para una decisión "estándar" de cobertura sobre un medicamento que aún no ha recibido

- Por lo general, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas** después de haber recibido su solicitud.

  - En el caso de una excepción, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibida la declaración de respaldo de su médico. 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.

- **Si respondemos afirmativamente a todo o parte de lo que solicitó,** debemos **ofrecer la cobertura** que hemos acordado en un **plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud o declaración de su 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. También le informaremos cómo puede apelar.

Plazos para una decisión "estándar" de cobertura sobre el pago de un medicamento que ya compró

- Debemos darle una respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.
  - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.
- **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. También le informaremos cómo puede apelar.

<u>Paso 4:</u> Si rechazamos su solicitud de cobertura, usted hacer una apelación.

- Si rechazamos su solicitud, usted tiene derecho a pedirnos que reconsideremos la decisión mediante la presentación de una apelación. Esto significa volver a solicitar la cobertura para medicamentos que desea. Si presenta una apelación, significa que pasa al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 6.5 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos legales
La apelación que se presenta al plan sobre la cobertura para un medicamento de la Parte D se llama **"redeterminación"** del plan. Una "apelación rápida" también se llama una **"redeterminación acelerada"**.

<u>Paso 1:</u> Decide si necesita una "apelación estándar" o una "apelación rápida".

Por lo general, una "apelación estándar" se realiza en un plazo de 7 días. Una "apelación rápida" generalmente se realiza en un plazo de 72 horas. Si su salud lo requiere, pídanos una "apelación rápida"

- Si va a apelar una decisión tomada por nosotros acerca de un medicamento que aún no ha recibido, usted y su médico o la persona autorizada a 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.

<u>Paso 2:</u> Usted, su representante, médico u otro emisor de recetas deben comunicarse con nosotros y presentar su apelación de Nivel 1. Si su salud exige una respuesta rápida, debe solicitar una "apelación rápida".

- **Para apelaciones estándar, presente una solicitud por escrito** o llámenos. El Capítulo 2 contiene la información de contacto.
- **Para apelaciones rápidas, presente su apelación por escrito o llámenos al** 1-855-479-3657. El Capítulo 2 contiene la información de contacto.
- **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. Asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información sobre su reclamación para ayudarnos a procesar su solicitud.
- También puede presentar una apelación por vía electrónica en nuestro sitio web en https://www.cloverhealth.com/en/members/plan-documents/formulary-part-d. Desplácese hacia abajo hasta la sección "¿Cómo solicito una apelación?" y encontrará un enlace con el nombre de "En línea: Formulario de Redeterminación de Cobertura". 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 un plazo de 60 días corridos** a partir de la fecha que figura en la notificación por escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si se vence este plazo límite y tiene una buena razón para ello, explique el motivo de la demora en el momento de presentar la apelación. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Algunos ejemplos de una causa justificada incluyen una enfermedad muy grave que 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 y su médico pueden agregar información adicional para respaldar su apelación.

<u>Paso 3:</u> Consideramos 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"

- Para las apelaciones rápidas, debemos contestarle **en un plazo de 72 horas después de recibir su apelación**. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
    - Si no le damos una respuesta en un plazo de 72 horas, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente. En la Sección 6.6, se explica el proceso de apelación del Nivel 2.
- **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 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.

Plazos para una apelación "estándar" sobre un medicamento que aún no ha recibido

- Para las apelaciones estándar, debemos contestarle **en un plazo de 7 días corridos** después de recibir su apelación. Le comunicaremos nuestra decisión antes si aún no ha recibido el medicamento y su estado de salud así lo exige.
    - Si no le comunicamos nuestra decisión en el plazo de 7 días corridos, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente. En la sección 6.6, se explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de su solicitud**, debemos brindarle la cobertura tan pronto como su salud lo requiera, pero en no más de **7 días corridos** posteriores a la recepción de su apelación.
- **Si rechazamos 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" 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.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** también debemos realizarle el pago dentro de los **30 días corridos** 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. También le informaremos cómo puede apelar.

Paso 4: Si rechazamos su apelación, usted decide si desea continuar con el proceso de apelaciones y presentar otra apelación.

- Si decide presentar otra apelación, significa que su apelación se enviará al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

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

Término Legal
El nombre formal para la "organización de revisión independiente" es la **"Entidad de Revisión Independiente"**. En ocasiones, se denomina **"IRE".**

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

Paso 1: Usted (o su representante, médico u otra persona autorizada a dar recetas) debe comunicarse con la organización de revisión independiente y pedir una revisión de su caso.

- Si rechazamos su apelación de Nivel 1, el aviso por escrito que le enviaremos incluirá **instrucciones para presentar una apelación de Nivel 2** ante la organización de revisión independiente. Estas instrucciones le indicarán quién puede presentar esta apelación de Nivel 2, qué plazos deberá respetar y cómo comunicarse con la organización de revisión. Sin embargo, si no completamos nuestra revisión dentro del plazo aplicable o tomamos una decisión desfavorable con respecto a la determinación "en riesgo" en virtud de nuestro programa de administración de medicamentos, enviaremos de forma automática su reclamación a la Entidad de Revisión Independiente (Independent Review Entity, IRE).
- 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 respaldar su apelación.

Paso 2: La organización de revisión independiente revisa su apelación.

Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente la información relacionada con su apelación.

Plazos para una apelación "rápida"

- Si su salud lo requiere, pida una "apelación rápida" a la organización de revisión independiente.
- Si la organización acepta darle una "apelación rápida", dicha organización debe comunicarle su respuesta a la apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud de apelación.

Plazos para una apelación "estándar"

- En el caso de las apelaciones estándar, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 7 días corridos** 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 corridos** después de haber recibido su solicitud.

Paso 3: La organización de revisión independiente le da su respuesta.

Para "apelaciones rápidas":

- **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.

Para "apelaciones estándar":

- **Si la organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de su solicitud de cobertura,** debemos **proporcionar la cobertura para los medicamentos** que aprobó la organización de revisión **en un plazo de 72 horas** después de recibida la decisión de dicha organización.
- **Si la organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de su solicitud de reembolso** del costo de un medicamento que ya compró, debemos **enviarle el pago en un plazo de 30 días corridos** después de recibida la decisión de parte de dicha organización.

¿Qué sucede si la organización de revisión rechaza su apelación?

Si esta organización rechaza **una parte o la totalidad** de su apelación**,** significa que está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud (o parte de su solicitud). (Esto se

denomina “confirmar la decisión”. También se lo llama “rechazar su apelación”). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta:

- Se le explicará su decisión.
- Se le notificará el derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura para medicamentos que solicita cumple con un determinado 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.
- Comunicarle el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelación.

Paso 4: 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 decide presentar una apelación de Nivel 3, tendrá los detalles de cómo hacerlo en el aviso por escrito que recibe después de la decisión 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 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.

Durante su hospitalización cubierta, su médico y el personal del hospital colaborarán con usted a fin de prepararlo para el día en que le den de alta. Ayudarán a coordinar la atención que podría necesitar en el momento de irse.

- El día en que se va del hospital es la **“fecha de alta”**.
- Cuando se decida 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.

Sección 7.1 Durante la hospitalización, recibirá un aviso por escrito de Medicare, en el cual se le explicarán sus derechos

En un plazo de dos días después de su ingreso al hospital, recibirá un aviso por escrito denominado Mensaje Importante de Medicare sobre sus Derechos. Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de este aviso. Si no recibe el aviso de alguien en el hospital (por ejemplo, un asistente social o un enfermero), pídaselo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicios para los Miembros o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

1. **Lea atentamente este aviso y consulte cualquier duda que tenga si hay algo que no comprende.** Se le indica lo siguiente:
   - 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 hospitalización.
   - Dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
   - Su derecho a **solicitar una revisión inmediata** de la decisión del alta hospitalaria si considera que está siendo dado de alta del hospital demasiado pronto. Se trata de una manera formal y legal de solicitar un retraso en la fecha de alta para que cubramos su atención hospitalaria durante más tiempo.
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.
   - Firmar este aviso solo demuestra que ha recibido la información sobre sus derechos. El aviso no indica su fecha de alta. Firmar el aviso **no significa** que esté de acuerdo con la fecha del alta.
3. **Mantenga su copia** del aviso a mano para tener la información sobre cómo presentar una apelación (o informar de una preocupación por la calidad de la atención) si la necesita.
   - Si firma el aviso más de dos días antes de la fecha de su alta, 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 o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede consultar el aviso en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

Sección 7.2 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta hospitalaria

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.**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios para los Miembros. O llame al State Health Insurance Assistance Program (Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud), una organización gubernamental que ofrece asistencia personalizada.

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.

La **Organización para la Mejora de la Calidad** es un grupo de médicos y otros profesionales en atención médica a los que el Gobierno federal les paga por evaluar y ayudar a mejorar la calidad de la atención que se brinda a las personas con Medicare. Esto incluye revisar las fechas de alta del hospital para las personas que tienen Medicare. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Se comunica con la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado y pide una revisión inmediata de su alta hospitalaria. Debe actuar rápidamente.

¿Cómo puede ponerse en contacto con esta organización?

- En el aviso por escrito que recibió (Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos), se le explica cómo puede ponerse en contacto con esta organización. O encuentre el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe rápido:

- Para presentar la apelación, debe comunicarse 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.**
    - **Si usted cumple con este plazo,** puede permanecer en el hospital después de la fecha del alta sin que deba pagar por ello, mientras espera la decisión 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.

Una vez que solicite una revisión inmediata de su alta hospitalaria, la Organización para la Mejora de la Calidad se comunicará con nosotros. Antes del mediodía del día siguiente al que nos contactaron, le entregaremos una **"Notificación Detallada del Alta"**. En esta notificación, se indica la fecha de alta prevista y se explican detalladamente las razones por las que su médico, el hospital y nosotros consideramos que es correcto (médicamente apropiado) que le den el alta en esa fecha.

Usted debe utilizar proveedores dentro de la red para recibir atención y servicios médicos. llamando a Servicios para los Miembros o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048) O puede obtener una muestra de la notificación en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

Paso 2: La Organización para la Mejora de la Calidad realiza una revisión independiente de su caso.

- Los profesionales de la salud de la Organización para la Mejora de la Calidad ("los revisores") le preguntarán a usted (o a su representante) por qué cree que debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- Los revisores también consultarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que el hospital y nosotros les hemos dado.
- Antes del mediodía del día siguiente a aquel en que los revisores nos comunicaron su apelación, recibirá un aviso por escrito en el que se indicará la fecha prevista para el alta. En esta notificación, también se explican detalladamente las razones por las que su médico, el hospital y nosotros consideramos que es correcto (médicamente apropiado) que le den el alta en esa fecha.

Paso 3: En un plazo de un día completo después de tener toda la información necesaria, la Organización para la Mejora de la Calidad le da la respuesta a su apelación.

¿Qué sucede si la respuesta es sí?

- Si la respuesta de la organización de revisión es sí, **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.

¿Qué sucede si la respuesta es no?

- Si la respuesta de la organización de revisión es no, 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 que la Organización para la mejora de la calidad le dé su respuesta a su apelación.

Paso 4: Si rechazan su apelación de Nivel 1, usted decide si quiere presentar otra apelación.

- Si la Organización para la Mejora de la Calidad 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 su fecha de alta hospitalaria

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 después de la fecha del alta prevista.

Paso 1: Usted se comunica con la Organización para la Mejora de la Calidad nuevamente para solicitar otra revisión.

- Debe pedir esta revisión **en un plazo de 60 días corridos** 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 corridos de haber recibido su solicitud para una apelación de Nivel 2, los revisores toman una decisión sobre su apelación y se la informan.

Si la organización de revisión la acepta:

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de la atención hospitalaria que recibió desde el mediodía del día después de la fecha de rechazo de su primera apelación por parte de la Organización para la Mejora de la Calidad. **Debemos seguir brindando cobertura para su atención a pacientes internados durante el tiempo que sea médicamente necesario.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

Si la organización de revisión la rechaza:

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron para su apelación de Nivel 1.
- En la notificación que recibirá, se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión.

Paso 4: Si la respuesta es no, debe decidir si desea seguir apelando y pasar al 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 decide presentar una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso por escrito que recibe después de su decisión de la 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 7.4 ¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar su apelación de Nivel 1?

Término Legal
Una “revisión rápida” (o “apelación rápida”) también se denomina **“apelación acelerada”**.

En su lugar, puede presentar una apelación ante nosotros

Como se explicó anteriormente, debe actuar rápido para iniciar su apelación de Nivel 1 del alta hospitalaria. Si se vence el plazo para comunicarse con la Organización para Mejora de la Calidad, hay otra forma de presentar su apelación.

Si usa esta otra forma de presentar su apelación, los primeros dos niveles de apelación son diferentes.

Paso a paso: Cómo presentar una Apelación Alternativa de Nivel 1

<u>Paso 1:</u> Se comunica con nosotros y solicita una "revisión rápida".

- **Solicite una "revisión rápida**". Esto significa que nos pide que le demos una respuesta usando los plazos "rápidos" en lugar de los "estándares". El Capítulo 2 contiene la información de contacto.

<u>Paso 2:</u> Hacemos una revisión "rápida" de su fecha prevista de alta y verificamos si es médicamente apropiada.

- Durante esta revisión, analizamos toda la información sobre su hospitalización. Comprobamos si su fecha prevista del alta es médicamente apropiada. Veremos si la decisión sobre cuándo debía dejar el hospital fue justa y siguió todas las normas.

<u>Paso 3:</u> Le informamos nuestra decisión en un plazo de 72 horas después de que solicita una "revisión rápida".

- **Si aceptamos su apelación,** significa que estamos de acuerdo con usted en que aún necesita permanecer en el hospital después de la fecha del alta. Seguiremos proporcionando sus servicios hospitalarios para pacientes internados cubiertos mientras sean 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,** estamos diciendo que su fecha prevista del alta era médicamente apropiada. Nuestra cobertura de los servicios hospitalarios para pacientes internados finaliza el día en que dijimos que finalizaría la cobertura.
    - Si permaneció en el hospital después de su fecha prevista del alta, entonces **es posible que tenga que pagar el costo total** de la atención hospitalaria que recibió después de la fecha prevista del alta.

<u>Paso 4:</u> Si rechazamos su apelación, su caso se envía automáticamente al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

Paso a paso: Proceso de Apelación Alternativa de Nivel 2

Término Legal
El nombre formal para la "organización de revisión independiente" es la **"Entidad de Revisión Independiente"**. En ocasiones, se denomina **"IRE".**

La organización de revisión independiente es una organización independiente externa que contrata Medicare. No está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización determina si la decisión que tomamos es la correcta o debe cambiarse. Medicare supervisa su trabajo.

<u>Paso 1:</u> Enviamos su caso automáticamente a la Organización de Revisión Independiente.

- Estamos obligados a enviar la información para su apelación de Nivel 2 a la Organización de Revisión Independiente en un plazo de 24 horas a partir del momento en que le informamos que rechazamos su primera apelación. (Si cree que no estamos cumpliendo con este plazo o con otros, puede presentar una queja. La Sección 10 de este capítulo le indica cómo presentar una queja).

<u>Paso 2:</u> 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.

- 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 devolverle nuestra parte de los costos de la atención hospitalaria que recibió desde la fecha de su alta programada. 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 que la fecha prevista de alta hospitalaria era médicamente apropiada.
    - En el aviso por escrito que reciba de la organización de revisión independiente, se le indicará cómo iniciar un proceso de revisión de apelación de Nivel 3, que está a cargo de un Juez Administrativo o un mediador,

<u>Paso 3:</u> 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 presentar una apelación de Nivel 3
- La Sección 9 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 8 Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto

Sección 8.1 Esta sección solo se aplica a 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).

Cuando está recibiendo **servicios de cuidado de la salud en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada o atención de rehabilitación (Centro Integral de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios)**, tiene derecho a continuar recibiendo sus servicios cubiertos para ese tipo de atención, siempre que la atención sea necesaria con el fin de diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Cuando decidimos que es hora de dejar de cubrir alguno de los tres tipos de atención, estamos obligados a decírselo con anticipación. 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.** En esta sección, se le indica cómo solicitar una apelación.

Sección 8.2 Le informaremos con anticipación cuándo finalizará su cobertura

Término Legal
"Aviso de No Cobertura de Medicare". Se le indica 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.

1. **Usted recibe un aviso por escrito**, al menos, dos días antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención. En el aviso se indica lo siguiente:
   - La fecha en que dejaremos de cubrir la atención que recibe.
   - Cómo solicitar una "apelación por vía rápida" para pedir que continuemos cubriendo su atención durante un período más prolongado.
2. **Se le pedirá a usted, o a alguien que actúe en su nombre, que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió.** La firma del aviso solo indica que ha recibido la información sobre cuándo finalizará la cobertura. **Su firma no significa que está de acuerdo** con la decisión del plan de dejar de proporcionar 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 prolongado

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.**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios para los Miembros. O llame al State Health Insurance Assistance Program (Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud), una organización gubernamental que ofrece asistencia personalizada.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la Mejora de la Calidad revisa su apelación. Decide si la fecha de finalización de su atención es médicamente adecuada.

La **Organización para la Mejora de la Calidad** es un grupo de médicos y otros expertos en atención médica a los que el Gobierno federal les paga por evaluar y ayudar a mejorar la calidad de la atención que se brinda a las personas con Medicare. Esto incluye revisar las decisiones del plan sobre cuándo es el momento de dejar de cubrir ciertos tipos de atención médica. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Presenta su apelación de Nivel 1. Comuníquese con la Organización para la Mejora de la Calidad y solicite una apelación de vía rápida. Debe actuar rápidamente.

¿Cómo puede ponerse en contacto con esta organización?

- En el aviso por escrito que recibió (Aviso de No Cobertura de Medicare), 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 el Capítulo 2.

Actúe rápido:

- Debe comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad a fin de iniciar su apelación **al mediodía del día anterior a la fecha de vigencia** indicada en el Aviso de No Cobertura de Medicare.

Su plazo para ponerse en contacto con esta organización.

- 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 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.

Término Legal
"Explicación Detallada de No Cobertura". Es un aviso donde se proporcionan detalles sobre los motivos de la finalización de la cobertura.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización para la Mejora de la Calidad ("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 la **Explicación Detallada de No Cobertura** de parte nuestra, en la que se explican detalladamente las razones por las cuales queremos finalizar la cobertura de sus servicios.

Paso 3: En un plazo de un día completo después de tener toda la información que necesitan, los revisores le comunican su decisión.

¿Qué sucede si la respuesta de los revisores es sí?

- Si los revisores aceptan su apelación, entonces **debemos seguir brindándole servicios cubiertos mientras sigan siendo médicamente necesarios.**
- Usted tendrá que seguir pagando su parte de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Es posible que haya limitaciones en sus servicios cubiertos.

¿Qué sucede si la respuesta de los revisores es no?

- Si los revisores rechazan su solicitud, entonces **su cobertura finalizará en la fecha que le habíamos indicado.**
- Si decide continuar recibiendo servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) después de la fecha en la que finaliza su cobertura, **deberá pagar el costo total de esta atención**.

Paso 4: Si rechazan su apelación de Nivel 1, usted decide si quiere presentar otra apelación.

- Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 1 y usted decide seguir recibiendo la atención después de que haya finalizado la cobertura, puede presentar una apelación de Nivel 2.

Sección 8.4 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más prolongado

Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para la Mejora de la Calidad que revise de nuevo la decisión de su primera apelación. Si la Organización para la Mejora de la Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que deba pagar el costo total de los servicios de cuidado de la salud en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada o en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF) después de la fecha en que dijimos que su cobertura terminaría.

Paso 1: Usted se comunica con la Organización para la Mejora de la Calidad nuevamente para solicitar 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 después de recibida su solicitud de apelación, los revisores deciden sobre su apelación y le informan su decisión.

¿Qué sucede si la organización de revisión la acepta?

- **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 tomada con respecto a su apelación de Nivel 1.
- 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 respuesta es no, tiene que decidir si quiere continuar con la apelación.

- Hay tres nivele|s adicionales después del Nivel 2, lo que representa un total de cinco niveles de apelación. Si decide presentar una apelación de Nivel 3, tendrá los detalles de cómo hacerlo en el aviso por escrito que recibe después de la decisión 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 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, debe actuar rápidamente para comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad y comenzar su primera apelación (en un plazo de un día o dos, como máximo). Si se vence el plazo para comunicarse con esta organización, hay otra forma de presentar su apelación. Si usa esta otra forma de presentar su apelación, los primeros dos niveles de apelación son diferentes.

Paso a paso: Cómo presentar una Apelación Alternativa de Nivel 1

Término Legal
A la revisión “rápida” (o “apelación rápida”) también se la denomina **“apelación acelerada”**.

Paso 1: Se comunica con nosotros y solicita una “revisión rápida”.

- **Solicite una “revisión rápida**”. Esto significa que nos pide que le demos una respuesta usando los plazos “rápidos” en lugar de los “estándares”. El Capítulo 2 contiene la información de contacto.

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.

Paso 3: Le informamos nuestra decisión en un plazo de 72 horas después de que solicita una “revisión rápida”.

- **Si aceptamos su apelación,** significa que aceptamos que necesita esos servicios durante más tiempo, y seguiremos brindándole los servicios cubiertos mientras sigan siendo médicamente necesarios. También significa que hemos aceptado reembolsarle la parte

que nos corresponde de los costos de la atención que 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,** su cobertura finalizará el día que le indicamos y no pagaremos ninguna parte de los costos después de esta fecha.
- Si continuó recibiendo servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de enfermería especializada o servicios en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) después de la fecha de finalización de su cobertura, **deberá pagar el costo total** de esta atención.

Paso 4: Si rechazamos su apelación rápida, su caso se envía automáticamente al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

Término Legal
El nombre formal para la "organización de revisión independiente" es la **"Entidad de Revisión Independiente"**. En ocasiones, se denomina **"IRE".**

Paso a paso: Proceso de Apelación Alternativa de Nivel 2

Durante la apelación de Nivel 2, la **organización de revisión independiente** revisa la decisión que tomamos sobre su "apelación rápida". Esta organización decide si se debe cambiar la decisión. **La organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare**. Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una compañía que elige Medicare para que sea la organización de revisión independiente. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Enviamos su caso automáticamente a la organización de revisión independiente.

- Estamos obligados a enviar la información para su apelación de Nivel 2 a la Organización de Revisión Independiente en un plazo de 24 horas a partir del momento en que le informamos que rechazamos su primera apelación. (Si cree que no estamos cumpliendo con este plazo o con otros, puede presentar una queja. 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.

- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente la información relacionada con su apelación.
- **Si esta organización acepta su apelación,** debemos 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 hay 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 respecto de la primera apelación y no la modificará.
- En el aviso que recibe de la organización de revisión independiente, se le explicará por escrito qué puede hacer si desea presentar 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 nivele|s adicionales después del Nivel 2, lo que representa un total de cinco niveles de apelación. Si decide presentar una apelación de Nivel 3, tendrá los detalles de cómo hacerlo en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- Una 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 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 presentó apelaciones de Nivel 1 y Nivel 2, y ambas fueron 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. En la respuesta por escrito que reciba a su apelación de Nivel 2, se le explicará cómo presentar 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 las siguientes personas en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3 Un Juez Administrativo o un mediador que trabaje 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 apelación puede o no haber terminado.** A diferencia de la decisión de la apelación de Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de la apelación de Nivel 3 que sea favorable para usted. Si decidimos apelar, se enviará a una apelación de Nivel 4.

- Si decidimos no presentar una apelación, debemos autorizar o proporcionar el servicio en un plazo de 60 días corridos después de recibir 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. En el aviso que reciba, se le indicará qué debe hacer para presentar una apelación de Nivel 4.

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 respuesta es afirmativa, o si el Consejo rechaza nuestra solicitud para revisar una decisión de apelación de Nivel 3 favorable para usted, el proceso de apelaciones puede o no haberse terminado.** A diferencia de la decisión tomada en el Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 4 favorable para usted. Decidiremos si apelamos o no esta decisión al Nivel 5.
  - Si decidimos no apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionarle el servicio dentro de los 60 días corridos desde 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 y cómo hacerlo.

Apelación de Nivel 5 Un juez del **Tribunal de Distrito Federal** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si aceptar o rechazar su solicitud. Esta es una respuesta definitiva. No hay más niveles de apelación después del Tribunal del Distrito Federal.

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 presentó apelaciones de Nivel 1 y Nivel 2, y ambas fueron 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 comunicarse 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 las siguientes personas en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3 Un Juez Administrativo o un mediador que trabaje para el Gobierno federal revisarán su apelación y le darán una respuesta.

- **Si la apelación se acepta, el proceso de apelaciones concluye.** Debemos **autorizar o 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. En el aviso que reciba, se le indicará qué debe hacer para presentar una apelación de Nivel 4.

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.** 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 se le indicará si las normas le permiten pasar a

una apelación de Nivel 5. En el aviso 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.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si aceptar o rechazar su solicitud. Esta es una respuesta definitiva. No hay más niveles de apelación después del Tribunal del Distrito Federal.

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

Sección 10.1 ¿Qué tipos de problemas se abordan mediante el proceso 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. A continuación, encontrará algunos ejemplos de los tipos de problemas que pueden gestionarse a través del proceso de quejas.

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	• ¿Alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial?
Falta de respeto, mal servicio al cliente u otro comportamiento negativo	• ¿Alguien ha sido descortés o le ha faltado el respeto? • ¿No está satisfecho con nuestros 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 o en el consultorio, o al recibir una receta.

Queja	Ejemplo
Limpieza	• ¿No está satisfecho con la limpieza o el estado de una clínica, un hospital o un consultorio médico?
Información que obtiene de nosotros	• ¿No le enviamos un aviso obligatorio? • ¿Es difícil entender nuestra información escrita?
Puntualidad (Estos tipos de quejas se relacionan con la puntualidad de las medidas que tomamos con respecto a las decisiones de cobertura y las apelaciones)	Si nos solicitó una decisión de cobertura o presentó una apelación, y le parece que no estamos respondiendo lo suficientemente rápido, puede presentar una queja por nuestra lentitud. Estos son algunos ejemplos: • Solicitó "decisiones de cobertura rápida" o una "apelación rápida" y la rechazamos; puede presentar una queja. • Cree que no estamos cumpliendo con los plazos para las decisiones de cobertura o apelaciones; puede presentar una queja. • Cree que no estamos cumpliendo con los plazos para cubrir o reembolsarle ciertos servicios médicos o medicamentos que fueron aprobados; puede presentar una queja. • Cree que no cumplimos con los plazos requeridos para enviar su caso a la organización de revisión independiente; puede presentar una queja.

Sección 10.2 Cómo presentar una queja

Términos legales

- Una **"queja"** también se denomina **"reclamo".**
- **"Presentar una queja"** también se denomina **"interponer un reclamo".**
- "**Utilizar el proceso para presentar quejas"** también se denomina "**utilizar el proceso para interponer un reclamo".**
- Una **"queja rápida"** también se denomina **"reclamo acelerado".**

Sección 10.3 Paso a paso: Presentar una queja

<u>Paso 1:</u> Se comunica con nosotros de inmediato, ya sea por teléfono o por escrito.

- **Habitualmente, el primer paso consiste en llamar al Departamento de Servicios para los miembros.** Si debe hacer algo más, Servicios para los Miembros se lo indicará.

- **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 interpone un reclamo en su nombre y fue designado legalmente como representante (una persona autorizada por el tribunal. Podría incluir, entre otros, un tutor designado por el tribunal, una persona con un poder duradero, un apoderado para la atención médica, una persona designada en virtud de una ley 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 telefónicos del miembro y de la persona designada.
  • Número de reclamación de seguro de salud (Health Insurance Claim Number, HICN), número de Identificación de Beneficiario de Medicare o número de identificación del plan del miembro.
  • El estado profesional del representante designado o su relación con el miembro.
  • Una explicación por escrito 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 en la que se autorice la divulgación de información de identificación personal al representante.
  • Una declaración de la persona designada que indique que él o ella acepta el nombramiento.
  • Las firmas del miembro y la persona designada, y la fecha.

  El formulario de representación tiene una validez de un año a partir de la fecha en que se hayan firmado tanto el afiliado como la persona designada, a menos que se revoque. Puede encontrar formularios de AOR 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 enviarla por correo electrónico a Qualityteam@Cloverhealth.com.

- La **fecha límite** para presentar una queja es de 60 días corridos a partir del momento en que tuvo el problema por el que desea quejarse.

Paso 2: Analizamos su queja y le respondemos.

- **De ser posible, le daremos una respuesta de inmediato.** Si nos llama por una queja, tal vez podamos darle una respuesta durante esa misma llamada telefónica.
- **La mayoría de las quejas se responden dentro de los 30 días corridos.** 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 corridos en total) en responder a su queja. Si decidimos tomar días adicionales, se lo notificaremos por escrito.

- **Si presenta una queja porque rechazamos su solicitud de "decisión de cobertura rápida" o una "apelación rápida", le otorgaremos de forma automática una "queja rápida".** Si se le aceptó una "queja rápida", significa que le daremos **una respuesta en un plazo de 24 horas**.
- **Si no estamos de acuerdo** con la totalidad o una parte de la queja, o si no nos hacemos responsables del problema por el que se está quejando, incluiremos nuestras razones en nuestra respuesta.

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

Cuando su queja es sobre la calidad de la atención, también tiene dos opciones adicionales:

- **Puede presentar su queja directamente a la Organización para la Mejora de la Calidad.**
- La Organización para la Mejora de la Calidad es un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica a los que el Gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare. El Capítulo 2 contiene la información de contacto.

O

- **Puede presentar su queja a la Organización para la Mejora de la Calidad y a nosotros al mismo tiempo**.

Sección 10.5 También puede informar a Medicare su queja

Puede enviar una queja sobre Clover Health Choice Value (PPO) directamente a Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, ingrese en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. También puede llamar al

1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

CAPÍTULO 10:
Cómo cancelar su membresía en el plan

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

La cancelación de su membresía en Clover Health Choice Value (PPO) puede ser **voluntaria** (su propia elección) o **involuntaria** (cuando no es su elección):

- Puede abandonar nuestro plan porque decidió que no quiere ser parte de él. En las secciones 2 y 3, se proporciona información sobre cómo finalizar su membresía de manera voluntaria.
- También existen situaciones limitadas en las que debemos ponerle fin a su membresía. En la Sección 5, se describen situaciones en las que debemos cancelar su membresía.

Si abandona nuestro plan, este debe continuar proporcionando su atención médica y medicamentos con receta, y usted debe continuar pagando su parte de los costos hasta que finalice su membresía.

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

Sección 2.1 Puede finalizar su membresía durante el Período de Inscripción Anual

Usted puede finalizar su membresía en nuestro plan durante el **Período de Inscripción Anual** (también conocido como el "Período de Inscripción Abierta Anual"). Durante este tiempo, revise su cobertura médica y de medicamentos, y decida sobre la cobertura para el próximo año.

- **El Período de Inscripción Anual** es desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre**.
- **Puede elegir mantener su cobertura actual o hacer cambios en su cobertura para el próximo año.** Si decide cambiar a un nuevo plan, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
  - Otro plan de salud de Medicare con o sin cobertura para medicamentos con receta.
  - Medicare Original con un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
  - Medicare Original sin un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
    - Si elige esta opción, Medicare lo puede inscribir a un plan de medicamentos, a menos que se haya excluido 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 días consecutivos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D para inscribirse más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.

- **Su membresía finalizará en nuestro plan** cuando comience la cobertura de su nuevo plan el 1 de enero.

Sección 2.2 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.**

- **El Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage anual** es desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo.
- **Durante el Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage anual,** usted puede hacer lo siguiente:
  - Cambiarse a otro plan Medicare Advantage con o sin cobertura de 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.
- **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 Choice Value (PPO) pueden reunir los requisitos para cancelar su membresía en otros momentos del año. Esto se conoce como **Período de Inscripción Especial.**

Usted puede reunir los requisitos para poner fin a su membresía durante un Período de Inscripción Especial si se da alguna de las siguientes situaciones. 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.

Los períodos de inscripción varían según cada caso.

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 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. Puede elegir entre las siguientes opciones:

- Otro plan de salud de Medicare con o sin cobertura para medicamentos con receta.
- Medicare Original con un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.

O

- O Medicare Original sin un plan separado de medicamentos recetados de Medicare.

  Nota: Si cancela su inscripción en un plan de medicamentos con receta de Medicare y no tiene otra cobertura acreditable para medicamentos con receta durante 63 días consecutivos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D para inscribirse más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.

Por lo general, su membresía finalizará el primer día del mes después de que se reciba su solicitud para cambiar de plan.

Si recibe "Ayuda Adicional" de Medicare para pagar sus medicamentos con receta: Si cambia a Medicare Original y no se inscribe a un plan separado de medicamentos con receta de Medicare, Medicare puede inscribirlo a un plan de medicamentos, a menos que se haya excluido de la inscripción automática.

Sección 2.4 ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede cancelar su membresía?

Si tiene alguna pregunta sobre cómo finalizar su membresía, puede hacer lo siguiente:

- **Llame a Servicios para los Miembros**.
- Puede encontrar la información en el manual **Medicare & You (Medicare y Usted) 2023**.
- Llame a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. (TTY 1-877-486-2048).

SECCIÓN 3 ¿Cómo cancela su membresía en nuestro plan?

En la siguiente tabla, se 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 Choice Value (PPO) 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 Choice Value (PPO) se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
• Medicare Original sin un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.	• **Envíenos una solicitud escrita para dar de baja a su inscripción.** • Comuníquese con Servicios para los Miembros si necesita obtener más información sobre cómo hacer esto. • 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 deben llamar al 1-877-486-2048. • Su inscripción en Clover Health Choice Value (PPO) 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

Hasta que finalice su membresía y comience su nueva cobertura de Medicare, debe continuar recibiendo su atención médica y medicamentos con receta a través de nuestro plan.

- **Debe seguir utilizando nuestros proveedores de la red para recibir la atención médica.**
- **Continúe utilizando las farmacias de nuestra red o pedidos por correo para surtir sus recetas**
- **Si está hospitalizado el día que finaliza su membresía, su hospitalización estará 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 Choice Value (PPO) debe cancelar su membresía en el plan en ciertas situaciones

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos finalizar su membresía en el plan?

Clover Health Choice Value (PPO) 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, llame a Servicios para los Miembros a fin de averiguar si el lugar adonde se muda o al que viaja está en el área de nuestro plan.
- Si es encarcelado (va a prisión).
- Si ya no es ciudadano estadounidense o no se encuentra en los Estados Unidos de manera legal.
- Si miente o encubre información sobre otro seguro que tenga que le ofrezca 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, llame a Servicios para los Miembros.

Sección 5.2 Nosotros no podemos pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con la salud

Clover Health Choice Value (PPO) no puede pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con la salud.

¿Qué debe hacer si sucede esto?

Si le parece que le están pidiendo que deje nuestro plan por un motivo relacionado con la salud, debe llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (TTY 1-877-486-2048), las 24 horas al día, 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.

CAPÍTULO 11:
Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre las leyes aplicables

La ley principal que se aplica a este documento de Evidencia de Cobertura es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y las normas creadas bajo esta ley por parte de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS). Además, es posible que se apliquen otras leyes federales y, en determinadas circunstancias, las leyes del estado en el que vive. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades, incluso si las leyes no están incluidas ni explicadas en este documento.

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación

No discriminamos por motivos de raza, origen étnico, nacionalidad, color, religión, sexo, género, edad, orientación sexual, discapacidad mental o física, estado de salud, experiencia de reclamaciones, antecedentes médicos, 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** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697) o a su Oficina de Derechos Civiles local. También puede revisar la información de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos en https://www.hhs.gov/ocr/index.

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda con el acceso a la atención, llámenos a Servicios para los Miembros. 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 de 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 Choice Value (PPO), 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

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: El período es desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre, todos los años, en el que los miembros pueden cambiar de planes de medicamentos y salud o elegir Medicare Original.

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 nuestra de interrumpir los servicios que está recibiendo.

Facturación de saldos: Cuando un proveedor (un médico o un hospital) factura al paciente más que el monto del costo compartido permitido por el plan. Como miembro de Clover Health Choice Value (PPO), 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 que debe pagar.

Período de Beneficios: La manera en que tanto nuestro plan como Medicare Original miden su uso de los servicios de los hospitales y centros de atención de enfermería especializada (SNF). El período de beneficios comienza el día en que usted va a un hospital o centro de atención de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza cuando no haya recibido servicios de atención para pacientes internados en un hospital (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si lo internan en un hospital o un centro de atención de enfermería especializada después de que un período de beneficios haya terminado, comenzará un período de beneficios nuevo. 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 $7,400 en medicamentos cubiertos durante el año cubierto.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS): Es la agencia federal que administra Medicare.

Plan de Necesidades Especiales para Cuidados Crónicos (C-SNP): Los C-SNP son SNP que restringen la inscripción a personas con necesidades especiales con determinadas afecciones

crónicas graves o incapacitantes, definidas en 42 CFR 422.2. Un C-A SNP debe tener características específicas que vayan más allá de la prestación de servicios básicos de la Parte A y la Parte B de Medicare y de la coordinación de la atención que se exige a todos los planes de atención coordinada de Medicare Advantage para recibir la designación especial y las facilidades de comercialización e inscripción que se ofrecen a los C-SNP.

Coseguro: Es un monto que se le pedirá que pague, expresado como un porcentaje (por ejemplo, del 20%), de su parte de los costos por los medicamentos con receta y servicios después de pagar los deducibles.

Monto máximo de bolsillo combinado: Es lo máximo que pagará en un año por todos los servicios de las Partes A y B de proveedores de la red (preferidos) y proveedores fuera de la red (no preferidos).

Reclamo: El término formal para "presentar una queja" es "interponer un reclamo". El proceso de queja se utiliza solo para ciertos 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. También incluye quejas si su plan no cumple con los períodos en el proceso de apelación.

Centros de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF): Un centro que brinda principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, lo que incluye servicios como fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios de patología del habla y el lenguaje, y servicios de evaluación del entorno en el hogar.

Copago: 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 un monto establecido (por ejemplo, $10) en lugar de un porcentaje.

Costo compartido: El costo compartido se refiere a los montos que un miembro tiene que pagar cuando recibe servicios o medicamentos. (Esto es adicional a la prima mensual del plan). El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos:
(1) cualquier deducible que imponga un plan antes de cubrir los servicios o los medicamentos;
(2) cualquier "copago" fijo que exija un plan cuando se reciba un servicio o un medicamento en particular; o (3) cualquier "coseguro", un porcentaje de la cantidad total pagada por un medicamento o un servicio, que exija un plan cuando se reciba un servicio o un medicamento en particular.

Nivel de costo compartido: cada medicamento de la lista de medicamentos cubiertos está en uno de los 5 niveles de costo compartido. En general, cuanto más alto sea el nivel de costo compartido, más alto será el costo del medicamento para usted.

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 se denominan "decisiones de cobertura" en este documento.

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 que usamos en esta Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC) 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, normalmente, pueden 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 es proporcionado por 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, un ejemplo: Si su copago para suministro de un mes de un medicamento es de $30 y un suministro de un mes en su plan es 30 días, luego su "tarifa diaria de costo compartido" es $1 por día.

Deducible: El monto que debe pagar por atención médica o recetas antes de que nuestro plan lo pague.

Cancelar la inscripción o **cancelación de la inscripción**: Es el proceso de cancelación de su membresía en nuestro plan.

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, como el tiempo que tarda el farmacéutico en preparar y envasar la receta.

Planes de Necesidades Especiales con Doble Elegibilidad (D-SNP): Los D-SNP (Dual Eligible Special Needs Plans) inscriben personas que tienen derecho tanto a Medicare (título XVIII de la Ley de Seguro Social) como a la asistencia médica de un plan estatal bajo Medicaid (título XIX). Los estados cubren algunos costos de Medicare, según el estado y la elegibilidad de la persona.

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 (y, si está embarazada, pierda al bebé), una extremidad o las funciones de una extremidad, o para evitar la pérdida o el deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una condición médica que se agrava rápidamente.

Atención de Emergencia: Los servicios cubiertos que son (1) proporcionados por un proveedor calificado para brindar servicios de emergencia y (2) 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: Un tipo de determinación de cobertura que, si se aprueba, le permite obtener un medicamento que no está en nuestro formulario (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 nuestro plan le exige que pruebe otro medicamento antes de recibir el medicamento que está solicitando, o si nuestro plan limita la cantidad o la dosis del medicamento que está solicitando (una excepción al formulario).

Ayuda Adicional: Es un programa estatal o 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 usted presenta sobre nuestro plan, los proveedores o las farmacias, incluidas las quejas acerca de la calidad de la atención. Este no está relacionado con disputas de cobertura ni de pago.

Auxiliar de Atención Médica a Domicilio: Una persona que brinda servicios que no requieren las habilidades de enfermeros o terapeutas certificados, como ayudar con la atención personal (p. ej., bañarse, usar el baño, vestirse o realizar ejercicios prescritos).

Hospicio o Centro para Enfermos Terminales: Un beneficio que proporciona un tratamiento especial para un miembro que fue diagnosticado como un enfermo terminal, lo que significa que tiene una esperanza de vida de 6 meses o menos. 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, como también los beneficios complementarios que ofrecemos.

Hospitalización: Una estadía hospitalaria cuando usted quedó internado en el hospital 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 (Income Related Monthly Adjustment Amount). 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 $4,660.

Período de Inscripción Inicial: Cuando usted acaba de hacerse elegible para Medicare, es el período durante el que puede inscribirse a la Parte A y la Parte B de Medicare. Si es elegible para Medicare cuando cumple 65 años, su Período de Inscripción Inicial es el período de 7 meses que empieza 3 meses antes del mes en que cumple 65 años. Este incluye el mes cuando cumple 65 años y termina 3 meses después de dicho mes.

Monto máximo de bolsillo dentro de la red: Es el monto máximo que pagará por servicios de las Partes A y B cubiertos que reciba de proveedores de la red (preferidos). Después de que haya alcanzado este límite, no tendrá que pagar nada cuando reciba servicios cubiertos de proveedores de la red por el resto del año del contrato. Sin embargo, hasta que alcance el monto máximo combinado de bolsillo, debe continuar pagando su parte del costo cuando lo atienda un proveedor fuera de la red (no preferido).

Plan de Necesidades Especiales (Special Needs Plan, SNP) institucional: Un plan 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). En estos centros se pueden incluir un centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facilit, SNF), un centro de enfermería (Nursing Facility, NF), (SNF/NF), un centro de cuidados intermedios para personas con discapacidades intelectuales (Intermediate Care Facility for Individuals with Intellectual Disabilities, ICF/IID), un centro psiquiátrico para pacientes internados o centros aprobados por CMS donde se brinden servicios de atención médica similares a largo plazo que estén cubiertos por la Parte A de Medicare, la Parte B de Medicare o por Medicaid; y cuyos

residentes tengan necesidades y estados de atención médica similares a los otros tipos de centros mencionados. Un Plan de Necesidades Especiales institucional debe tener un acuerdo contractual con los centros de LTC específicos (o poseer y operar dichos centros).

Plan de necesidades especiales (Special Needs Plan, SNP) Institucional Equivalente: Un plan 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.

Subsidio por Bajos Ingresos (LIS): Consulte "Ayuda Adicional".

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 estatales de Medicaid varían, pero cubren la mayoría de los costos de atención médica si usted califica para Medicare y Medicaid.

Indicación médicamente aceptada: uso de un medicamento que está aprobado por la FDA y respaldado por ciertos libros de referencia.

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 requieren diálisis o trasplante de riñón).

Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage: El período desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo cuando 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 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): En ocasiones, es denominado Parte C de Medicare. Un plan ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para proveerle todos los beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare. Un plan Medicare Advantage puede ser lo siguiente: i) una Organización para el Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance

Organization, HMO), ii) una PPO, iii) un plan Privado de Pago por Servicio (Private Fee-for-Service, PFFS) o iv) un plan de Cuenta de Ahorro para Gastos Médicos (Medical Savings Account, MSA) de Medicare. Además de elegir entre estos tipos de planes, un plan Medicare Advantage HMO o PPO también puede ser un Plan para Necesidades Especiales (SNP). 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.**

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.

Servicios Cubiertos por Medicare: Servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes médicos de Medicare deben cubrir todos los servicios que están cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. El término Servicios Cubiertos por Medicare no incluye los beneficios adicionales, como los servicios para la vista, dentales o para la audición, que un plan de Medicare Advantage puede ofrecer.

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 Planes para Necesidades Especiales, los Programas Piloto/de Demostración y los Programas de Atención Integral para Personas de Edad Avanzada (Programs of All-inclusive Care for the Elderly, 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): Es el seguro complementario de Medicare vendido por una compañía de seguros privada para cubrir ciertas "faltas de 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.

Farmacia de la Red: Una farmacia que tiene contrato con nuestro plan y en la que los miembros del plan pueden obtener los beneficios de medicamentos con receta. En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta están cubiertos solo si se obtienen en una de nuestras farmacias de la red.

Proveedor de la Red: "Proveedor" es el término general 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 proporcionar servicios de atención médica. Los "**proveedores de la red**" tienen un acuerdo con nuestro plan para aceptar nuestro pago en su totalidad y, en algunos casos, para coordinar y brindar cuidados médicos que están cubiertos para los miembros de nuestro plan. Los proveedores de la red también se denominan "proveedores del plan".

Determinación de la Organización: Una decisión que nuestro plan toma con respecto a si los artículos o servicios están cubiertos o cuánto tiene que pagar usted por los artículos o servicios cubiertos. Las determinaciones de la organización se denominan "decisiones de cobertura" en este documento.

Medicare Original ("Medicare Tradicional" o plan Medicare con "Pago por Servicio"): El plan Medicare Original es ofrecido por el Gobierno y no es 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 recibir servicios de 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 todo 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. 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 o Centro Fuera de la Red: Un proveedor o establecimiento que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar los servicios que están cubiertos para los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no pertenecen a nuestro plan y no son administrados ni están empleados por este.

Costos de Bolsillo: Consulte la definición de "costo compartido" más arriba. 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 Cuidado de la Salud Todo Incluido para Adultos) combina los servicios médicos, sociales y de cuidados a largo plazo para las personas débiles para ayudarlos a mantenerse independientes y vivir en su comunidad (en lugar de mudarse a un centro de cuidados médicos no especializados) siempre que sea posible. 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.

Medicamentos de la Parte D: Medicamentos que pueden estar cubiertos por la Parte D. Podemos ofrecer o no todos los medicamentos de la Parte D. El Congreso excluyó ciertas categorías de medicamentos como medicamentos cubiertos de la Parte D. Cada plan debe cubrir determinadas categorías de 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.

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 (Primary Care Provider, PCP): El médico u otro proveedor que usted visita en primer lugar para la mayoría de sus problemas de salud. En muchos planes de salud de Medicare, debe consultar a su proveedor de atención primaria antes de ver a cualquier otro proveedor de atención de la salud.

Autorización Previa: Aprobación por adelantado para obtener ciertos servicios o medicamentos. En la parte de la red de un plan de PPO, 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 un plan de PPO, no necesita autorización previa para recibir servicios fuera de la red. Sin embargo, es aconsejable consultar con el plan antes de obtener servicios de proveedores fuera de la red para confirmar si el servicio está cubierto por su plan y cuál es su responsabilidad de costo compartido. En la Tabla de beneficios del Capítulo 4, se señalan los servicios cubiertos que necesitan autorización previa. Los medicamentos que necesitan autorización previa están marcados en el formulario.

Dispositivos Ortésicos y Protésicos: Dispositivos médicos, incluidos, entre otros, 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.

Límites de cantidad: una herramienta de gestión diseñada para limitar el uso de medicamentos seleccionados por motivos de calidad, seguridad o utilización. Los límites también pueden ser en la cantidad de medicamento que cubrimos por receta o durante un período definido.

Servicios de rehabilitación: Estos servicios incluyen fisioterapia, terapia del habla y del lenguaje, y terapia ocupacional.

Área de Servicios: Un área geográfica en la que debe vivir para inscribirse en un plan de salud en particular. En el caso de los planes que limitan qué médicos y hospitales puede utilizar, también suele ser el área donde puede obtener servicios de rutina (no de emergencia). El plan debe cancelar su inscripción si se muda fuera del área de servicio del plan de manera permanente.

Atención 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 incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo pueden ser administradas por un enfermero registrado o un médico.

Período de inscripción especial: un tiempo determinado para que los miembros puedan cambiar sus planes de salud o medicamentos, o volver a Medicare Original. 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, quienes viven en un centro de cuidados médicos no especializados o quienes 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 Urgencias: Servicios cubiertos que no son servicios de emergencia, proporcionados cuando los proveedores de la red no están disponibles, no se puede acceder a ellos temporalmente o el miembro está fuera del área de servicios. Por ejemplo, necesita atención

inmediata durante el fin de semana. Los servicios deben ser médicamente necesarios de inmediato.

Servicios para los miembros de Clover Health Choice Value (PPO)

Método	Información de Contacto del Departamento de Servicios para los Miembros
LLAME AL	1-888-778-1478 Las llamadas a este número son gratuitas. Servicios para los Miembros está disponible 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	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Servicios para los Miembros está disponible 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

New Jersey SHIP

New Jersey SHIP es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros de salud, a nivel local y en forma gratuita, a las personas que tienen Medicare.

Método	Información de contacto
LLAME AL	1-800-792-8820 (dentro del estado únicamente); 1-877-222-3737 (fuera del estado)
TTY/TDD	711
ESCRIBA A	Division of Aging and Community Services Department of Health PO Box 715 Trenton, NJ 08625-0715
SITIO WEB	www.state.nj.us/humanservices/doas/services/ship/index.html

Declaración de Divulgación de PRA De acuerdo con la Ley de Reducción de Documentación (Paperwork Reduction Act, PRA) de 1995, ninguna persona está obligada a 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/eoc

1-888-778-1478 (TTY 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_22MX033B5_C