



Mercy Care Advantage (HMO SNP) 2023 Evidence of Coverage *Evidencia de Cobertura 2023*



Mercy Care Advantage is an HMO SNP with a Medicare contract and a contract with the Arizona Medicaid Program. Enrollment in Mercy Care Advantage depends on contract renewal.

Mercy Care Advantage es una organización HMO SNP bajo contrato con Medicare y un contrato con el Programa Medicaid de Arizona. La inscripción en Mercy Care Advantage depende de la renovación del contrato.

We're here to help *Estamos aquí para ayudar*

You may have questions as you read through this information. And that's OK — we're here to help.
Es posible que tenga preguntas mientras lee esta información. Y está bien, estamos aquí para ayudar.

Call **602-586-1730** or **1-877-436-5288 (TTY: 711)**, 8:00 a.m. – 8:00 p.m., 7 days a week
Llame **602-586-1730** ó **1-877-436-5288 (TTY: 711)**, 8:00 a.m. a 8:00 p.m., 7 días de la semana



1 de enero – 31 de diciembre de 2023

Evidencia de cobertura:

Los beneficios y servicios de salud y la cobertura para medicamentos con receta de Medicare como miembro de Mercy Care Advantage (HMO SNP)

Este documento proporciona detalles acerca de la cobertura de atención médica y para medicamentos con receta de Medicare y Medicaid 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 el Departamento de Servicios para Miembros al 602-586-1730 o al 1-877-436-5288. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Los horarios de atención son de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana.

Este plan, Mercy Care Advantage, es ofrecido por Mercy Care. (Cuando esta *Evidencia de cobertura* dice “nosotros”, “nos” o “nuestro/a”, hace referencia a Mercy Care. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a Mercy Care Advantage).

Este documento está disponible sin cargo en español. Este documento puede estar disponible en otros formatos, como letra grande u otros formatos alternativos. Para obtener más información, llame al Departamento de Servicios para Miembros a los números de teléfono que aparecen arriba.

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

El formulario, la red de farmacias o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Usted recibirá un aviso cuando sea necesario. Notificaremos a los inscritos afectados acerca de cambios con al menos 30 días de anticipación.

Este documento explica sus beneficios y derechos. Utilice este documento para comprender lo siguiente:

- La prima y el costo compartido de su plan;
- Sus beneficios médicos y de medicamentos con receta;
- Cómo presentar un reclamo si no está conforme con un servicio o tratamiento;
- Cómo puede comunicarse con nosotros si necesita más ayuda; y
- Otras protecciones requeridas por la ley de Medicare.

Evidencia de cobertura de 2023**Índice**

CAPÍTULO 1: <i>Primeros pasos como miembro</i>	5
SECCIÓN 1 Introducción	6
SECCIÓN 2 ¿Cuáles son los requisitos de elegibilidad para ser miembro del plan?	8
SECCIÓN 3 Documentación importante de membresía que recibirá	11
SECCIÓN 4 Sus costos mensuales de Mercy Care Advantage	13
SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual	16
SECCIÓN 6 Mantenga actualizado su registro de miembro del plan	16
SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan	17
CAPÍTULO 2: <i>Números de teléfono y recursos importantes</i>	19
SECCIÓN 1 Información de contacto de Mercy Care Advantage (cómo puede ponerse en contacto con nosotros, incluso cómo comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros).....	20
SECCIÓN 2 Medicare (Cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal de Medicare).....	25
SECCIÓN 3 Programa estatal de asistencia en seguros de salud (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)	27
SECCIÓN 4 Organización para la mejora de la calidad	28
SECCIÓN 5 Seguro Social	29
SECCIÓN 6 Medicaid	30
SECCIÓN 7 Información sobre programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos con receta	33
SECCIÓN 8 Cómo ponerse en contacto con la Junta de jubilación para ferroviarios.....	36
SECCIÓN 9 ¿Tiene un “seguro grupal” u otro seguro de salud de un empleador?	36
CAPÍTULO 3: <i>Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos</i>	37
SECCIÓN 1 Lo que debe saber sobre cómo obtener atención médica y otros servicios como miembro de nuestro plan.....	38
SECCIÓN 2 Use los proveedores de la red del plan para obtener atención médica y otros servicios	40
SECCIÓN 3 Cómo puede obtener los servicios cubiertos cuando tiene una emergencia o necesidad urgente de recibir atención o durante un desastre.....	44
SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de los servicios cubiertos?	47

SECCIÓN 5	Cómo se cubren los servicios médicos cuando participa en un “estudio de investigación clínica”	48
SECCIÓN 6	Normas para recibir atención en una “institución religiosa de atención sanitaria no médica”	50
SECCIÓN 7	Normas para la posesión de equipos médicos duraderos	51
CAPÍTULO 4: <i>Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)</i>		53
SECCIÓN 1	Cómo comprender los costos que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos	54
SECCIÓN 2	Utilice la <i>Tabla de beneficios médicos</i> para averiguar qué es lo que está cubierto y cuánto le corresponderá pagar	56
SECCIÓN 3	¿Qué servicios están cubiertos fuera de Mercy Care Advantage?	114
SECCIÓN 4	¿Qué servicios no cubre Medicare?	114
CAPÍTULO 5: <i>Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D</i>		118
SECCIÓN 1	Introducción	119
SECCIÓN 2	Obtenga su medicamento con receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan	120
SECCIÓN 3	Sus medicamentos deben estar en la “Lista de medicamentos” del plan.....	124
SECCIÓN 4	Hay restricciones respecto de la cobertura de algunos medicamentos	126
SECCIÓN 5	¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera en que usted querría que lo estuviera?	128
SECCIÓN 6	¿Qué sucede si cambia la cobertura para alguno de sus medicamentos?.....	130
SECCIÓN 7	¿Qué tipos de medicamentos <i>no</i> cubre el plan?	133
SECCIÓN 8	Cómo obtener un medicamento con receta	134
SECCIÓN 9	Cobertura para medicamentos de la Parte D en situaciones especiales	135
SECCIÓN 10	Programas sobre la seguridad y administración de los medicamentos	137
CAPÍTULO 6: <i>Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D</i>		140
SECCIÓN 1	Introducción	141
SECCIÓN 2	El precio que paga por un medicamento depende de la “etapa de pago de medicamentos” en la que esté cuando obtiene el medicamento	144
SECCIÓN 3	Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos y la etapa de pago en la que se encuentra	144
SECCIÓN 4	No se aplican deducibles para Mercy Care Advantage.	146
SECCIÓN 5	Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga su parte	146

SECCIÓN 6	No hay período sin cobertura para Mercy Care Advantage.....	149
SECCIÓN 7	Durante la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, el plan paga todos los costos de sus medicamentos	150
SECCIÓN 8	Vacunas de la Parte D. Lo que usted paga depende de cómo y dónde las obtiene	150
CAPÍTULO 7: <i>Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos</i>		
152		
SECCIÓN 1	Cómo solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que recibió.....	153
SECCIÓN 2	Cómo solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que recibió.....	155
SECCIÓN 3	Analizaremos su solicitud de pago y decidiremos si le pagaremos o no	156
CAPÍTULO 8: <i>Sus derechos y responsabilidades</i>		
157		
SECCIÓN 1	Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales como miembro del plan	158
SECCIÓN 2	Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan.....	169
CAPÍTULO 9: <i>Qué debe hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)</i>		
171		
SECCIÓN 1	Introducción	172
SECCIÓN 2	Dónde obtener más información y asistencia personalizada	173
SECCIÓN 3	¿Qué proceso debe utilizar para resolver su problema?	174
SECCIÓN 4	Manejo de problemas relacionados con sus beneficios de Medicare	175
SECCIÓN 5	Guía para los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones.....	176
SECCIÓN 6	Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura	179
SECCIÓN 7	Medicamentos con receta de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.....	187
SECCIÓN 8	Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto.....	197
SECCIÓN 9	Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo algunos servicios médicos si cree que su cobertura está terminando demasiado pronto	205
SECCIÓN 10	Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y más allá.....	212
SECCIÓN 11	Cómo presentar un reclamo sobre la calidad de la atención, los plazos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes	215
SECCIÓN 12	Manejo de problemas relacionados con sus beneficios de AHCCCS (Medicaid).....	219

CAPÍTULO 10: <i>Cancelación de su membresía en el plan</i>	229
SECCIÓN 1 Introducción a la cancelación de su membresía en nuestro plan	230
SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan?	230
SECCIÓN 3 ¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan?	234
SECCIÓN 4 Hasta que finalice su membresía, debe seguir recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan	236
SECCIÓN 5 Mercy Care Advantage debe finalizar su membresía en el plan en determinadas situaciones	236
CAPÍTULO 11 <i>Avisos legales</i>	238
SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes vigentes	239
SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación	239
SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare	239
CAPÍTULO 12: <i>Definiciones de palabras importantes</i>	242

CAPÍTULO 1:

Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1	Usted está inscrito en Mercy Care Advantage, que es un plan Medicare Advantage especializado (Plan de necesidades especiales)
--------------------	--

Usted tiene cobertura de Medicare y Medicaid:

- **Medicare** es el programa federal de seguros de salud destinado a personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas que padecen enfermedad renal terminal (insuficiencia renal).
- **Medicaid** es un programa conjunto del estado y del gobierno federal que brinda ayuda con los costos médicos a determinadas personas con ingresos y recursos limitados. La cobertura de Medicaid varía según el estado y el tipo de plan de Medicaid que usted tenga. En Arizona, el Sistema de Contención de Costos de Atención Médica de Arizona (AHCCCS) es el plan de Medicaid. Algunas personas con Medicaid reciben ayuda para pagar las primas de Medicare y otros costos. Otras personas también reciben cobertura para servicios y medicamentos adicionales no cubiertos por Medicare.

Usted ha elegido recibir la cobertura para medicamentos con receta y atención médica de Medicare a través de nuestro plan, Mercy Care Advantage. Debemos cubrir todos los servicios de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, el costo compartido y el acceso a los proveedores de este plan difieren de Original Medicare.

Mercy Care Advantage es un plan Medicare Advantage especializado (un “Plan de necesidades especiales” de Medicare), lo que significa que sus beneficios están diseñados para personas con necesidades de atención médica especiales. Mercy Care Advantage está diseñado para personas que tienen Medicare y que también tienen derecho a recibir asistencia del AHCCCS (Medicaid).

Debido a que usted recibe ayuda de AHCCCS (Medicaid) para pagar su costo compartido de la Parte A y Parte B de Medicare (deducibles, copagos y coseguros), es posible que no pague nada por sus servicios de atención médica de Medicare. AHCCCS (Medicaid) también le brinda otros beneficios al cubrir los servicios de atención médica que generalmente no están cubiertos por Medicare. También recibirá “Ayuda adicional” de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos con receta de Medicare. Mercy Care Advantage le ayudará a administrar todos estos beneficios para que pueda obtener los servicios de atención médica y la asistencia con los pagos a los que tiene derecho.

Mercy Care Advantage es administrado por una organización sin fines de lucro. Como todos los planes Medicare Advantage, este Plan de necesidades especiales está aprobado por Medicare. El plan también tiene un contrato con el programa de Medicaid de Arizona (AHCCCS) para coordinar sus beneficios de Medicaid (AHCCCS). Nos complace proporcionarle su cobertura de atención médica de Medicare, incluida la cobertura de sus medicamentos con receta.

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

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

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

Esta *Evidencia de cobertura* describe cómo obtener atención médica y los medicamentos con receta de Medicare. Explica sus derechos y responsabilidades, lo que está cubierto, lo que le corresponde pagar a usted como miembro del plan y cómo presentar un reclamo si no está satisfecho con una decisión o tratamiento.

Los términos “cobertura” y “servicios cubiertos” se refieren a la atención y los servicios médicos y a los medicamentos con receta a su disposición como miembro de Mercy Care Advantage.

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

Si hay algún tema que le confunde o le preocupa, póngase en contacto con el Departamento de Servicios para Miembros.

Sección 1.3 Información legal sobre la *Evidencia de cobertura*

Esta *Evidencia de cobertura* es parte de nuestro contrato con usted sobre cómo Mercy Care Advantage cubre su atención. Las otras partes de este contrato incluyen el formulario de inscripción, la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* y cualquier aviso que reciba de nuestra parte sobre cambios en su cobertura o condiciones adicionales que la afectan. En ocasiones, estos avisos se denominan “cláusulas adicionales” o “enmiendas”.

El contrato estará vigente durante los meses en los que esté inscrito en Mercy Care Advantage, desde el 1 de enero de 2023 hasta el 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 Mercy Care Advantage después del 31 de diciembre de 2023. También podemos decidir dejar de ofrecer el plan en su área de servicio 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 Mercy Care Advantage cada año. Puede seguir obteniendo la cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan solo si decidimos continuar ofreciendo el plan y si Medicare renueva la aprobación del plan.

SECCIÓN 2 ¿Cuáles son los requisitos de elegibilidad para ser miembro del plan?

Sección 2.1	Los requisitos de elegibilidad
--------------------	---------------------------------------

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

- Tenga la Parte A y la Parte B de Medicare.
- Y viva en nuestra área geográfica de servicio (la Sección 2.3 a continuación describe el área de servicio). Se considera que las personas encarceladas no viven en el área geográfica de servicio incluso si se encuentran físicamente en ella.
- Y sea ciudadano o residente legal de los Estados Unidos.
- Y cumpla con los requisitos especiales de elegibilidad que se describen a continuación.

Requisitos especiales de elegibilidad para nuestro plan

Nuestro plan está diseñado para satisfacer las necesidades de las personas que reciben determinados beneficios de Medicaid. (Medicaid es un programa conjunto del estado y del gobierno federal que brinda ayuda con los costos médicos a determinadas personas con ingresos y recursos limitados). A fin de cumplir los requisitos para nuestro plan, usted debe ser elegible tanto para Medicare como para AHCCCS (Medicaid).

Tenga en cuenta lo siguiente: Si pierde la elegibilidad para el AHCCCS (Medicaid), pero puede recuperarla razonablemente dentro de dos meses, sigue siendo elegible para la membresía en nuestro plan (la Sección 2.1 del Capítulo 4 describe la cobertura y el costo compartido durante un periodo de elegibilidad continua estimada).

Sección 2.2	¿Qué es el AHCCCS (Medicaid)?
--------------------	--------------------------------------

AHCCCS (Medicaid) es un programa conjunto del estado y del gobierno federal que brinda ayuda con los costos médicos y de atención a largo plazo a determinadas personas con ingresos y recursos limitados. Cada estado decide qué se considera como ingresos y recursos, quién es elegible, qué servicios se cubren y cuál es el costo de los servicios. Los estados también pueden decidir cómo administrar su programa siempre que sigan las pautas del gobierno federal.

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

- **Beneficiario calificado de Medicare (QMB):** una persona elegible como beneficiario calificado de Medicare (QMB) y elegible para los servicios de cuidados completos del Sistema de contención de costos de atención médica de Arizona

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

- (AHCCCS) o los servicios del Sistema de atención a largo plazo de Arizona (ALTCS). Una persona que es QMB con doble elegibilidad recibe servicios tanto de Medicare como de Medicaid y asistencia con costos compartidos para 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 AHCCCS (Medicaid) (QMB+)).
- **Beneficiario específico de bajos ingresos de Medicare (SLMB):** una persona que reúne los requisitos para ser beneficiario de Medicare y para recibir la asistencia del AHCCCS (Medicaid) con costos compartidos para pagar la prima de la Parte B de Medicare se conoce como beneficiario específico de bajos ingresos de Medicare (SLMB). Esta persona no reúne los requisitos para ser QMB debido a que sus ingresos superan el nivel federal de pobreza de QMB. (Algunos beneficiarios de SLMB también son elegibles para ser beneficiarios totales de AHCCCS (Medicaid) (SLMB+)).
 - **Otra doble elegibilidad con beneficios completos (FBDE):** una persona que no cumple los requisitos de ingresos o de recursos para ser un QMB o un SLMB. Es elegible para Medicaid categóricamente o mediante grupos de cobertura opcionales, como el Programa para personas con necesidades médicas (Medically Needy), la exención de Ticket to Work, o niveles de ingresos especiales para personas institucionalizadas o servicios de exención basados en el hogar y la comunidad. Los pagos del AHCCCS (Medicaid) para el deducible de Medicare y los montos de coseguro para los servicios cubiertos por Medicare son limitados.

Sección 2.3 Esta es el área de servicio del plan para Mercy Care Advantage

Mercy Care Advantage está disponible solo para personas que residen en el área de servicio de nuestro plan. Para seguir siendo miembro de nuestro plan, debe continuar viviendo en el área de servicio del plan. El área de servicio se describe a continuación.

Programa AHCCCS (Medicaid)

Inscritos en Cuidados Completos del AHCCCS (ACC)	Inscritos en el Sistema de atención a largo plazo de Arizona (ALTCS)	Inscritos en la División de Discapacidades del Desarrollo (DDD) del Departamento de Seguridad Económica de Arizona
<ul style="list-style-type: none"> • Condado de Gila • Condado de Maricopa • Condado de Pinal 	<ul style="list-style-type: none"> • Condado de Gila • Condado de Maricopa • Condado de Pima • Condado de Pinal 	<ul style="list-style-type: none"> • Condado de Apache • Condado de Cochise • Condado de Coconino • Condado de Gila • Condado de Graham • Condado de Greenlee • Condado de La Paz • Condado de Maricopa • Condado de Mohave • Condado de Navajo • Condado de Pima • Condado de Pinal • Condado de Santa Cruz • Condado de Yavapai • Condado de Yuma

Si tiene pensado mudarse fuera del área de servicio, no puede seguir siendo miembro de este plan. Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros para ver si contamos con algún plan en el área nueva. Si se muda, tendrá un Período de inscripción especial que le permitirá cambiar a Original Medicare o inscribirse en un plan de salud de Medicare o medicamentos disponible en su nueva ubicación.

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

Sección 2.4 Ciudadano o residente legal de los Estados Unidos

Un miembro del plan de salud de Medicare debe ser ciudadano o residente legal de los Estados Unidos. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificará a Mercy Care Advantage en caso de que no sea elegible para seguir siendo miembro en virtud de este requisito. Mercy Care Advantage debe cancelar su inscripción si no cumple con este requisito.

SECCIÓN 3 Documentación importante de membresía que recibirá

Sección 3.1 Su tarjeta de miembro del plan

Mientras sea un miembro de nuestro plan, debe usar su tarjeta de miembro cada vez que reciba servicios cubiertos por este plan y para los medicamentos con receta que obtenga en las farmacias de la red. Si está inscrito en Mercy Care para sus beneficios de AHCCCS (Medicaid) y en Mercy Care Advantage para sus beneficios de Medicare, solo deberá mostrar su tarjeta de miembro de doble elegibilidad de Mercy Care Advantage cuando reciba servicios cubiertos y medicamentos con receta. Nuestro plan coordinará sus beneficios de Medicare y AHCCCS (Medicaid) por usted. A continuación, encontrará un modelo de la tarjeta de miembro para que tenga una idea de cómo será la suya:

mercy care advantage **mercy care**

AHCCCS
Arizona Health Care Cost Containment System

Arizona Health Care Cost Containment System
<XTRAINFO_3> – Member Identification Card

AHCCCS ID#: <AHCCCSID> **<PBP>**
Issuer: (80840)

Member Name: <MBRLAST>, <MBRFIRST> <MBRMI>

Rate Code: <RATE_CODE>

Health Plan Name: <XTRAINFO_3>

Member Services Phone:
<XTRAINFO_5> <XTRAINFO_6>
TTY/TDD 711

MedicareRx
Prescription Drug Coverage X
RXBIN: 610591
RXPCN: MEDDADV
RXGRP: <XTRAINFO_10>

Dual Mercy Care Medicare and Medicaid Coverage

Carry this card with you at all times. Present it when you get service. You may be asked for a picture ID. Using the card inappropriately is a violation of law. This card is not a guarantee for services. You must use network providers, except in case of emergency, urgently needed care, or out-of-area dialysis. Providers: to verify benefits, call Member Services or visit www.MercyCareAZ.org.

Member Services: <XTRAINFO_4>
Phone: <XTRAINFO_5> • <XTRAINFO_6> • TTY/TDD: 711

Claims Address: PO Box 982975 El Paso, TX 79998-2975

Si está inscrito en Mercy Care Advantage para sus beneficios de Medicare, pero recibe sus beneficios de AHCCCS (Medicaid) **de otro plan de salud**, tendrá dos tarjetas de miembro. Deberá mostrar su tarjeta de miembro de Mercy Care Advantage cuando reciba beneficios y servicios. También deberá mostrarle su tarjeta de AHCCCS (Medicaid) al proveedor. A continuación, encontrará un modelo de la tarjeta de miembro para que tenga una idea de cómo será la suya:

AHCCCS **mercy care advantage**

Arizona Health Care Cost Containment System

Arizona Health Care Cost Containment System
<XTRAINFO_3> – Member Identification Card

AHCCCS ID#: <AHCCCSID> **<PBP>**
Issuer: (80840)

Member Name: <MBRLAST>, <MBRFIRST> <MBRMI>

Rate Code: <RATE_CODE>

Health Plan Name: <XTRAINFO_3>

Member Services Phone:
<XTRAINFO_5> <XTRAINFO_6>
TTY/TDD 711

MedicareRx
Prescription Drug Coverage X
RXBIN: 610591
RXPCN: MEDDADV
RXGRP: <XTRAINFO_10>

Carry this card with you at all times. Present it when you get service. You may be asked for a picture ID. Using the card inappropriately is a violation of law. This card is not a guarantee for services. You must use network providers, except in case of emergency, urgently needed care, or out-of-area dialysis. Providers: to verify benefits, call Member Services or visit www.MercyCareAZ.org.

Member Services: <XTRAINFO_4>
Phone: <XTRAINFO_5> • <XTRAINFO_6> • TTY/TDD: 711

Claims Address: PO Box 982975 El Paso, TX 79998-2975

NO debe usar la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para obtener los servicios médicos cubiertos mientras sea miembro de este plan. Si utiliza su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de membresía de Mercy Care Advantage, es posible que tenga que pagar el costo completo de los servicios médicos. Guarde su tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Es posible

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

que deba presentarla si necesita servicios hospitalarios, servicios de hospicio o hacerse estudios de investigación clínica aprobados por Medicare, también denominados ensayos clínicos.

Si la tarjeta de miembro del plan está dañada, se le pierde o se la roban, llame de inmediato al Departamento de Servicios para miembros para que le enviemos una tarjeta nueva.

Sección 3.2 Directorio de proveedores y farmacias

El *Directorio de proveedores y farmacias* enumera los proveedores de la red y las farmacias. Todos los proveedores de nuestra red tienen un contrato con Mercy Care Advantage para los programas AHCCCS (Medicaid) y Medicare. Puede consultar con cualquier proveedor incluido en el *Directorio de proveedores y farmacias* para los beneficios cubiertos de Medicare. Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de salud, grupos médicos, proveedores de equipos médicos duraderos, hospitales, proveedores del Programa de prevención de diabetes de Medicare (MDPP) y otros centros de atención médica que han acordado con nosotros aceptar nuestros pagos y cualquier costo compartido del plan como pago total.

Debe usar los proveedores de la red para obtener atención y servicios médicos. Si se va fuera sin autorización adecuada, deberá pagar en su totalidad. Las únicas excepciones incluyen emergencias, servicios de urgencia cuando la red no está disponible (es decir, en situaciones en las que es inaceptable o imposible obtener servicios dentro de la red), servicios de diálisis fuera del área y casos en los que Mercy Care Advantage autoriza el uso de proveedores fuera de la red.

El Directorio de farmacias detalla nuestras farmacias de la red. **Las farmacias de la red** son todas las farmacias que han aceptado obtener los medicamentos con receta cubiertos para los miembros de nuestros planes. Puede utilizar el Directorio de farmacias para encontrar la farmacia de la red en la que desee comprar sus medicamentos. Para obtener información sobre cuándo puede utilizar las farmacias que no estén dentro de la red del plan, consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5.

También puede acceder a la lista más actualizada de proveedores en nuestro sitio web en www.MercyCareAZ.org.

Sección 3.3 La Lista de medicamentos cubiertos (Formulario) del plan

El plan cuenta con una *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*. Nosotros la denominamos “Lista de medicamentos” para abreviarla. Indica qué medicamentos con receta de la Parte D están cubiertos por el beneficio de la Parte D incluidos en Mercy Care Advantage. 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 Mercy Care Advantage.

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

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

Le brindaremos una copia de la Lista de medicamentos si la solicita. La Lista de medicamentos incluye información de los medicamentos cubiertos que nuestros miembros usan con mayor frecuencia. Sin embargo, cubrimos medicamentos adicionales que no están incluidos en la Lista de medicamentos que se le proporcionó. Si algún medicamento no está incluido en la Lista de medicamentos, deberá visitar nuestro sitio web o ponerse en contacto con el Departamento de Servicios para los miembros para averiguar si lo cubrimos. Para obtener la información más completa y actualizada sobre los medicamentos cubiertos, puede visitar el sitio web del plan (www.MercyCareAZ.org) o llamar al Departamento de Servicios para Miembros.

SECCIÓN 4 Sus costos mensuales de Mercy Care Advantage

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

- Prima del plan (Sección 4.1)
- Prima mensual de la Parte B de Medicare (Sección 4.2)
- Multa por inscripción tardía de la Parte D (Sección 4.3)
- Monto mensual ajustado relacionado con el ingreso (Sección 4.4)

Sección 4.1 Prima del plan

No es necesario que pague una prima mensual del plan por separado para Mercy Care Advantage.

Sección 4.2 Prima mensual de la Parte B de Medicare
--

Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare

Algunos miembros deben pagar otras primas de Medicare. Como se explica en la Sección 2, para poder ser elegible para nuestro plan, usted debe mantener su elegibilidad para AHCCCS (Medicaid), además de tener la Parte A y la Parte B de Medicare. Para la mayoría de miembros de Mercy Care Advantage, AHCCCS (Medicaid) pagará la prima por la Parte A (si no reúne los requisitos automáticamente) y la prima por la Parte B.

Si Medicaid no paga por usted las primas de Medicare, usted debe continuar pagando las primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan. Esto incluye su prima de 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 pagar la prima.

Sección 4.3 Multa por inscripción tardía de la Parte D

Dado que usted tiene doble elegibilidad, la LEP no se aplica siempre y cuando mantenga su estado de doble elegibilidad. De perderlo, es posible que deba pagar la LEP. Algunos miembros deben pagar una **multa por inscripción tardía** de la Parte D. La multa por inscripción tardía de la Parte D es una prima adicional que debe pagarse por la cobertura de la Parte D si en algún

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

momento después de que termine su período de inscripción inicial, hay un período de 63 días consecutivos o más en los que usted no tuvo la Parte D o cualquier otra cobertura acreditable para medicamentos con receta. “Cobertura para medicamentos con receta acreditable” es la cobertura que cumple con los estándares mínimos de Medicare, ya que se espera que cubra, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura estándar para medicamentos con receta de Medicare. El costo de la multa por inscripción tardía dependerá de cuánto tiempo estuvo sin la Parte D o sin otra cobertura para medicamentos con receta acreditable. Tendrá que pagar esta multa mientras tenga la cobertura de la Parte D.

Cuando se inscriba por primera vez en Mercy Care Advantage, le haremos saber el monto de la multa.

No deberá pagarla en los siguientes casos:

- Recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar los medicamentos con receta.
- Han transcurrido menos de 63 días consecutivos sin cobertura acreditable.
- Ha tenido cobertura para medicamentos acreditable a través de otra fuente, como un empleador, sindicato, TRICARE o el Departamento de Asuntos de Veteranos. Su aseguradora o el departamento de recursos humanos le avisarán cada año si su cobertura para medicamentos es una cobertura acreditable. Esta información se le enviará por carta o se incluirá en un boletín informativo del plan. Conserve esta información, porque puede necesitarla si se une, en el futuro, al plan de medicamentos de Medicare.
 - **Nota:** Cualquier aviso debe indicar que tenía una cobertura para medicamentos con receta “acreditable” que se espera que pague el mismo monto que la cobertura estándar para el plan de medicamentos con receta de Medicare.
 - **Nota:** Las siguientes *no* son una cobertura para medicamentos con receta acreditable: 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:

- En primer lugar, se cuenta el número de meses completos que se retrasó en la inscripción de un plan de medicamentos de Medicare, después de que fuera elegible para inscribirse. O bien, se cuenta el número de meses completos que no tuvo cobertura acreditable para medicamentos con receta, si la interrupción de la cobertura fue de 63 días o más. La multa es del 1% por cada mes que no tuvo cobertura acreditable. Por ejemplo, si pasa 14 meses sin cobertura, la multa será del 14%.
- Luego, Medicare determina el monto de la prima mensual promedio para los planes de medicamentos de Medicare en la nación desde el año anterior. Para 2022, el monto promedio de la prima fue de \$33.37. Este monto puede cambiar en 2023.
- Para calcular su multa mensual, usted multiplica el porcentaje de la multa y la prima mensual promedio y luego redondea el resultado a los 10 centavos más cercanos. En este ejemplo, sería 14% por \$33.37, lo que es igual a \$4.6718. Que se redondea en \$4.70.

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

Esta suma se agregará a la **prima mensual de una persona que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D.**

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

- Primero, **la multa puede cambiar cada año**, ya que la prima mensual promedio puede cambiar cada año.
- Segundo, **seguirá pagando una multa** cada mes durante el tiempo que esté inscrito en un plan que incluya los beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare 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 reanudará cuando cumpla 65. Después de los 65 años, la multa por inscripción tardía de la Parte D se basará solo en los meses en los que no tenga cobertura después del período de inscripción inicial para envejecer en Medicare.

Si está en desacuerdo con su multa por inscripción tardía de la Parte D, usted o su representante pueden solicitar una revisión. Por lo general, debe solicitar la revisión **dentro de los 60 días** a partir de la fecha de la primera carta que recibió en la que se le informa que debe pagar una multa por inscripción tardía. Sin embargo, si pagaba una multa antes de inscribirse en nuestro plan, es posible que no tenga otra oportunidad de solicitar una revisión de esa multa por inscripción tardía.

Sección 4.4	Monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso
--------------------	---

Algunos miembros posiblemente deban pagar un cargo adicional, conocido como monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso (IRMAA) de la Parte D. El cargo adicional se calcula usando su ingreso bruto ajustado modificado, como se informó en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años. Si este monto está por encima de cierto monto, pagará el monto estándar de la prima y el IRMAA adicional. Para obtener más información sobre el monto adicional que posiblemente deba pagar conforme a 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 jubilación para ferroviarios o de la Oficina de Administración de personal, independientemente de cómo pague siempre su prima del plan, a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir el monto adicional adeudado. Si el monto de su cheque de beneficios no cubre el monto adicional, recibirá una factura de Medicare. **Le debe pagar el monto adicional al gobierno. No se puede pagar con su prima mensual del plan. Si usted no paga el monto adicional, su inscripción en el plan se cancelará y perderá la cobertura para medicamentos con receta.**

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

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

SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual

Sección 5.1 ¿Podemos modificar la 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 próximo año, se lo informaremos en septiembre y la modificación entrará en vigencia el 1.º de enero.

Sin embargo, en algunos casos, es posible que pueda dejar de pagar una multa por inscripción tardía, si la adeuda. O bien, debe comenzar a pagar una multa por inscripción tardía. (Esto puede ocurrir si resulta ser elegible para el programa de “Ayuda adicional” o si pierde su elegibilidad para el programa de “Ayuda adicional” durante el año:

- Si actualmente paga la multa por inscripción tardía de la Parte D y resulta ser elegible para la “Ayuda adicional” durante el año, podría dejar de pagar la multa.
- Si pierde la “Ayuda adicional”, es posible que deba pagar la multa por inscripción tardía, en caso de que pase 63 días seguidos o más sin la Parte D u otra cobertura para medicamentos con receta acreditable.

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

SECCIÓN 6 Mantenga actualizado su registro de miembro del plan

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

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

Infórmenos sobre las siguientes modificaciones:

- Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono.
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro de salud que tenga (por ejemplo, de su empleador, del empleador de su cónyuge, un seguro de indemnización por accidentes laborales o AHCCCS [Medicaid]).

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

- Si existe alguna reclamación de responsabilidad civil, por ejemplo por un accidente automovilístico.
- Si fue ingresado en un hogar de convalecencia.
- Si recibe atención en un hospital o una sala de emergencias que se encuentren fuera del área de cobertura o fuera de la red.
- Si cambia la parte responsable designada por usted (como un cuidador).
- Si está participando en un estudio de investigación clínica. (**Nota:** No se requiere que le informe al plan sobre los estudios de investigación clínica en los que planea participar, pero le recomendamos que lo haga).

Si cualquiera de esta información cambia, infórmenos sobre esto llamando al Departamento de Servicios para Miembros.

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

SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros 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 alguna otra cobertura que no está incluida en la lista, llame al Departamento de Servicios para Miembros. Es posible que sus otros aseguradores le pidan el número de identificación de miembro del plan (una vez que haya confirmado su identidad) para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

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

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

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

- Si tiene una cobertura de jubilados, Medicare paga primero.
- Si la cobertura de su plan de salud grupal se basa en su empleo actual o el de un miembro de su familia, el pagador primario dependerá de su edad, la cantidad de trabajadores del empleador y si usted tiene Medicare debido a su edad, una discapacidad o enfermedad renal terminal (ESRD):
 - Si es menor de 65 años y 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 enfermedad renal terminal (ESRD), su plan de salud grupal pagará primero durante los primeros 30 meses luego de haber sido elegible para Medicare.

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

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

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

CAPÍTULO 2:

Números de teléfono y recursos importantes

SECCIÓN 1 Información de contacto de Mercy Care Advantage (cómo puede ponerse en contacto con nosotros, incluso cómo comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros)

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

Para obtener ayuda con reclamaciones o la facturación, o si tiene alguna pregunta sobre la tarjeta de miembro, llame o escriba al Departamento de Servicios para Miembros de Mercy Care Advantage. Con gusto lo ayudaremos.

Método	Información de contacto del Departamento de Servicios para Miembros
LLAME AL	602-586-1730 o 1-877-436-5288 Las llamadas a estos números son gratuitas. de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana El Departamento de Servicios para Miembros también ofrece servicios gratuitos de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana
FAX	602-351-2313
CORREO POSTAL	Mercy Care Advantage 4500 E. Cotton Center Blvd. Phoenix, AZ 85040
SITIO WEB	www.MercyCareAZ.org

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

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y la cobertura, o sobre el monto que pagaremos por sus servicios médicos o medicamentos con receta de la Parte D. Una apelación es una manera formal de pedirnos revisar y modificar una decisión de cobertura que hayamos tomado. Para obtener más información sobre cómo 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 un reclamo [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos]*).

Método	Información de contacto para decisiones de cobertura sobre la atención médica
LLAME AL	602-586-1730 o 1-877-436-5288 Las llamadas a estos números son gratuitas. de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana.
FAX	602-351-2313
CORREO POSTAL	Mercy Care Advantage 4500 E. Cotton Center Blvd. Phoenix, AZ 85040
SITIO WEB	www.MercyCareAZ.org

Método	Información de contacto para apelaciones por atención médica
LLAME AL	602-586-1719 o 1-877-436-5288 Las llamadas a estos números son gratuitas. de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana.
FAX	602-351-2300
CORREO POSTAL	Mercy Care Advantage Attn: Grievance System Department 4500 E. Cotton Center Blvd. Phoenix, AZ 85040
SITIO WEB	www.MercyCareAZ.org

Método	Información de contacto para decisiones de cobertura sobre los medicamentos con receta de la Parte D
LLAME AL	602-586-1730 o 1-877-436-5288 Las llamadas a estos números son gratuitas. de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana
FAX	1-855-230-5544
CORREO POSTAL	Mercy Care Advantage Attn: Part D Coverage Determination Pharmacy Department 4500 E. Cotton Center Blvd. Phoenix, AZ 85040
SITIO WEB	www.MercyCareAZ.org

Método	Información de contacto para apelaciones sobre los medicamentos con receta de la Parte D
LLAME AL	602-586-1730 o 1-877-436-5288 Las llamadas a estos números son gratuitas. de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana.
FAX	1-855-230-5544
CORREO POSTAL	Mercy Care Advantage Attn: Part D Appeals Pharmacy Department 4500 E. Cotton Center Blvd. Phoenix, AZ 85040
SITIO WEB	www.MercyCareAZ.org

Cómo puede ponerse en contacto con nosotros para presentar un reclamo sobre su atención médica

Puede presentar un reclamo sobre nosotros o sobre alguno de nuestros proveedores o farmacias de la red, incluso respecto de la calidad de su atención. Este tipo de reclamo no está relacionado con disputas de cobertura ni de pago. Para obtener más información sobre cómo presentar un reclamo sobre su atención médica, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos]*).

Método	Información de contacto para reclamos por atención médica
LLAME AL	602-586-1730 o 1-877-436-5288. Las llamadas a este número son gratuitas. de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana
FAX	602-351-2300, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana.
CORREO POSTAL	Mercy Care Advantage Attn: Grievance System Department 4500 E. Cotton Center Blvd. Phoenix, AZ 85040
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar un reclamo sobre Mercy Care Advantage directamente ante Medicare. Para presentar un reclamo por Internet ante Medicare, ingrese en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

Dónde puede enviar una solicitud en la que se nos 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 los servicios (como una factura de un proveedor) que cree que deberíamos pagar, es posible que deba pedirnos un reembolso o el pago de la factura del proveedor. Capítulo 7 (*Cómo solicitarlos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos*). No debe pagar los servicios o medicamentos cubiertos por su plan AHCCCS (Medicaid). Si lo hace, no podemos devolverle el dinero. Comuníquese con el número del Departamento de Servicios para Miembros que figura al comienzo de esta sección para obtener más información.

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

Método	Información de contacto para solicitudes de pago
LLAME AL	602-586-1730 o 1-877-436-5288 Las llamadas a este número son gratuitas. de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana
FAX	602-351-2313
CORREO POSTAL	Mercy Care Advantage Attn: Departamento de Servicios para Miembros 4500 E. Cotton Center Blvd. Phoenix, AZ 85040
SITIO WEB	www.MercyCareAZ.org

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

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

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

Método	Información de contacto de Medicare
LLAME AL	1-800-MEDICARE o 1-800-633-4227 Las llamadas a este número son gratuitas. Atienden durante las 24 horas del día, 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.

Método	Información de contacto de Medicare
SITIO WEB	<p data-bbox="430 310 682 346">www.medicare.gov</p> <p data-bbox="430 357 1404 619">Este es el sitio web gubernamental oficial de Medicare. Proporciona información actualizada sobre Medicare y cuestiones actuales relacionadas con Medicare. También contiene información sobre hospitales, hogares de convalecencia, médicos, agencias de atención médica en el hogar y centros de diálisis. Incluye documentos que se pueden imprimir directamente de su computadora. También puede encontrar la información de contacto de Medicare en su estado.</p> <p data-bbox="430 630 1404 703">El sitio web de Medicare también tiene información detallada sobre las opciones de elegibilidad e inscripción con las siguientes herramientas:</p> <ul data-bbox="479 714 1404 1018" style="list-style-type: none"><li data-bbox="479 714 1404 787">• Herramienta de elegibilidad de Medicare: brinda información sobre el estado de elegibilidad de Medicare.<li data-bbox="479 798 1404 1018">• Buscador de planes de Medicare: Brinda información personalizada sobre los planes de medicamentos con receta de Medicare, los planes de salud de Medicare y las pólizas Medigap (seguro complementario de Medicare) disponibles en su área. Estas herramientas brindan un <i>valor estimado</i> de los costos que podría pagar de su bolsillo en diferentes planes de Medicare.
SITIO WEB (continuación)	<p data-bbox="430 1039 1404 1123">También puede utilizar el sitio web para informarle a Medicare sobre cualquier reclamo que tenga de Mercy Care Advantage:</p> <ul data-bbox="479 1134 1404 1354" style="list-style-type: none"><li data-bbox="479 1134 1404 1354">• Infórmele a Medicare sobre su reclamo: Puede presentar un reclamo sobre Mercy Care Advantage directamente ante Medicare. Para presentar un reclamo ante Medicare, ingrese en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma sus reclamos seriamente y utilizará esta información para mejorar la calidad del programa de Medicare. <p data-bbox="430 1365 1404 1617">Si no tiene una computadora, la biblioteca o el centro para personas mayores locales pueden ayudarlo a ingresar en el sitio web con sus computadoras. O bien, puede llamar a Medicare para pedirles la información que está buscando. Ellos buscarán la información en el sitio web y revisarán la información con usted. (Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).</p>

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

El Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP) es un programa gubernamental que cuenta con asesores capacitados en todos los estados. En Arizona, el SHIP se llama División de Servicios para Personas Adultas y de Edad Avanzada del Departamento de Seguridad Económica.

La División de Servicios para Adultos y Personas de la Tercera Edad del Departamento de Seguridad Económica es un programa estatal independiente (no relacionado con ninguna compañía aseguradora ni plan de salud) que recibe fondos del Gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros de salud, a nivel local y de forma gratuita, a las personas que tienen Medicare.

Los asesores de la División de Servicios para Adultos y Personas de la Tercera Edad del Departamento de Seguridad Económica pueden ayudarle a que entienda sus derechos en relación con Medicare, a presentar reclamos sobre la atención o el tratamiento médicos y a solucionar problemas con las facturas de Medicare. Los asesores de la División de Servicios para Adultos y Personas de la Tercera Edad del Departamento de Seguridad Económica también pueden ayudarle con preguntas o problemas sobre Medicare y ayudarle a comprender las opciones de los planes de Medicare y a responder preguntas sobre cómo cambiar de plan.

MÉTODO PARA ACCEDER AL SHIP y a OTROS RECURSOS:

- Visite www.medicare.gov
- Haga clic en “**Hablar con alguien**” en el centro de la página de inicio
- Ahora tiene las siguientes opciones.
 - Opción 1: Puede tener un **chat en vivo con un representante de 1 800 MEDICARE**
 - Opción 2: puede **seleccionar su estado** del menú desplegable y hacer clic en GO (Ir). Esto lo redirigirá a una página con números del teléfono y recursos específicos en su estado.

Método	Información de contacto de la División de Servicios para Personas Adultas y de Edad Avanzada del Departamento de Seguridad Económica (SHIP de Arizona)
LLAME AL	602-542-4446 o 1-800-432-4040
CORREO POSTAL	Department of Economic Security (DES) Division of Aging and Adult Services 1789 W. Jefferson St. Phoenix, AZ 85007
SITIO WEB	https://des.az.gov

SECCIÓN 4 Organización para la mejora de la calidad

Esta es una Organización para la mejora de la calidad designada para atender a los beneficiarios de Medicare en cada estado. En Arizona, la Organización para la mejora de la calidad se llama Livanta.

Livanta está integrado por un grupo de médicos y otros profesionales de salud a los que Medicare les paga por evaluar y ayudar a mejorar la calidad de la atención que se brinda a las personas que tienen Medicare. Livanta es una organización independiente. No tiene ninguna relación con nuestro plan.

Si se presenta alguna de las siguientes situaciones, debe ponerse en contacto con Livanta:

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

Método	Información de contacto de Livanta (Organización para la mejora de la calidad de Arizona)
LLAME AL	1-877-588-1123 09:00 a. m. a 05:00 p. m., de lunes a viernes Servicio de correo de voz disponible las 24 horas
TTY	1-855-887-6668 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
ESCRIBA A	Livanta LLC BFCC-QIO 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701-1105
SITIO WEB	www.livantaqio.com

SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social es responsable de determinar la elegibilidad y manejar las inscripciones en Medicare. Los ciudadanos estadounidenses y los residentes legales permanentes de 65 años o más, o que tienen una discapacidad o padecen enfermedad renal terminal y cumplen 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 al Seguro Social o dirigirse a su oficina local.

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

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

Método	Información de contacto del Seguro Social
LLAME AL	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. Estamos disponibles de 08:00 a. m. a 07:00 p. m., de lunes a viernes. Puede utilizar los servicios telefónicos automáticos del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunas gestiones durante las 24 horas.
TTY	1-800-325-0778 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Estamos disponibles de 08:00 a. m. a 07:00 p. m., de lunes a viernes.
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. En Arizona, el programa de Medicaid se llama Sistema de Contención de Costos de Atención Médica de Arizona (AHCCCS). Mercy Care Advantage es un plan para las personas que están inscritas en Medicare y en AHCCCS (Medicaid).

Este folleto explica los beneficios y servicios proporcionados a través de Mercy Care Advantage. Mercy Care Advantage es una HMO SNP con un contrato de Medicare Advantage para proporcionar servicios cubiertos de Medicare a beneficiarios de Medicare que estén inscritos en su plan. Mercy Care Advantage cubre todos los servicios cubiertos de Medicare, además de algunos beneficios y servicios no cubiertos por Original Medicare (como servicios dentales preventivos e integrales, servicios de la visión de rutina y exámenes auditivos, entre otros). Debido a que Medicare proporciona cobertura primaria (Medicaid es secundaria), obtendrá la mayor parte de su atención médica a través de Mercy Care Advantage.

Como el proveedor de cobertura secundaria, AHCCCS (Medicaid) puede proporcionar beneficios adicionales no cubiertos por los planes Medicare Advantage. Por ejemplo, los servicios de atención a largo plazo de Arizona (ALTCS) están cubiertos por AHCCCS (Medicaid) y no por Medicare. Mercy Care Advantage ayudará a coordinar los servicios cubiertos de AHCCCS (Medicaid) si usted está inscrito en Mercy Care para sus beneficios de AHCCCS (Medicaid). Los miembros inscritos en otro plan de salud para sus beneficios de AHCCCS (Medicaid) necesitarán contactarse con ese plan.

Para obtener información sobre la cobertura o los beneficios conforme al programa AHCCCS (Medicaid), llame a AHCCCS (Medicaid) al 602-417-4000 o al 1-800-654-8713, de 08:00 a. m. a 05:00 p. m., de lunes a viernes (excepto los feriados estatales).

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

- **Beneficiario calificado de Medicare (QMB):** una persona elegible como beneficiario calificado de Medicare (QMB) y elegible para los servicios de cuidados completos del Sistema de contención de costos de atención médica de Arizona (AHCCCS) o los servicios del Sistema de atención a largo plazo de Arizona (ALTCS). Una persona que es QMB con doble elegibilidad recibe servicios tanto de Medicare como de Medicaid y asistencia con costos compartidos para 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 AHCCCS (Medicaid) (QMB+)).
- **Beneficiario específico de bajos ingresos de Medicare (SLMB):** una persona que reúne los requisitos para ser beneficiario de Medicare y para recibir la asistencia del AHCCCS (Medicaid) con costos compartidos para pagar la prima de la Parte B de Medicare se conoce como beneficiario específico de bajos ingresos de Medicare (SLMB). Esta persona no reúne los requisitos para ser QMB debido a que sus ingresos superan el nivel federal de pobreza de QMB. (Algunos beneficiarios de SLMB también son elegibles para ser beneficiarios totales de AHCCCS (Medicaid) (SLMB+)).
- **Otra doble elegibilidad con beneficios completos (FBDE):** una persona que no cumple los requisitos de ingresos o de recursos para ser un QMB o un SLMB. Es elegible para Medicaid categóricamente o mediante grupos de cobertura opcionales, como el Programa para personas con necesidades médicas (Medically Needy), la exención de Ticket to Work, o niveles de ingresos especiales para personas institucionalizadas o servicios de exención basados en el hogar y la comunidad. Los pagos del AHCCCS (Medicaid) para el deducible de Medicare y los montos de coseguro para los servicios cubiertos por Medicare son limitados.

Si tiene preguntas sobre la asistencia que recibe de Medicaid, póngase en contacto con AHCCCS (Medicaid).

Método	Información de contacto del Sistema de Contención de Costos de Atención Médica de Arizona (AHCCCS)
LLAME AL	602-417-4000 o 1-800-654-8713 De 08:00 a. m. a 05:00 p. m., de lunes a viernes (<i>excepto los feriados estatales</i>)
TTY	1-800-842-6520 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
CORREO POSTAL	AHCCCS Administration 801 E. Jefferson St. Phoenix, AZ 85034
SITIO WEB	www.azahcccs.gov

La Oficina de Asistencia para Ciudadanos del Defensor del Pueblo de Arizona ayuda a personas inscritas en el AHCCCS (Medicaid) con problemas de servicio o facturación. Pueden ayudarle a presentar una queja o una apelación con nuestro plan.

Método	Información de contacto de la Oficina de Asistencia para Ciudadanos del Defensor del Pueblo de Arizona
LLAME AL	602-277-7292 o 1-800-872-2879 08:00 a. m. a 05:00 p. m., de lunes a viernes (<i>excepto los feriados estatales</i>)
CORREO POSTAL	Arizona Ombudsman – Citizens' Aide 7878 N. 16 th Street, Suite 235 Phoenix, AZ 85020
SITIO WEB	www.azoca.gov

La Oficina del Defensor de los Derechos del Paciente que Recibe Cuidados a Largo Plazo de la División de Servicios para Personas Adultas y de Edad Avanzada de Arizona ayuda a las

personas a obtener información sobre hogares de convalecencia y a resolver problemas entre hogares de convalecencia y residentes o sus familiares.

Método	Información de contacto de la Oficina del Defensor de los Derechos del Paciente que Recibe Cuidados a Largo Plazo de la División de Servicios para Personas Adultas y de Edad Avanzada de Arizona
LLAME AL	602-542-6454 08:00 a. m. a 05:00 p. m., de lunes a viernes (excepto los feriados estatales)
ESCRIBA A	Arizona Division of Aging and Adult Services – Office of the State Long Term Care Ombudsman 1789 W. Jefferson St., Mail Drop 6288 Phoenix, AZ 85007
SITIO WEB	https://des.az.gov/services/older-adults/long-term-care-ombudsman

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

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

Programa de “Ayuda adicional” de Medicare

Debido a que usted es elegible para Medicaid, cumple con los requisitos para recibir “Ayuda adicional” de Medicare para cubrir los costos de su plan de medicamentos con receta. No es necesario que haga nada para recibir esta “Ayuda adicional”.

Si tiene alguna pregunta sobre la “Ayuda adicional”, llame:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048 (solicitudes), durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
- A la Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213, de lunes a viernes, de 08:00 a. m. a 07:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.
- A la Oficina de Medicaid de su estado (solicitudes) (para obtener información de contacto, consulte la Sección 6 de este capítulo).

Si cree que está pagando un monto incorrecto correspondiente al costo compartido cuando obtiene un medicamento con receta en una farmacia, nuestro plan tiene un proceso para que solicite ayuda para conseguir las pruebas que demuestren cuál es su nivel de copago correcto, o que le permite entregarnos estas pruebas si es que ya las tiene.

Debemos aceptar los siguientes documentos como la mejor prueba disponible para confirmar la información de nivel de subsidio por bajos ingresos adecuada para los inscritos en Mercy Care Advantage. Estos documentos pueden ser proporcionados por el inscrito, un farmacéutico, un defensor, un representante, un miembro de la familia u otra persona que actúe en nombre del inscrito; los documentos pueden ser recibidos por correo o fax. Si considera que es elegible para el subsidio por bajos ingresos, pero no puede proporcionar ninguna forma de documentación de mejor prueba disponible tal como se describe abajo, y necesita ayuda para obtener la mejor prueba disponible, contáctese con el Departamento de Servicios para Miembros al número que aparece en su tarjeta de identificación. Nuestra unidad de servicios de inscripción coordinará con Medicare para confirmar su nivel de elegibilidad de bajos ingresos para que podamos actualizar sus registros.

Si tiene uno de los documentos a continuación, envíe la información por fax o por correo a Mercy Care Advantage a:

Mercy Care Advantage
Attn: Departamento de
4500 E. Cotton Center Blvd.
Phoenix, AZ 85040
Fax: 844-910-1530

Todo documento presentado debe mostrar que su elegibilidad para recibir Medicaid durante un mes, después del mes de junio del año calendario anterior:

1. copia de la tarjeta de beneficiario de Medicaid que incluye el nombre del beneficiario y la fecha de elegibilidad durante un mes después de junio del año calendario anterior;
2. copia de un documento del estado que confirme el estado activo en Medicaid durante un mes después de junio del año calendario anterior;
3. impresión 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;
4. impresión de la pantalla de los sistemas de Medicaid del estado en la que se muestre su estado en Medicaid durante un mes después de junio del año calendario anterior;
5. 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;
6. una copia de la carta de aprobación de la Administración del Seguro Social (SSA) en el caso de las personas que no se consideren elegibles, pero que soliciten el subsidio por bajos ingresos (LIS) y que sean elegibles para dicho subsidio.

Aceptaremos cualquiera de las formas de prueba de los beneficiarios o farmacéuticos para estableces que un beneficiario está institucionalizado y reúne los requisitos para un costo compartido de cero:

1. 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;
2. copia de un documento del estado que confirme el pago de Medicaid en nombre del individuo al centro de atención para un mes calendario completo después de junio del año calendario anterior; o
3. una impresión de la pantalla del sistema de Medicaid del estado en la que se muestre la situación institucional del individuo, sobre la base de una hospitalización de un mes calendario completo por razones de pago de Medicaid, durante un mes después de junio del año calendario anterior.

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

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

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

El Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP) ayuda a las personas elegibles para el ADAP que viven con VIH/SIDA a acceder a medicamentos para el VIH esenciales para salvar la vida. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también se encuentran en el formulario del ADAP califican para la asistencia de costo compartido de recetas a través del ADAP de Arizona. Para obtener una lista de medicamentos cubiertos, contáctese con el ADAP de Arizona en Arizona Department of Health Services, 150 N. 18th Ave., Phoenix, AZ, 85007. Teléfono: 602-364-3610 o al 1-800-334-1540. **Nota:** para ser elegible para el ADAP que funciona en su estado, las personas deben cumplir con ciertos criterios, incluso comprobante de residencia en el estado y estado del VIH, comprobante de bajos ingresos según lo establece el Estado, y estado de no asegurado/con seguro insuficiente. Si cambia de plan, notifíquelo al encargado de inscripción del ADAP para que pueda continuar recibiendo asistencia. Para obtener información acerca de los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al 602-364-3610 o al 1-800-334-1540.

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

La Junta de jubilación para ferroviarios es una agencia federal independiente que administra los programas integrales de beneficios destinados a los trabajadores ferroviarios del país y a sus familias. Si recibe sus beneficios de Medicare a través de la Junta de jubilación para ferroviarios, es importante que les comunique si se muda o cambia su dirección postal. Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios de la Junta de jubilación para ferroviarios, comuníquese con la agencia.

Método	Información de contacto de la Junta de jubilación para ferroviarios
LLAME AL	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Si presiona “0”, puede hablar con un representante de RRB de 09:00 a. m. a 03:30 p. m. los lunes, martes, jueves y viernes, y de 09:00 a. m. a 12:00 p. m. el miércoles. Si presiona “1”, puede acceder a la Línea de ayuda automática de RRB y a la información grabada durante las 24 horas, incluso 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 <i>no</i> 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, debe llamar al administrador de beneficios de su empleador o sindicato o al Departamento de Servicios para Miembros si tiene alguna pregunta. Puede preguntar acerca de los beneficios de salud, las primas o el período de inscripción de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge). (En la contraportada de este documento encontrará impresos los números de teléfono del Departamento de Servicios para Miembros). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY: 1-877-486-2048) si tiene preguntas relacionadas con su cobertura de Medicare en virtud de este plan.

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

CAPÍTULO 3:

Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos

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

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

Para obtener detalles acerca de qué tipo de atención médica y otros servicios cubre nuestro plan y cuánto paga usted por esa 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 salud autorizados por el estado para brindar atención y servicios médicos. El término “proveedores” también incluye hospitales y otros centros de atención médica.
- Los **“proveedores de la red”** son los médicos y otros profesionales de salud, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que han acordado con nosotros aceptar nuestros pagos y su monto de costo compartido como pago pleno. Hemos acordado con estos proveedores que les presten servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red nos facturan de manera directa por la atención que le brindan. Cuando consulta a un proveedor de la red, solo paga la parte que le corresponde del costo de los servicios cubiertos.
- Los **“servicios cubiertos”** incluyen toda la atención médica, los servicios de atención médica, los suministros, el equipo y los medicamento con receta que están cubiertos por nuestro plan. Los servicios cubiertos de atención médica se incluyen en la tabla de beneficios del Capítulo 4. Los servicios cubiertos para los medicamentos con receta se analizarán en el Capítulo 5.

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

Como un plan de salud de Medicare, Mercy Care Advantage debe cubrir todos los servicios cubiertos por Original Medicare y puede ofrecer otros además de estos. Sección 2 del Capítulo 4:

Mercy Care Advantage cubrirá, por lo general, su atención médica siempre y cuando:

- **La atención que reciba se incluya en la Tabla de beneficios médicos del plan** (la tabla se encuentra en el Capítulo 4 de este folleto).
- **La atención que reciba se considere médicamente necesaria.** “Médicamente necesario” significa que los servicios, suministros, equipos o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica, y cumplen los estándares de práctica médica aceptados.

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos

- **Tenga un proveedor de atención primaria (PCP) de la red que brinde y supervise su atención.** Como miembro del plan, debe elegir a un PCP de la red (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2.1 de este capítulo).
 - En la mayoría de los casos, su PCP de la red deberá autorizarlo con antelación antes de que acuda a otros proveedores de la red del plan, tales como especialistas, hospitales, centros de atención de enfermería especializada o agencias de atención médica a domicilio. A esto se le denomina darle una “remisión”. Para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2.3 de este capítulo.
 - Las remisiones de su PCP no son necesarias para la atención de emergencia o los servicios de urgencia. También hay otros tipos de cuidado que usted puede recibir sin tener la aprobación previa de su PCP (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2.2 de este capítulo).
- **Usted debe recibir atención de un proveedor de la red** (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2 de este capítulo). En la mayoría de los casos, no se cubrirá la atención que reciba de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no forme parte de la red de nuestro plan). Esto significa que usted deberá pagarle al proveedor en su totalidad por los servicios brindados. *Existen tres excepciones:*
 - El plan cubre los servicios de atención de emergencia o de urgencia que usted reciba de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información acerca de este tema y ver qué significa servicios de atención de emergencia o de urgencia, consulte la Sección 3 de este capítulo.
 - Si necesita recibir atención médica que Medicare o Medicaid exige que cubra nuestro plan, pero no hay especialistas de nuestra red que brinden esta atención, puede obtenerla de un proveedor fuera de la red al mismo costo compartido que normalmente paga dentro de la red. Debe obtener autorización previa antes de consultar a un proveedor fuera de la red. En este caso, cubriremos estos servicios como si recibiera la atención de un proveedor de la red. Para más información sobre cómo obtener aprobación para consultar a un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.4 de este capítulo.
 - El plan cubre los servicios de diálisis renal que reciba en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando usted está temporalmente fuera del área de servicio del plan o cuando su proveedor para este servicio no está disponible o no es posible comunicarse con ellos temporalmente. El costo compartido que paga el plan para diálisis nunca puede superar el costo compartido en Original Medicare. Si se encuentra fuera del área de servicio del plan y obtiene la diálisis de un proveedor que está fuera de la red del plan, el costo compartido no puede superar el costo compartido que paga dentro de la red. Sin embargo, si su proveedor habitual de diálisis dentro la red no está disponible temporalmente y usted elige obtener servicios dentro del área de servicio de un proveedor fuera de la red del plan, el costo compartido para la diálisis puede ser mayor.

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos

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

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

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

Cuando es miembro de Mercy Care Advantage, debe elegir a un proveedor del plan para que sea su PCP. El PCP es un médico o profesional de salud que cumple con las exigencias estatales y que está capacitado para brindarle la atención médica básica. Como lo explicamos más adelante, obtendrá atención de rutina o básica de su PCP. Su PCP también coordinará el resto de los servicios cubiertos que se le presten como miembro de nuestro plan. Por ejemplo, para que vea a un especialista, generalmente es necesario que su PCP primero lo apruebe (o sea que lo “remita” a un especialista).

¿Qué tipo de proveedores pueden actuar como PCP?

Mercy Care Advantage considera las siguientes categorías de proveedores como PCP: un médico de familia, de medicina general o de medicina interna.

¿Qué función desempeña el PCP en la coordinación de los servicios cubiertos?

La coordinación de los servicios cubiertos incluye verificar la atención que recibe y cómo evoluciona, o consultar con otros proveedores del plan sobre esto mismo. Si necesita ciertos tipos de suministros o servicios cubiertos, debe obtener aprobación de su PCP por adelantado (como remitirlo a un especialista).

¿Cuál es el rol del PCP en la toma de decisiones o en la obtención de autorización previa, de ser aplicable?

Su PCP toma decisiones sobre su atención médica. En algunas situaciones, su PCP deberá obtener la autorización previa (aprobación previa) de Mercy Care Advantage. Dado que el PCP brindará y coordinará su atención médica, debe enviar todos sus registros médicos anteriores al consultorio del PCP.

¿Cómo elige al PCP?

Si no seleccionó un PCP en su formulario de inscripción, le asignaremos un PCP cerca de donde viva. Puede cambiar de PCP en cualquier momento llamando al Departamento de Servicios para Miembros. Para elegir otro PCP puede usar el *Directorio de proveedores y farmacias*, consultar el directorio en el sitio web en www.MercyCareAZ.org o llamar al Departamento de Servicios para Miembros. Una vez que haya elegido un PCP, llame al Departamento de Servicios para Miembros e infórmenos sobre su elección.

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos

Su cambio de PCP entrará en vigencia el día que lo solicite al Departamento de Servicios para Miembros. Si existe un especialista u hospital de Mercy Care Advantage en particular que desee utilizar, compruebe primero su PCP realice remisiones a ese especialista o utilice ese hospital.

Cambiar de PCP

Usted puede cambiar de PCP por cualquier motivo y en cualquier momento. Además, también existe la posibilidad de que el PCP deje de estar en la red de proveedores de nuestro plan, en cuyo caso usted deberá elegir a un nuevo PCP. Su nuevo PCP lo remitirá con frecuencia a especialistas y hospitales de la red de Mercy Care Advantage. Puede haber circunstancias en las que se requiera una remisión a un proveedor fuera de la red.

Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros si usted desea cambiar su PCP. Cuando llame, infórmele al Departamento de Servicios para Miembros si está consultando a algún especialista o está recibiendo otros servicios cubiertos que requieran la autorización del PCP (por ejemplo, servicios de atención médica a domicilio y equipos médicos duraderos). El Departamento de Servicios para Miembros se asegurará de que, cuando cambie de PCP, usted pueda seguir recibiendo la atención del especialista así como los demás servicios que estuviese recibiendo. También verificará que el nuevo PCP que desea elegir acepte a nuevos pacientes. Su cambio de PCP entrará en vigencia el día que lo solicite al Departamento de Servicios para Miembros.

Mercy Care tiene una política de transición de miembros. Coordinamos con Medicare y AHCCCS (Medicaid) para proporcionar aviso oportuno y continuidad de atención a los miembros cuando un proveedor decide dejar la red de nuestro plan. Nuestro proceso de transición ayuda a la administración y transición de sus necesidades de atención médica continuas a otro proveedor de la red. Para obtener más información sobre nuestra política de transición de miembros, contáctese con el Departamento de Servicios para Miembros al número que se encuentra en su identificación de miembro.

Sección 2.2	¿Qué tipos de atención médica y otros servicios puede recibir sin una remisión de su PCP?
--------------------	--

Puede obtener los servicios que se detallan a continuación sin tener la aprobación de su PCP por adelantado.

- Atención médica de rutina para las mujeres, que incluye exámenes de las mamas, mamografías de control (radiografías de las mamas), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre y cuando se atiendan con un proveedor de la red.
- Vacunas antigripales, contra la COVID-19, contra la hepatitis B y contra la neumonía, siempre y cuando se las administre un proveedor de la red.
- Servicios de emergencia proporcionados por proveedores de la red o por proveedores fuera de la red.

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos

- Los servicios de urgencia están cubiertos los servicios que no son de emergencia, proporcionados cuando los proveedores de la red no están disponibles o no es necesario comunicarse con ellos temporalmente o cuando el inscrito se encuentra fuera del área de servicio. Por ejemplo, necesita atención inmediata durante el fin de semana. Los servicios deben ser de necesidad inmediata y médicamente necesarios.
- Servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando está transitoriamente fuera del área de servicio del plan. (Si es posible, llame al Departamento de Servicios para Miembros antes de salir del área de servicio para que podamos ayudarle a obtener diálisis de mantenimiento mientras se encuentra fuera del área de servicio.
- Los miembros de Mercy Care Advantage no necesitan una remisión o autorización previa para recibir beneficios cubiertos de proveedores de la red de servicios dentales, auditivos o de la vista.

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

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

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

Cuando su PCP crea que usted necesita tratamiento especializado, este le dará una remisión para ver a determinado especialista de la red u otro proveedor. Una remisión también puede darse para un laboratorio u hospital, etc. Si hay un especialista específico en la red de Mercy Care Advantage que usted desee usar, hable primero con su PCP para que pueda darle una remisión u obtener autorización previa si la necesita.

Si obtiene una remisión para ver a un especialista por servicios cubiertos y el especialista quiere que usted regrese para recibir más atención, pregunte si necesita una remisión nueva de su PCP antes de recibir más servicios. Si necesita una remisión nueva, el especialista tendrá que llamar a su PCP para solicitar una remisión nueva para cubrir más consultas.

En algunas situaciones, su PCP puede necesitar la aprobación por adelantado de Mercy Care Advantage. Esto se denomina obtener una “autorización previa”. Su PCP sabrá qué servicios requieren autorización previa. Consulte la Sección 2.1 del Capítulo 4 para obtener información sobre los servicios que requieren autorización previa. Una autorización previa es una aprobación por parte de Mercy Care Advantage para obtener un servicio cubierto. Su PCP o especialista debe presentar solicitudes de autorización previa a Mercy Care Advantage para su revisión.

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos

Debe incluir información que fundamente el motivo por el cual usted necesita el servicio. La solicitud se revisará dentro de los plazos exigidos por Medicare.

Le notificaremos la decisión del plan por escrito. Si se deniega la solicitud, el aviso que le enviemos explicará sus derechos de apelación de Medicare. Si recibe ciertos servicios antes de recibir autorización previa, Mercy Care Advantage no pagará los servicios y es posible que usted mismo deba pagar por ellos.

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

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

- A pesar de que nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare exige que le proporcionemos acceso ininterrumpido a los médicos y especialistas calificados.
- Haremos todo nuestro esfuerzo de buena fe por enviarle un aviso que explicará que su proveedor dejará el plan con, al menos, 30 días de anticipación, para que tenga tiempo de elegir un proveedor nuevo.
- Le ayudaremos a elegir un nuevo proveedor calificado para que continúe administrando sus necesidades de atención médica.
- Si está realizando un tratamiento médico, tiene derecho a solicitar que el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo no se interrumpa y trabajaremos con usted para garantizarlo.
- Si nuestra red no tiene un especialista calificado para un servicio cubierto por el plan, debemos cubrir ese servicio al costo compartido dentro de la red. Su PCP deberá obtener una autorización previa de Mercy Care Advantage para que le envíe a un especialista fuera de la red y reciba tratamiento.
- Si se entera de que su médico o especialista dejará el plan, póngase en contacto con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor para que administre su atención.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no está siendo administrada de manera apropiada, tiene derecho a presentar un reclamo sobre la calidad de la atención ante la QIO, una queja sobre la calidad de la atención ante el plan, o ambas cosas. Consulte el Capítulo 9.

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos

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

Si elige consultar a un proveedor fuera de la red sin una remisión de su PCP o una autorización previa del plan, debe pagar los servicios excepto en situaciones limitadas (por ejemplo, atención de emergencia o servicios de urgencia o servicios de diálisis cuando viaja fuera del área de servicio del plan). Ni este plan ni Original Medicare pagará por estos servicios.

Si necesita recibir atención médica que Medicare o Medicaid exige que nuestro plan cubra y los proveedores de nuestra red no pueden prestar, el plan debe coordinar que usted obtenga esta atención de un proveedor fuera de la red. Usted o su PCP deben obtener autorización previa del plan antes de que usted reciba servicios de un proveedor fuera de la red. Para obtener información acerca de cómo obtener aprobación para ver a un proveedor fuera de la red, hable con su PCP o comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros al **602-586-1730** o **1-877-436-5288 (TTY 711)**. Los representantes están disponibles de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana.

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

Sección 3.1 Cómo obtener atención ante una emergencia médica

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

Una “**emergencia médica**” es cuando usted o cualquier persona prudente, con un conocimiento promedio de salud y medicina, creen que presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar perder la vida (y, si es una mujer embarazada, la pérdida de un niño no nacido), la pérdida de una extremidad o la función de una extremidad, o pérdida de una discapacidad corporal o grave. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección 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. Pida una ambulancia por teléfono si la necesita. *No* es necesario que primero obtenga la aprobación o una remisión del PCP. *No* es necesario que use un médico de la red. Usted puede obtener atención médica de emergencia cubierta cuando lo necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios, y de cualquier proveedor con una licencia estatal apropiada, incluso si no forma parte de nuestra red.

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos

- **Asegúrese lo antes posible de que le hayan avisado a nuestro plan acerca de la emergencia.** Necesitamos hacer el seguimiento de la atención de emergencia que reciba. Usted o alguna otra persona debe llamarnos para avisarnos sobre la atención de emergencia, por lo general, en el plazo de 48 horas. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al **602-586-1730** o **1-877-436-5288** (TTY **711**). Los horarios de atención son de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. Estos números también figuran en el reverso de su identificación de miembro. ¿Qué cobertura tiene en el caso de una emergencia médica?

La atención médica de emergencia recibida fuera de los Estados Unidos y sus territorios no está cubierta por Mercy Care Advantage, Original Medicare o AHCCCS (Medicaid).

Nuestro plan cubre los servicios de ambulancia en los casos en los que ir a la sala de emergencias de alguna otra manera podría poner en peligro su salud. También cubrimos servicios médicos durante los casos de emergencia.

Los médicos que le brindan atención de emergencia decidirán en qué momento se estabiliza la afección y finaliza la emergencia médica.

Una vez que finaliza la emergencia, usted tiene derecho a recibir atención de seguimiento para garantizar que siga estando estable. Sus médicos seguirán tratándolo hasta que se comuniquen con nosotros y hagamos planes para recibir atención adicional. El plan cubre la atención de seguimiento. Si recibe atención de emergencia de proveedores fuera de la red, coordinaremos con proveedores de la red para que tomen el control de su atención tan pronto como su afección médica se estabilice y las circunstancias lo permitan.

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

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

No obstante, una vez que el médico haya identificado que *no* se trataba de una emergencia, cubriremos la atención adicional *solo* si la recibe de alguna de estas dos formas:

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

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos

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 que requiere atención médica inmediata, pero, dada sus circunstancias, no es posible o no razonable obtener estos servicios de un proveedor de la red. El plan debe cubrir los servicios de urgencia prestados fuera de la red. Algunos ejemplos de servicios de urgencia son i) dolor de garganta grave que se produce durante el fin de semana o ii) exacerbación imprevista de una afección conocida cuando usted está temporalmente fuera del área de servicio.

Para localizar un centro de atención de urgencia en su área, consulte su *Directorio de proveedores y farmacias*, visite el sitio web de Mercy Care Advantage en **www.MercyCareAZ.org**, o llame al Departamento de Servicios para Miembros de Mercy Care Advantage. En la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono del Departamento de Servicios para Miembros. Nuestro plan no cubre servicios de emergencia, servicios de urgencia o cualquier otro servicio de atención médica fuera de los Estados Unidos y sus territorios.

Sección 3.3 **Cómo obtener atención durante un desastre**

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

Visite el siguiente sitio web: **www.MercyCareAZ.org** para obtener información sobre cómo recibir la atención que necesita durante un desastre.

Si durante un desastre no puede consultar a un proveedor de la red, el plan le permitirá obtener atención de proveedores fuera de la red al costo compartido dentro de la red. Si, durante un desastre, no puede utilizar una farmacia de la red, puede obtener sus medicamentos con receta en una farmacia fuera de la red. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para obtener más información.

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos**SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de los servicios cubiertos?****Sección 4.1 Puede solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde del costo de los servicios cubiertos**

Si pagó más de lo que le corresponde pagar por los servicios cubiertos del 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 en caso de servicios médicos o medicamentos cubiertos*) para obtener información sobre lo que debe hacer.

Sección 4.2 ¿Qué debería hacer si los servicios no están cubiertos por el plan?

Mercy Care Advantage cubre todos los servicios médicamente necesarios, como se detalla en la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4 de este documento. Si recibe servicios no cubiertos por nuestro plan o los servicios obtenidos fuera de la red no fueron autorizados, usted es responsable de pagar el costo total de los servicios.

Su plan AHCCCS (Medicaid) cubrirá el costo de los servicios cubiertos de AHCCCS (Medicaid) y pagará sus montos de coseguro, deducible y copago de Medicare a sus médicos. No debe pagar sus copagos porque es posible que no podamos reembolsárselos. Consulte su Manual para miembros de AHCCCS (Medicaid) para ver información sobre los costos compartidos y los servicios cubiertos por AHCCCS (Medicaid).

Usted es responsable de pagar el costo total de los servicios que no están cubiertos por nuestro plan o AHCCCS (Medicaid), servicios que fueron obtenidos fuera de la red y no fueron autorizados y no están relacionados con una situación de emergencia, o servicios de urgencia o servicios de diálisis cuando viaja fuera del área de servicio del plan. Es importante que hable con su médico antes de recibir cualquier servicio que no esté cubierto.

Para los servicios cubiertos que tienen un límite de beneficios, también paga el costo total de los servicios que reciba después de haber utilizado la totalidad del beneficio para ese tipo de servicio cubierto. Si alcanza un límite de beneficios y debe pagar de su bolsillo, los costos que pague pueden aplicarse al máximo de bolsillo anual de su plan.

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos**SECCIÓN 5 Cómo se cubren los servicios médicos cuando participa en un “estudio de investigación clínica”****Sección 5.1 ¿Qué es un “estudio de investigación clínica”?**

Un estudio de investigación clínica (también denominado un “estudio clínico”) es una manera que tienen los médicos y científicos de probar nuevos tipos de atención médica; por ejemplo, para averiguar la eficacia de un nuevo medicamento contra el cáncer. Ciertos estudios de investigación clínica están aprobados por Medicare. Los estudios de investigación clínica aprobados por Medicare normalmente solicitan voluntarios para participar en el estudio.

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

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Original Medicare paga la mayor parte de los costos por los servicios cubiertos que reciba usted como parte del estudio. Si nos comunica que está en un ensayo clínico calificado, entonces usted es responsable solo del costo compartido dentro de la red por los servicios que se realizan en ese ensayo. Si usted paga más, por ejemplo, si ya pagó el monto de costo compartido de Original Medicare, le reembolsaremos la diferencia entre lo que pagó y el costo compartido dentro de la red. Sin embargo, deberá proporcionarnos la documentación para demostrarnos cuánto pagó. Mientras participa en un estudio de investigación clínica, puede seguir inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo la atención restante (la atención que no esté relacionada con el estudio) a través del plan.

Si quiere participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* es necesario que nos lo informe o que obtenga nuestra aprobación ni la de su PCP. *No* es necesario que los proveedores que le brindan atención como parte del estudio de investigación clínica formen parte de la red de proveedores del plan.

Si bien no es necesario que obtenga la autorización de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica, le recomendamos que lo notifique por adelantado cuando elija participar en los ensayos clínicos calificados por Medicare.

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

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos

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

Una vez que se inscribe en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, Original Medicare cubre los productos y servicios de rutina que reciba como parte del estudio de investigación, incluidos los siguientes:

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

Después de que Medicare haya pagado su parte del costo de estos servicios, nuestro plan pagará la diferencia entre el costo compartido en Original Medicare y el costo compartido dentro de la red como miembro de nuestro plan. Esto significa que usted pagará el mismo monto por los servicios que recibe como parte del estudio igual que si recibiera estos servicios de nuestro plan. Sin embargo, debe enviar la documentación que muestre cuánto costo compartido pagó. Para obtener información sobre cómo enviar solicitudes de pagos, consulte el Capítulo 7.

A continuación, se muestra un ejemplo de cómo funciona el costo compartido: supongamos que tiene un análisis de laboratorio que cuesta \$100, como parte del estudio de investigación. También supongamos que tendría que pagar \$20 como su parte de los costos para este análisis según Original Medicare, pero el análisis sería de \$10 conforme a los beneficios de nuestro plan. En este caso, Original Medicare pagaría \$80 por la prueba y usted pagaría el copago de \$20 requerido por Original Medicare. Entonces usted debería notificar al plan que recibió el servicio de un ensayo clínico calificado y enviar la documentación, como la factura de un proveedor, al plan. El plan le pagaría \$10 directamente a usted. Por lo tanto, su pago neto es \$10, el mismo monto que pagaría según los beneficios de nuestro plan. Tenga en cuenta que, para recibir el pago del plan, debe enviar la documentación a su plan, como la factura de un 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 recabar datos y que no se utilicen en su atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no cubriría las CT mensuales que se realicen como parte del estudio si su afección médica normalmente requiriese una sola CT.

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos

¿Desea obtener más información?

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

SECCIÓN 6 Normas para recibir atención en una “institución religiosa de atención sanitaria no médica”

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

Una institución religiosa de atención médica no médica es un centro que provee atención médica para una afección que normalmente se trataría en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o centro de atención de enfermería especializada va en contra de las creencias religiosas de un miembro, se brindará cobertura para su atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica. Este beneficio se brinda solo para los servicios para pacientes internados de la Parte A (servicios de atención no médica).

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

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

- El tratamiento o la atención médica que “no esté exceptuado” es el tratamiento o la atención médica que es *voluntario* y que *no es obligatorio* según la legislación federal, estatal o local.
- El tratamiento médico “exceptuado” es el tratamiento o la atención médica que *no* se considera voluntario y que *es obligatorio* según la legislación federal, estatal o local.

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

- El centro que brinde atención debe estar certificada por Medicare.
- La cobertura del plan para los servicios que reciba se limita a los aspectos *no religiosos* de la atención.

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos

- Si obtiene servicios de esta institución que se ofrecen en un centro, se aplicarán las siguientes condiciones:
 - Debe tener una afección médica que le permitiría recibir los servicios cubiertos correspondientes a la atención para pacientes internados en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada.
 - Y debe obtener la aprobación de nuestro plan por adelantado antes de que lo ingresen en el centro o de lo contrario, su hospitalización no estará cubierta.

Se aplican límites en la cobertura de la atención para pacientes internados en un hospital de Medicare. Para obtener más información, consulte la tabla de beneficios en el Capítulo 4.

SECCIÓN 7 Normas para la posesión de equipos médicos duraderos

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

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

En Original Medicare, las personas que alquilan ciertos tipos de DME pueden quedarse con dichos equipos después de pagar el copago del producto durante 13 meses. Sin embargo, como miembro de Mercy Care Advantage, por lo general no tendrá posesión de los DME alquilados, independientemente de la cantidad de copagos que haga por el producto mientras sea miembro de nuestro plan, incluso si realizó hasta 12 pagos consecutivos por el producto de DME en Original Medicare antes de inscribirse en nuestro plan. En determinadas circunstancias limitadas, le transferiremos la posesión del producto de DME. Llame al Departamento de Servicios para Miembros para obtener más información.

¿Qué sucede con los pagos que realizó por los equipos médicos duraderos si se cambia a Original Medicare?

Si no obtuvo la propiedad del DME mientras estuvo en nuestro plan, deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos después de que cambie a Original Medicare a fin de adquirir la propiedad del producto. Los pagos realizados mientras está inscrito en su plan no cuentan.

Ejemplo 1: realizó 12 o menos pagos consecutivos por el producto en Original Medicare 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 poseer el producto.

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos

Ejemplo 2: realizó 12 o menos pagos consecutivos por el producto en Original Medicare y luego se unió a nuestro plan. Usted estaba en nuestro plan, pero no obtuvo la posesión mientras estaba en nuestro plan. Luego, regresa a Original Medicare. Deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos para tener la posesión del producto una vez que se una a Original Medicare de nuevo. Todos los pagos previos (ya sea a nuestro plan o a Original Medicare) no cuentan.

SECCIÓN 7.2 Normas para equipos de oxígeno, suministros y mantenimiento

¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho?

Si reúne los requisitos para la cobertura de equipos de oxígeno de Medicare, Mercy Care Advantage cubrirá lo siguiente:

- Alquiler de equipos de oxígeno
- Entrega de oxígeno y contenido de oxígeno
- Tubos y accesorios de oxígeno relacionados para la entrega de oxígeno y contenidos de oxígeno
- Mantenimiento y reparación de equipos de oxígeno

Si usted deja Mercy Care Advantage o el equipo de oxígeno ya no es médicamente necesario, debe devolver el equipo.

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

Original Medicare requiere que un proveedor de oxígeno le brinde servicios durante cinco años. Durante los primeros 36 meses usted alquila el equipo. Los restantes 24 meses el proveedor proporciona el equipo y el mantenimiento (usted sigue siendo responsable del copago de oxígeno). Después de cinco años puede elegir quedarse con la misma compañía o ir a otra compañía. En este momento, el ciclo de cinco años comienza de nuevo, incluso si permanece con la misma compañía, lo que le obliga a pagar el copago durante los primeros 36 meses. Si se inscribe o deja nuestro plan, el ciclo de cinco años vuelve a empezar.

CAPÍTULO 4:

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

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)**SECCIÓN 1 Cómo comprender los costos que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos**

Este capítulo proporciona una Tabla de beneficios médicos en la que se enumeran los servicios cubiertos y se detalla cuánto deberá pagar por cada servicio cubierto como miembro de Mercy Care Advantage. Más adelante en este capítulo, encontrará información sobre los servicios médicos que no están cubiertos. También explica los límites en determinados servicios.

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

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

- El “**deducible**” es el monto que debe pagar por los servicios médicos antes de que nuestro plan comience a pagar la parte que le corresponde. (La Sección 1.2 le brinda más información sobre el deducible de su plan). Un “**copago**” es el monto fijo que paga cada vez que recibe ciertos servicios médicos. El copago se abona en el momento en que recibe el servicio médico. (La Tabla de beneficios médicos, que se encuentra en la Sección 2, le brinda más información sobre sus copagos).
- Un “**copago**” es el monto fijo que paga cada vez que recibe ciertos servicios médicos. El copago se abona en el momento en que recibe el servicio médico. (La Tabla de beneficios médicos, que se encuentra en la Sección 2, le brinda más información sobre sus copagos).
- El “**coseguro**” es el porcentaje que paga del costo total de cierto servicio médico. El coseguro se paga en el momento en que recibe el servicio médico. (La Tabla de beneficios médicos, que se encuentra en la Sección 2, le brinda más información sobre su coseguro).

Sección 1.2 Nuestro plan tiene un deducible para ciertos tipos de servicios

Este plan tiene un monto de deducible para cierto tipo de servicios. Hasta que haya pagado el monto del deducible, debe pagar el costo total para ciertos beneficios cubiertos por Medicare dentro de la red. Una vez que haya pagado su deducible, pagaremos nuestra parte del costo por dichos servicios y usted pagará su parte. La Tabla de beneficios de la Sección 2 muestra los deducibles de la categoría de servicios.

Si es elegible para la asistencia de costo compartido de Medicare conforme a Medicaid, usted no tiene deducible.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)**Sección 1.3 ¿Cuál es el monto máximo que pagará por los servicios médicos cubiertos de Medicare Parte A y Parte B?**

Nota: Debido a que nuestros miembros también obtienen asistencia de Medicaid, muy pocos alcanzan el monto máximo que pagan de sus bolsillos. Si es elegible para la asistencia de costo compartido de Medicare conforme a AHCCCS (Medicaid), usted no es responsable de pagar ningún costo de su bolsillo para el monto máximo que paga de su bolsillo para los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.

Debido a que usted está inscrito en un plan Medicare Advantage, hay un límite en el monto que paga de su bolsillo cada año por los servicios médicos que están cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Este límite se denomina monto máximo que paga de su bolsillo (MOOP) por servicios médicos. Para el año calendario 2023 este monto es \$8,300.

Los montos que paga por los deducibles, copagos y coseguros para los servicios cubiertos se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo. Los montos que paga por los medicamentos con receta de la Parte D no se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo. Si llega al monto máximo de \$8,300 de costos que paga de su bolsillo, ya no deberá pagar más costos 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 la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid o cualquier otro tercero pague su prima de la Parte B).

Sección 1.4 Nuestro plan no permite que los proveedores le “facturen saldos”

Como miembro de Mercy Care Advantage, una protección importante para usted es que solo tiene que pagar el monto del costo compartido del plan cuando obtiene servicios cubiertos por nuestro plan. Los proveedores no pueden agregar cargos adicionales, lo que se denomina “facturación de saldos”. Esta protección se aplica incluso si le pagamos al proveedor un monto inferior a lo que el proveedor cobra por un servicio, incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.

Aquí le mostramos cómo funciona esta protección.

- Si su costo compartido es un copago (una cantidad determinada de dinero, por ejemplo, \$15.00), entonces usted paga solamente ese monto por cualquier servicio cubierto del proveedor de la red.
- Si su costo compartido es un coseguro (un porcentaje de los cargos totales), entonces nunca paga más que ese porcentaje. Sin embargo, su costo depende del tipo de proveedor:
 - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor de la red, 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).

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

- Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red y que participa en Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores participantes. (Recuerde que el plan cubre servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, por ejemplo, cuando tiene una remisión o para servicios de urgencia o emergencias).
- Si obtiene servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red y que no participa en Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores no participantes. (Recuerde que el plan cubre servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, por ejemplo, cuando tiene una remisión o para servicios de urgencia o emergencias).
- Si cree que un proveedor le ha “facturado saldos”, llame al Departamento de Servicios para Miembros.

No permitimos que los proveedores le facturen los servicios cubiertos. Les pagamos directamente a nuestros proveedores y lo protegemos a usted de cualquier cargo. Esto es así incluso si le pagamos al proveedor un monto inferior a lo que el proveedor cobra por un servicio. Si recibe una factura de un proveedor, llame al Departamento de Servicios para Miembros.

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

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

La Tabla de beneficios médicos en las páginas siguientes enumera los servicios que cubre Mercy Care Advantage y lo que usted paga de su bolsillo por cada uno de ellos. La cobertura para medicamentos con receta de la Parte D se encuentra 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 y AHCCCS (Medicaid) deben brindarse de conformidad con las pautas de cobertura establecidas por Medicare y AHCCCS (Medicaid).
- Sus servicios (incluidos la atención médica, los servicios, los suministros, los equipos y los medicamentos con receta de la Parte B) *deben* ser médicamente necesarios. “Médicamente necesario” significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.
- Usted recibe atención por parte de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, la atención que reciba de parte de un proveedor fuera de la red no estará cubierta, a menos que sea atención de emergencia o de urgencia o a menos que su plan o un proveedor de la red le haya dado una remisión. Esto significa que usted deberá pagarle al proveedor en su totalidad por los servicios brindados.

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

- Usted tiene un PCP que brinda y supervisa su atención. En la mayoría de los casos, su proveedor de atención primaria (PCP) deberá autorizarlo con antelación antes de que acuda a otros proveedores de la red del plan. A esto se le denomina darle una “remisión”.
- Algunos de los servicios mencionados en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos *solo* si su médico u otro proveedor de la red obtienen nuestra aprobación por adelantado (esto suele denominarse “autorización previa”). Los servicios cubiertos que deben aprobarse por adelantado están marcados en la Tabla de beneficios médicos en negrita y cursiva.

Otra información importante que debe saber sobre su cobertura:

- Usted tiene cobertura de Medicare y de AHCCCS (Medicaid). Medicare cubre atención médica y medicamentos con receta. AHCCCS (Medicaid) cubre su costo compartido para servicios de Medicare, lo que incluye asistencia con su costo compartido de la Parte A y la Parte B de Medicare (deducibles, copagos y coseguro). AHCCCS (Medicaid) también cubre servicios que Medicare no cubre, como la atención a largo plazo, medicamentos de venta libre, servicios basados en el hogar y en la comunidad y otros servicios cubiertos por Medicaid.
- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Original Medicare. (Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual *Medicare & You 2023* (Medicare y usted para 2023). Puede verlo por Internet en www.medicare.gov o solicitar una copia al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).
- Para todos los servicios preventivos que están cubiertos sin costo por Original Medicare, nosotros también cubrimos el servicio sin costo para usted. No obstante, si recibe tratamiento o se somete a un control debido a una afección médica existente durante la consulta en la que recibe el servicio preventivo, se aplicará un copago por la atención recibida para tratar dicha afección médica.
- Si Medicare agrega cobertura para algún nuevo servicio durante el año 2023, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.

La siguiente tabla de beneficios describe los beneficios y los costos compartidos de Medicare para el plan Mercy Care Advantage. A continuación de la tabla de beneficios de Mercy Care Advantage encontrará una tabla que describe los beneficios y servicios cubiertos por AHCCCS (Medicaid) y el nivel de su costo compartido de Medicare según su elegibilidad para AHCCCS (Medicaid).

Si se encuentra dentro del período de dos meses de elegibilidad continua estimada de nuestro plan, continuaremos brindándole todos los beneficios de Medicare cubiertos por el plan Medicare Advantage. No obstante, durante este período, no seguiremos cubriendo los beneficios de Medicaid que estén incluidos a través de AHCCCS (Medicaid) ni pagaremos las primas o el costo compartido de Medicare de los que, de otra manera, el estado sería responsable si no hubiera perdido su elegibilidad para Medicaid. **Si es elegible para la asistencia de costo compartido de Medicare de Medicaid, usted no paga ninguno de los servicios mencionados en la Tabla de beneficios, siempre y cuando cumpla con los requisitos de cobertura que se describen arriba.**

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



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

***AHCCCS (Medicaid) puede pagar su deducible, coseguro o copago según su nivel de elegibilidad. Consulte la tabla de AHCCCS (Medicaid) que comienza en la página 10909.**

Tabla de beneficios médicos

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal</p> <p>Una ecografía de detección por única vez para las personas en riesgo. El plan solo cubre esta prueba de detección si usted tiene ciertos factores de riesgo y si recibe una remisión de parte de su médico, auxiliar médico, profesional en enfermería o especialista en enfermería clínica.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para esta prueba de detección preventiva.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Acupuntura para dolor crónico en la región lumbar</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <p>Hasta 12 consultas en 90 días cubiertas para los beneficiarios de Medicare en las siguientes circunstancias:</p> <p>A efectos de este beneficio, el dolor crónico en la región lumbar se lo define de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dura 12 semanas o más. • Aquel que no es específico, es decir, no tiene una causa sistémica identificable (p. ej., no está asociado con una enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.). • que no se relacione con cirugías; y • que no se relacione con embarazo. <p>Se cubrirán ocho sesiones adicionales para aquellos pacientes que demuestren una mejora. No se pueden administrar más de 20 tratamientos de acupuntura por año.</p> <p>Se debe interrumpir el tratamiento si el paciente no mejora o tiene un retroceso.</p> <p>Requisitos de proveedores:</p> <p>Los médicos (según la definición del artículo 1861[r][1] de la Ley de Seguro Social [la Ley]) pueden proporcionar acupuntura conforme a los requisitos estatales aplicables.</p> <p>Los auxiliares médicos (PA), los profesionales en enfermería (NP) o especialistas en enfermería clínica (CNS) (según la definición del artículo [1861][aa][5] de la Ley) y el personal auxiliar pueden proporcionar acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales aplicables y si tienen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • un título de maestría o doctorado en acupuntura o medicina oriental de una institución acreditada por la Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental (ACAOM) y • una licencia actual, completa, activa y sin restricciones para practicar la acupuntura en un estado, territorio o mancomunidad (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos o del Distrito de Columbia. <p>El personal auxiliar que proporcione acupuntura debe estar bajo el nivel adecuado de supervisión de un médico, PA o NP/CNS, requerido por nuestras regulaciones en las secciones 410.26 y 410.27 del Título 42 del Código de Regulaciones Federales (CFR).</p> <p><i>Los servicios pueden requerir autorización previa o una remisión de su médico.</i></p>	<p>0% o 20% del costo por los servicios de acupuntura cubiertos por Medicare.*</p> <p>Este servicio tiene un deducible de \$226 de la Parte B de Medicare para cierto tipo de servicios cubiertos por Medicare como se describe en la Sección 1.2 de este capítulo.</p>

Servicios cubiertos

Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios

Servicios de ambulancia

- Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen servicios de ambulancia terrestre y aérea con aeronaves de ala fija o rotatoria hasta el centro apropiado más cercano que puede brindar atención solo si se trata de un miembro cuya afección médica es tal que cualquier otro medio de transporte podría poner en peligro la salud de la persona o si está autorizado por el plan.
- El servicio de transporte en ambulancia para casos que no sean de emergencia es adecuado si está documentado que la afección médica del miembro es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro la salud de la persona y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario.

0% o 20% del costo para los beneficios de ambulancia cubiertos por Medicare por viajes de ida y viajes de ida y vuelta.*

Este servicio tiene un deducible de \$226 de la Parte B de Medicare para cierto tipo de servicios cubiertos por Medicare como se describe en la Sección 1.2 de este capítulo.



Consulta anual de bienestar

Si ha tenido la Parte B por más de 12 meses, puede tener una consulta anual de bienestar para establecer o actualizar un plan de prevención personalizado basado en los factores de riesgo y salud actuales. Está cubierta una vez cada 12 meses.

Nota: Su primera consulta anual de bienestar no puede realizarse dentro de los 12 meses de su consulta preventiva “Bienvenido a Medicare”. 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 consultas anuales de bienestar.

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

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Medición de la masa ósea</p> <p>Para las personas calificadas (por lo general, personas en riesgo de pérdida de la masa ósea o de osteoporosis), están cubiertos los siguientes servicios cada 24 meses o con mayor frecuencia si se consideran médicamente necesarios: procedimientos para determinar la densidad ósea, detectar la pérdida de masa ósea o determinar la calidad ósea, incluida la lectura de los resultados por parte del médico.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para la medición de la masa ósea cubierta por Medicare.</p>
<p> Prueba de detección de cáncer de mama (mamografías)</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. 	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para mamografías de control cubiertas.</p>
<p>Servicios de rehabilitación cardíaca</p> <p>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 remisión del médico. El plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca que son habitualmente más rigurosos o intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.</p> <p><i>Los servicios pueden requerir autorización previa.</i></p>	<p>0% o 20% del costo para servicios de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare.*</p> <p>Este servicio tiene un deducible de \$226 de la Parte B de Medicare para cierto tipo de servicios cubiertos por Medicare como se describe en la Sección 1.2 de este capítulo.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Consulta para reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (tratamiento para las enfermedades cardiovasculares)</p> <p>Cubrimos una consulta por año con su médico de atención primaria para ayudarle a disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Durante esta consulta, su médico puede analizar el uso de aspirina (si corresponde), medir su presión arterial y brindarle consejos para asegurarse de que usted esté comiendo de manera saludable.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo para el tratamiento conductual intensivo de enfermedades cardiovasculares.</p>
<p> Análisis para detectar enfermedades cardiovasculares</p> <p>Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas al riesgo elevado de enfermedades cardiovasculares) una vez cada 5 años (60 meses).</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para los análisis para detectar enfermedades cardiovasculares que se cubre una vez cada 5 años.</p>
<p> Prueba de detección de cáncer de cuello de útero y de vagina</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para todas las mujeres: pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses • Si corre alto riesgo de padecer cáncer de cuello de útero o de vagina o está en edad de procrear y ha obtenido un resultado anormal en una prueba de Papanicolaou en los últimos 3 años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses 	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos preventivos cubiertos por Medicare.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios de quiropráctica</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manipulación manual de la columna para corregir una subluxación. • El plan cubre 12 consultas de quiropráctica de rutina complementarias por año <p><i>Los servicios cubiertos por Medicare para la manipulación de la columna para corregir la subluxación pueden requerir autorización previa.</i></p> <p><i>No se requiere autorización previa para las consultas de quiropráctica complementarias de rutina.</i></p>	<p>0% o 20% del costo por cada consulta de quiropráctica cubierta por Medicare.*</p> <p>Este servicio tiene un deducible de \$226 de la Parte B de Medicare para cierto tipo de servicios cubiertos por Medicare como se describe en la Sección 1.2 de este capítulo.</p> <p>Usted no paga nada por las 12 consultas de quiropráctica de rutina complementarias por año calendario.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Prueba de detección de cáncer colorrectal</p> <p>Para las personas de 50 años o más, están cubiertos los siguientes estudios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sigmoidoscopia flexible (o enema de bario de detección como alternativa) cada 48 meses <p>Una de las siguientes pruebas cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prueba Guaiac de sangre oculta en las heces fecales (gFOBT) • Prueba inmunoquímica fecal (FIT) <p>Examen de detección colorrectal basado en ADN cada 3 años</p> <p>Para las personas que tienen alto riesgo de padecer cáncer colorrectal cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colonoscopia de detección (o enema de bario de detección como alternativa) cada 24 meses <p>Para las personas que no tienen alto riesgo de padecer cáncer colorrectal cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colonoscopia de detección cada 10 años (120 meses), pero no dentro de los 48 meses de una sigmoidoscopia de detección 	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para una prueba de detección de cáncer colorrectal cubierta por Medicare.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios dentales</p> <p>En general, los servicios dentales preventivos (como limpiezas, exámenes de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Original Medicare.</p> <p>Cubrimos:</p> <p>Los servicios dentales preventivos y de diagnóstico incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Limpieza (hasta 1 cada 6 meses desde la última fecha de servicio) • Radiografías dentales (1 cada 12 meses desde la última fecha de servicio) • Tratamiento con flúor (hasta 1 cada 6 meses desde la última fecha de servicio) • Examen bucal (hasta 1 cada 6 meses desde la última fecha de servicio) <p>Los servicios dentales integrales incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Límite de cobertura del plan de \$5,000 (cada año calendario) para servicios como extracciones, coronas, empastes, algunos servicios de periodoncia, dentaduras postizas removibles, revestimientos, rebases, reparaciones, ajustes, anestesia y algunos tratamientos de conducto. • Radiografía de boca completa o Panorex cada 3 años desde la última fecha de servicio. <p>Se excluyen: Servicios relacionados con el tratamiento dental de emergencia; prostodoncia que incluye, entre otros, puentes, implantes o la preparación quirúrgica bucal para procedimientos previos a los dispositivos protésicos, ortodoncia y servicios relacionados con el tratamiento de TMJ crónico. Nota: estos servicios pueden estar cubiertos a través de sus beneficios de AHCCCS (Medicaid).</p>	<p>Copago de \$0 para beneficios cubiertos por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 para beneficios dentales preventivos (no se aplica el límite de cobertura de \$5,000).</p> <p>Copago de \$0 para beneficios dentales integrales hasta un límite de cobertura del plan de \$5,000 cada año calendario.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Prueba de detección de depresión</p> <p>Cubrimos un examen de detección de depresión por año. La prueba de detección debe realizarse en un establecimiento de atención primaria que pueda brindar remisiones o tratamiento de seguimiento.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para una consulta anual para la prueba de detección de depresión.</p>
<p> Prueba de detección de diabetes</p> <p>Cubrimos esta prueba (incluidas pruebas de glucosa en ayunas) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), antecedentes de niveles de triglicéridos y colesterol anormales (dislipidemia), obesidad o antecedentes de niveles elevados de azúcar en sangre (glucosa). Los exámenes también pueden ser cubiertos si cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso y tener antecedentes familiares de diabetes.</p> <p>Según los resultados de estos exámenes, puede ser elegible para realizarse hasta dos pruebas de detección de diabetes cada 12 meses.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para la diabetes</p> <p>Para todas las personas que padecen diabetes (ya sea que usen insulina o no). Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suministros para controlar la glucosa en sangre: glucómetro, tiras reactivas para análisis de glucosa en sangre, dispositivos de punción y lancetas, y soluciones de control de glucosa para verificar la precisión de las tiras reactivas y de los glucómetros. • Para las personas que padecen diabetes y pie diabético grave: Un par de zapatos terapéuticos a medida por año calendario (con los zapatos se incluyen las plantillas ortopédicas) y dos pares extra de plantillas ortopédicas, o un par de zapatos profundos y tres pares de plantillas ortopédicas (con los zapatos no se incluyen las plantillas ortopédicas extraíbles que no están hechas a medida). La cobertura incluye adaptación. • La capacitación para el autocontrol de la diabetes está cubierta, siempre que se cumpla con ciertos requisitos. • Para las personas con diabetes o que corren riesgo de padecer diabetes: Las pruebas de glucosa en plasma en ayunas y los kits para pruebas de sangre en el hogar están cubiertos según sea necesario. • One Touch es la marca preferida de glucómetros y tiras reactivas cubierta por Mercy Care Advantage. 	<p>0% o 20% del costo para suministros para el control de la diabetes, zapatos terapéuticos o plantillas y capacitación para el autocontrol de la diabetes cubiertos por Medicare.*</p> <p>Los suministros para la diabetes tienen un deducible de \$226 de la Parte B de Medicare para cierto tipo de servicios cubiertos por Medicare como se describe en la Sección 1.2 de este capítulo.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Equipos médicos duraderos (DME) y suministros relacionados</p> <p>(Para una definición de “equipo médico duradero”, consulte el Capítulo 12 y en el Capítulo 3, Sección 7 de este documento,).</p> <p>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.</p> <p>Cubrimos todo DME que sea médicamente necesario cubierto por Original Medicare. Si nuestro proveedor en su área no trabaja una marca o un fabricante en particular, puede solicitarle que le realice un pedido especial para usted.</p> <p><i>Los servicios pueden requerir autorización previa.</i></p>	<p>0% o 20% del costo por equipos médicos duraderos cubiertos por Medicare.*</p> <p>El costo compartido para la cobertura del equipo de oxígeno de Medicare 0% o 20% del costo, cada mes.</p> <p>El costo compartido no cambiará después de haber estado inscrito durante 36 meses.</p> <p>Este servicio tiene un deducible de \$226 de la Parte B de Medicare para cierto tipo de servicios cubiertos por Medicare como se describe en la Sección 1.2 de este capítulo.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Atención de emergencia</p> <p>La atención de emergencia hace referencia a los servicios que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • son brindados por un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia, y • son necesarios para evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia. <p>Una emergencia médica es cuando usted o cualquier persona prudente, con un conocimiento promedio de salud y medicina, creen que presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar perder la vida (y, si es una mujer embarazada, la pérdida de un niño no nacido), la pérdida de una extremidad o la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección médica que se agrava rápidamente.</p> <p>Los costos compartidos para los servicios de emergencia necesarios que se brindan fuera de la red son los mismos que para los mismos servicios que se brindan dentro de la red.</p> <p>No se cubren fuera de los Estados Unidos o sus territorios. Póngase en contacto con el plan para obtener detalles.</p>	<p>0% o 20% del costo (hasta \$95) por consultas en la sala de emergencias cubiertas por Medicare.*</p> <p>Si es ingresado en el hospital en un plazo de 3 días, usted paga \$0 por la consulta en la sala de emergencias.</p> <p>Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención para pacientes internados después de que su afección se estabilice, debe regresar a un hospital de la red para que se siga cubriendo su atención. <i>O</i> debe recibir atención para pacientes internados en un hospital fuera de la red que el plan autorice y el costo que le corresponde pagar es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Programas educativos sobre salud y bienestar</p> <p>Foundation for Senior Living Wellness Program:</p> <p>Las actividades, las clases y la información se ofrecen por teléfono o en diferentes lugares en toda el área de servicio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Clases de ejercicios: para todos los niveles de acondicionamiento físico, desde ejercicios en la silla hasta aprender cómo usar el equipo para ejercicio físico y ejercicios aeróbicos en el agua. • Programa para dejar de fumar: con un entrenador de Quit. • Educación nutricional: con un nutricionista certificado que se especializa en la planificación de comidas y el control del peso. • Prevención y educación de diabetes: con un educador de diabetes para aprender sobre la prevención o el manejo de esta enfermedad. 	<p>No paga nada para clases proporcionadas a través del proveedor de la red que administra este beneficio.</p>
<p>Servicios auditivos</p> <p>Las evaluaciones auditivas de diagnóstico y las relacionadas con el equilibrio realizadas por su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico se cubren como atención para pacientes externos cuando las realiza un médico, un audiólogo u otro proveedor calificado.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nuestro plan cubre un examen auditivo de rutina (hasta 1 cada año calendario). • Nuestro plan paga hasta \$1,900 para audífonos cada dos años para ambos oídos combinados. • Nuestro plan cubre las correcciones y evaluaciones de los audífonos. 	<p>0% o 20% del costo para los exámenes auditivos de diagnóstico cubiertos por Medicare.*</p> <p>Copago de \$0 por exámenes auditivos de rutina.</p> <p>Copago de \$0 hasta un límite de \$1,900 de la cobertura del plan para audífonos cada dos años.</p> <p>Copago de \$0 para correcciones y evaluaciones de los audífonos.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Prueba de detección de VIH</p> <p>Para personas que solicitan una prueba de detección de VIH o que tienen mayor riesgo de infección por el VIH, cubrimos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una prueba de detección cada 12 meses. <p>Para mujeres embarazadas, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hasta tres pruebas de detección durante el embarazo. 	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para pruebas de detección de VIH preventivas cubiertas por Medicare.</p>
<p>Atención médica a domicilio</p> <p>Antes de recibir los servicios de atención médica a domicilio, un médico debe certificar que usted necesita estos servicios y solicitará que una agencia de atención médica a domicilio le brinde estos servicios. El requisito es que usted no pueda salir de su casa, lo que significa que hacerlo implica un gran esfuerzo.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de enfermería especializada o los servicios de un auxiliar de atención médica a domicilio en forma intermitente o de medio tiempo (se cubrirán en función del beneficio de atención médica a domicilio; los servicios de enfermería especializada y los servicios de un auxiliar de atención médica a domicilio combinados deben totalizar menos de 8 horas por día y 35 horas por semana). • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Servicios médicos y sociales. • Equipos y suministros médicos. <p><i>Los servicios pueden requerir autorización previa.</i></p>	<p>Usted no paga nada</p> <p>Este servicio tiene un deducible de \$226 de la Parte B de Medicare para cierto tipo de servicios cubiertos por Medicare como se describe en la Sección 1.2 de este capítulo.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Terapia de infusión intravenosa en el hogar</p> <p>El tratamiento de infusión en el hogar implica la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a una persona en su casa. Los componentes necesarios para realizar la infusión en el hogar incluyen el medicamento (por ejemplo, antivirales o inmunoglobulina), el equipo (por ejemplo, una bomba) y los suministros (por ejemplo, tubos y catéteres).</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, brindados de acuerdo con el plan de atención. • Capacitaciones y educación para pacientes que no están cubiertos de otra manera por el beneficio del equipo médico duradero. • Supervisión remota. • Servicios de supervisión para la prestación de terapia y medicamentos de infusión en el hogar brindados por un proveedor calificado de terapia de infusión en el hogar. <p><i>Los servicios pueden requerir autorización previa.</i></p>	<p>0% o 20% del costo para el tratamiento de infusión en el hogar cubierto por Medicare. *</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Atención en un hospicio</p> <p>Usted será elegible para el beneficio de hospicio cuando su médico y el director médico del hospicio le hayan dado un pronóstico terminal que certifique que tiene una enfermedad terminal y 6 meses o menos de vida si su enfermedad sigue su curso normal. Es posible que reciba atención a través de un programa de hospicio certificado por Medicare. Su plan está obligado a ayudarlo a encontrar programas de hospicio certificados por Medicare en el área de servicio del plan, incluidos los que la organización Medicare Advantage (MA) posee, controla o en los que tiene un interés financiero. El médico del hospicio puede ser un proveedor de la red o fuera de la red.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos para controlar síntomas y aliviar el dolor. • Cuidados paliativos a corto plazo. • Atención a domicilio. <p><u>Para los servicios de hospicio y para los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que se relacionan con su pronóstico terminal:</u> Original Medicare (en lugar de nuestro plan) pagará a su proveedor de hospicio por sus servicios de hospicio relacionados con su pronóstico terminal. Mientras esté en el programa de hospicio, su proveedor del hospicio facturará a Original Medicare por los servicios que Original Medicare cubre. Se le facturará el costo compartido de Original Medicare.</p>	<p>Cuando se inscribe en un programa de hospicio certificado por Medicare, Original Medicare, y no Mercy Care Advantage, paga los servicios de hospicio y sus servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su pronóstico terminal.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Atención en un hospicio (continuación)	
<p><u>Para los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que no se relacionan con su pronóstico terminal:</u> Si necesita servicios que no sean de urgencia o de emergencia que están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que no están relacionados con su pronóstico terminal, el costo para estos servicios depende 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 autorización previa).</p>	
<ul style="list-style-type: none">• 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 del costo compartido del plan por los servicios dentro de la red.• Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, pagará el costo compartido correspondiente al pago por servicio de Medicare (Original Medicare).	
<p><u>Para los servicios cubiertos por Mercy Care Advantage pero que no están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare:</u> Mercy Care Advantage seguirá cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no estén cubiertos por la Parte A o la Parte B o que no estén relacionados con su pronóstico terminal. Usted paga el monto del costo compartido de su plan por estos servicios.</p>	
<p><u>Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por los beneficios de la Parte D del plan:</u> Si estos medicamentos no se relacionan con su afección con el hospicio terminal, usted paga el costo compartido. Si se relacionan con su afección con el hospicio terminal, usted paga el costo compartido de Original Medicare. Los medicamentos nunca están cubiertos por el hospicio y nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte la Sección 9.4 del Capítulo 5 (<i>¿Qué sucede si se encuentra en un hospicio certificado por Medicare?</i>).</p>	
<p>Nota: si necesita atención médica que no sea en un hospicio (atención que no está relacionado con su pronóstico terminal), debe comunicarse con nosotros para coordinar los servicios.</p>	
<p>Nuestro plan cubre los servicios de consulta con hospicios (una única vez) para una persona que padece una enfermedad terminal y no ha optado por el beneficio de hospicios.</p>	

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

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Inmunizaciones</p> <p>Los servicios de la Parte B cubiertos por Medicare incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vacuna contra la neumonía. • Vacunas antigripales, una vez cada temporada de la influenza, en otoño e invierno, con vacunas antigripales adicionales si son médicamente necesarias. • Vacuna contra la hepatitis B si corre riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B. • Vacuna contra la COVID-19. • Otras vacunas si su salud está en peligro y si cumple con los requisitos de cobertura de la Parte B de Medicare. <p>También cubrimos vacunas en virtud de los beneficios de cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, gripe, hepatitis B y la COVID-19.</p>
<p>Atención hospitalaria para pacientes internados</p> <p>Incluye servicios hospitalarios de cuidados agudos, de rehabilitación, de atención a largo plazo y de otros tipos para pacientes internados en un hospital. La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día en que formalmente ingresa al hospital con una orden del médico. El día anterior a su alta médica es su último día como paciente internado.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario) • Comidas, incluidas dietas especiales • Servicios de enfermería permanentes • Costos de las unidades de cuidados especiales (por ejemplo, unidades de cuidados intensivos o coronarios) • Medicamentos • Pruebas de laboratorio • Radiografías y otros servicios radiológicos • Suministros médicos y quirúrgicos necesarios • Uso de aparatos, como sillas de ruedas • Costos de la sala de operaciones y de recuperación • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje • Servicios por abuso de sustancias tóxicas para pacientes internados 	<p>Copago de \$0 o \$1,700 por cada internación o estadía en el hospital cubierta por Medicare.*</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Atención para pacientes internados en un hospital (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> En determinadas condiciones, están cubiertos los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, páncreas y riñón, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinos/múltiples vísceras. Si necesita un trasplante, organizaremos la revisión de su caso en un centro de trasplantes aprobado por Medicare, que decidirá si es candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplante pueden ser locales o fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de trasplante dentro de la red se encuentran fuera del patrón de atención de la comunidad, puede elegir un lugar cerca, siempre y cuando los proveedores locales de trasplante estén dispuestos a aceptar la tarifa de Original Medicare. Si Mercy Care Advantage brinda servicios de trasplante en un lugar fuera del patrón de atención para trasplantes de su comunidad y usted elige llevar a cabo el trasplante en un lugar alejado, coordinaremos o pagaremos los costos de transporte y alojamiento correspondientes para usted y un acompañante. El centro de trasplante debe identificar al acompañante como el cuidador. El cuidador es la persona que se hará responsable de garantizar que la atención postrasplante a largo plazo del miembro se proporcione de acuerdo con las pautas del centro de trasplante, lo que incluye la administración de terapia inmunosupresora, terapia enteral o parenteral y cumplimiento de precauciones de inmunosupresión. Generalmente, se trata de un miembro de la familia. 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 <p><i>Los servicios pueden requerir autorización previa.</i></p> <p>NOTA: para ser paciente internado, el proveedor debe hacer una orden por escrito para que lo ingresen de manera formal como paciente internado en el hospital. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un “paciente externo”. Si no está seguro de si es un paciente internado o externo, consulte con el personal del hospital.</p>	<p>Se cobra un deducible u otro costo compartido por cada estadía en el hospital.</p> <p>Si obtiene autorización para recibir atención para pacientes internados en un hospital fuera de la red una vez que se ha estabilizado la afección que causó la emergencia, el costo que le corresponde pagar es el costo compartido que debería pagar en un hospital de la red.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Atención para pacientes internados en un hospital (continuación)</p> <p>También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada “¿Está usted internado o es un paciente externo? Si tiene Medicare, ¡consulte!” 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 puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.</p>	
<p>Servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los servicios cubiertos incluyen servicios de salud mental que requieren hospitalización. • Excepto en casos de emergencia, su médico debe informar al plan que usted ingresará al hospital. • Límite de por vida de 190 días en un hospital psiquiátrico. • El límite de 190 días no se aplica a los servicios de salud mental que se brindan en la unidad psiquiátrica de un hospital general. • Una vez que se usan los 190 días de los beneficios de salud conductual para pacientes internados cubiertos por Medicare, los miembros del Sistema de atención a largo plazo de Arizona (ALTCS) de Mercy Care pueden recibir servicios de salud conductual a través de proveedores de Mercy Care. • Si tiene cobertura a través de otro plan ALTCS, necesitará obtener servicios de salud conductual a través de ese plan. Conforme al ALTCS, no hay límites en la cantidad de días cubiertos en un hospital psiquiátrico. <p><i>Los servicios pueden requerir autorización previa.</i></p>	<p>Copago de \$0 o \$1,700 por cada internación o estadía en el hospital cubierta por Medicare.*</p> <p>Se cobra un deducible u otro costo compartido por cada estadía en el hospital.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Hospitalización: los servicios cubiertos recibidos en un hospital o SNF durante una hospitalización no cubierta</p> <p>Si ha agotado sus beneficios para paciente internado o si la hospitalización no es razonable y necesaria, no cubriremos su hospitalización. Sin embargo, en algunos casos, cubriremos ciertos servicios que recibe mientras está en el hospital o en el centro de atención de enfermería especializada (SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios médicos • Análisis de diagnóstico (como los análisis de laboratorio) • Tratamiento con radiografías, radio e isótopos, incluidos los servicios y materiales de los técnicos • Vendajes quirúrgicos • Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones • Dispositivos ortésicos y protésicos (salvo los dentales) que sustituyen una parte o la totalidad de un órgano interno del cuerpo (incluso tejido contiguo), o bien una parte o la totalidad del funcionamiento de un órgano interno del cuerpo que no funciona bien o que permanentemente no funciona, incluso la sustitución o reparación de dichos dispositivos • Soportes para piernas, brazos, espalda y cuello; bragueros y piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos ajustes, reparaciones y reemplazos necesarios debidos a la rotura, al desgaste, a la pérdida o a un cambio en el estado físico del paciente • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla <p><i>Los servicios pueden requerir autorización previa.</i></p>	<p>0% o 20% para servicios de atención médica cubierta por Medicare.*</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Comidas</p> <p>Después de cada alta de una hospitalización, usted es elegible para recibir un envío de 28 comidas empaquetadas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La selección de las comidas será coordinada antes del alta. • La variedad de comidas incluye opciones aptas para afecciones crónicas. • Las comidas serán entregadas en su domicilio. <p>Para obtener más información sobre el acceso a este beneficio, llame al Departamento de Servicios para Miembros o visite www.MercyCareAZ.org.</p>	<p>No paga nada.</p>
<p> Terapia médica nutricional</p> <p>Este beneficio es para las personas con diabetes, enfermedad renal (del riñón) (pero no con tratamiento de diálisis) o después de un trasplante con una remisión del médico.</p> <p>Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento individual durante el primer año que recibe los servicios de terapia médica nutricional en virtud de Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier plan Medicare Advantage u Original Medicare) y 2 horas cada año, después de este. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambia, puede recibir más horas de tratamiento con la remisión de un médico. El médico debe recetar estos servicios y renovar la remisión todos los años si hay que continuar el tratamiento en el siguiente año calendario.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para servicios de terapia médica nutricional cubiertos por Medicare.</p>
<p> Programa de prevención de diabetes de Medicare (MDPP)</p> <p>Los servicios del Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP) estarán cubiertos para los beneficiarios elegibles de Medicare a través de todos los planes de salud de Medicare.</p> <p>El MDPP es una intervención estructurada para el cambio conductual de la salud que proporciona capacitación práctica en cambios alimenticios a largo plazo, aumento de la actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar desafíos con el fin de sostener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio del MDPP.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare	<p>0% o 20% del costo para los medicamentos para quimioterapia cubiertos por la Parte B de Medicare y otros medicamentos cubiertos de la Parte B.*</p> <p>Algunos medicamentos de la Parte B de Medicare están sujetos a un tratamiento escalonado.</p> <p>Este servicio tiene un deducible de \$226 de la Parte B de Medicare para cierto tipo de servicios cubiertos por Medicare como se describe en la Sección 1.2 de este capítulo.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)**Servicios cubiertos****Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios****Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare (continuación)**

La Parte B de Original Medicare cubre estos medicamentos. Los miembros de nuestro plan reciben la cobertura de estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen:

- Medicamentos que, generalmente, el paciente no se autoadministra y que se aplican por medio de una inyección o infusión cuando usted recibe los servicios de médicos, en un hospital para pacientes externos o en un centro quirúrgico ambulatorio.
- Medicamentos que se administran con equipos médicos duraderos (por ejemplo, nebulizadores) autorizados por el plan
- Factores de la coagulación que se aplica usted mismo mediante una inyección si tiene hemofilia.
- Medicamentos inmunosupresores si estaba inscrito en la Parte A de Medicare cuando se le trasplantó el órgano.
- Medicamentos inyectables para la osteoporosis si usted no puede salir de su casa, tiene una fractura ósea que el médico confirma que se relacionó con la osteoporosis posmenopáusica y no puede administrarse usted mismo el medicamento.
- Antígenos.
- Determinados medicamentos orales para el tratamiento del cáncer y las náuseas.
- Determinados medicamentos para autodiálisis en su casa, incluso heparina, el antídoto para la heparina cuando sea necesario, anestésicos tópicos y fármacos estimuladores de la eritropoyesis (por ejemplo, Aranesp®).
- Inmunoglobulinas intravenosas para el tratamiento a domicilio de deficiencias inmunitarias primarias.

Los servicios pueden requerir autorización previa.

El siguiente enlace lo dirigirá a una lista de medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos a un tratamiento escalonado:

www.MercyCareAZ.org

También cubrimos vacunas en virtud de los beneficios de cobertura para medicamentos con receta de la Parte B y la Parte D.

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

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare (continuación)</p> <p>El Capítulo 5 explica el beneficio para medicamentos con receta de la Parte D e indica las normas que deben seguirse a fin de recibir cobertura para los medicamentos con receta. Lo que usted paga por los medicamentos con receta de la Parte D a través de nuestro plan se incluye en el Capítulo 6.</p>	
<p> Prueba de detección de obesidad y tratamiento para fomentar la pérdida de peso continua</p> <p>Si usted tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos asesoramiento intensivo para ayudarlo a perder peso. Este asesoramiento está cubierto si usted lo recibe en un establecimiento de atención primaria, donde se puede coordinar con su plan integral de prevención. Para obtener más información, consulte con su especialista o médico de atención primaria.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de obesidad y tratamientos preventivos.</p>
<p>Servicios del programa de tratamiento para el consumo de opioides</p> <p>Los miembros de nuestro plan con un trastorno por el consumo de opioides (OUD) pueden recibir cobertura para tratar dicho trastorno mediante un Programa de tratamiento de opioides (OTP), que incluye los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos agonistas y antagonistas de los opioides aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA) para el tratamiento asistido por medicamentos (MAT) • Suministro y administración de medicamentos MAT (si corresponde) • Asesoramiento ante el consumo de sustancias • Terapia individual y grupal • Análisis de toxicología • Actividades de admisión • Evaluaciones periódicas <p><i>Los servicios pueden requerir autorización previa.</i></p>	<p>0% o 20% del costo de los servicios de tratamiento para el trastorno relacionado con el consumo de opioides cubiertos por la Parte B de Medicare.*</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Exámenes de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Radiografías. • Tratamiento de radiación (radio e isótopos) que incluye materiales de los técnicos y suministros. • Suministros quirúrgicos, por ejemplo vendajes. • Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones. • Análisis de laboratorio. • Sangre: 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. • Otros exámenes de diagnóstico para pacientes externos. <p><i>Los servicios pueden requerir autorización previa o una remisión de su médico. Se requiere autorización previa para lo siguiente: PET, MRI, MRA, imágenes 3-D y pruebas genéticas.</i></p>	<p>0% o 20% del costo por servicios de laboratorio, procedimientos y análisis de diagnóstico, radiografías, servicios radiológicos o servicios de radiología terapéutica cubiertos por Medicare.*</p> <p>Estos servicios tienen un deducible de \$226 de la Parte B de Medicare para cierto tipo de servicios cubiertos por Medicare como se describe en la Sección 1.2 de este capítulo.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Observación en el hospital para pacientes externos</p> <p>Los servicios de observación son servicios hospitalarios para pacientes externos que se ofrecen para determinar si usted necesita que lo ingresen como paciente internado o si le pueden dar el alta.</p> <p>Para que se cubran servicios de observación hospitalaria para pacientes externos, deben cumplir los criterios de Medicare y considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación solo están cubiertos cuando se ofrecen a través de la orden de un médico u otra persona autorizada por la ley de licencia estatal y los reglamentos del personal del hospital para admitir a los pacientes en el hospital o pedir pruebas para pacientes externos.</p> <p>Nota: a menos que el proveedor haya dejado por escrito una orden de admisión como paciente internado, usted es un paciente externo y paga los montos del costo compartido por servicios hospitalarios para pacientes externos. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un “paciente externo”. Si no está seguro de si es un paciente externo, consulte con el personal del hospital.</p> <p>También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada “¿Está usted internado o es un paciente externo? Si tiene Medicare, ¡consulte!” 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 puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.</p>	<p>0% o 20% del costo por los servicios de observación cubiertos por Medicare en hospitales para pacientes externos.*</p> <p>Este servicio tiene un deducible de \$226 de la Parte B de Medicare para cierto tipo de servicios cubiertos por Medicare como se describe en la Sección 1.2 de este capítulo.</p>
<p><i>Los servicios pueden requerir autorización previa o una remisión de su médico.</i></p>	

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

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios hospitalarios para pacientes externos</p> <p>Cubrimos servicios médicamente necesarios que se le hayan brindado en el departamento de pacientes externos de un hospital para diagnóstico y tratamiento de una enfermedad o lesión.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios en un departamento de emergencias o una clínica para pacientes externos, como servicios de observación o cirugía para pacientes externos • Pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital • Atención de salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que el tratamiento con internación podría ser requerido sin esta atención • Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital • Suministros médicos como entablillados y yesos • Algunos medicamentos y productos biológicos que no se pueden autoadministrar <p>Nota: a menos que el proveedor haya dejado por escrito una orden de admisión como paciente internado, usted es un paciente externo y paga los montos del costo compartido por servicios hospitalarios para pacientes externos. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un “paciente externo”. Si no está seguro de si es un paciente externo, consulte con el personal del hospital.</p> <p>También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada “¿Está usted internado o es un paciente externo? Si tiene Medicare, ¡consulte!” 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 puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.</p> <p><i>Los servicios pueden requerir autorización previa o una remisión de su médico.</i></p>	<p>0% o 20% del costo para servicios hospitalarios para pacientes externos cubiertos por Medicare*</p> <p>Este servicio tiene un deducible de \$226 de la Parte B de Medicare para cierto tipo de servicios cubiertos por Medicare como se describe en la Sección 1.2 de este capítulo.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Atención psiquiátrica para pacientes externos</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <p>Servicios de salud mental prestados por un psiquiatra o médico autorizado por el estado, psicólogo clínico, asistente social clínico, especialista en enfermería clínica, profesional en enfermería, auxiliar médico u otro profesional de atención de salud mental calificado según Medicare, de conformidad con lo permitido por la legislación estatal aplicable.</p> <p><i>Los servicios pueden requerir autorización previa o una remisión de su médico.</i></p>	<p>0% o 20% del costo por cada consulta para terapia individual o terapia grupal con un psiquiatra cubierta por Medicare.*</p> <p>0% o 20% del costo por cada consulta para terapia individual cubierta por Medicare con un proveedor de salud mental.*</p> <p>0\$ por cada consulta para terapia grupal cubierta por Medicare con un proveedor de salud mental.*</p> <p>Estos servicios tienen un deducible de \$226 de la Parte B de Medicare para cierto tipo de servicios cubiertos por Medicare como se describe en la Sección 1.2 de este capítulo.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios de rehabilitación para pacientes externos</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y del lenguaje.</p> <p>Los servicios de rehabilitación para pacientes externos son brindados en varios entornos para pacientes externos, como departamentos ambulatorios de hospitales, consultorios de terapeutas independientes y Centros de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF).</p> <p><i>Los servicios pueden requerir autorización previa o una remisión de su médico.</i></p>	<p>0% o 20% del costo para consultas de fisioterapia, terapia ocupacional o terapia del lenguaje y del habla cubiertas por Medicare.*</p> <p>Estos servicios tienen un deducible de \$226 de la Parte B de Medicare para cierto tipo de servicios cubiertos por Medicare como se describe en la Sección 1.2 de este capítulo.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios de abuso de sustancias para pacientes externos</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <p>Servicios de salud mental por abuso de sustancias prestados por un psiquiatra o médico autorizado por el estado, psicólogo clínico, asistente social clínico, especialista en enfermería clínica, profesional en enfermería, auxiliar médico u otro profesional de atención de salud mental calificado según Medicare, de conformidad con lo permitido por la legislación estatal aplicable.</p> <p><i>Los servicios pueden requerir autorización previa o una remisión de su médico.</i></p>	<p>0% o 20% del costo para consultas individuales o grupales cubiertas por Medicare para el tratamiento de pacientes externos por abuso de sustancias.</p> <p>Este servicio tiene un deducible de \$226 de la Parte B de Medicare para cierto tipo de servicios cubiertos por Medicare como se describe en la Sección 1.2 de este capítulo.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Cirugía para pacientes externos, incluidos los servicios brindados en centros hospitalarios para pacientes externos y centros quirúrgicos ambulatorios</p> <p>Nota: si va a ser sometido a una cirugía en un centro hospitalario, consulte con el proveedor si será considerado un paciente internado o externo. A menos que el proveedor escriba una orden de admisión para su hospitalización, usted es un paciente externo y paga los montos del costo compartido para la cirugía ambulatoria. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un “paciente externo”.</p> <p><i>Los servicios pueden requerir autorización previa o una remisión de su médico.</i></p>	<p>0% o 20% del costo por cada consulta a un centro hospitalario para pacientes externos o un centro de cirugía ambulatoria cubierta por Medicare.*</p> <p>Este servicio tiene un deducible de \$226 de la Parte B de Medicare para cierto tipo de servicios cubiertos por Medicare como se describe en la Sección 1.2 de este capítulo.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Productos de venta libre</p> <p>Con su beneficio de productos de venta libre, una vez al mes puede pedir hasta \$100 en medicamentos genéricos sin receta y productos de atención médica personal y bienestar de nuestro catálogo de productos de venta libre (OTC). Si hace el pedido por teléfono o por Internet, los pedidos se envían a su casa dentro de los 10 a 15 días calendario sin cargo.</p> <p>Cuando visite una tienda de CVS Pharmacy con una Sección para productos de venta libre, puede obtener hasta \$100 en productos cubiertos si muestra su tarjeta de identificación del plan de salud.</p> <p>Información importante para los miembros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los productos son solo para uso personal del miembro. • Los productos se pueden pedir por teléfono o Internet. Solo tiene permitido un pedido por mes. • Los productos están disponibles en puntos de venta de farmacias CVS seleccionadas que tengan una sección de productos de venta libre. Puede obtener productos solo una vez por mes en puntos de venta de farmacias CVS seleccionadas. • Si hace un pedido o compra productos por menos de \$100, el monto no utilizado vencerá al final del mes. • Si no usa este beneficio cada mes, no podrá realizar una orden de pedido o comprar en un punto de venta de farmacias CVS seleccionadas en una fecha posterior. • Control de la presión arterial (límite de uno por año calendario, por miembro). • Cada producto tiene un límite de cinco por pedido. La única excepción son los tensiómetros, que tienen un límite de uno por año calendario. • Si tiene problemas con un pedido que recibió o no recibió su pedido, debe comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros de Mercy Care Advantage dentro de los 30 días del problema para recibir un reemplazo del pedido. <p>Para obtener más información, póngase en contacto con el Departamento de Servicios para miembros.</p>	<p>Copago de \$0 para hasta \$100 por mes para productos cubiertos pedidos o recibidos del proveedor del plan que administra este beneficio.</p> <p>El beneficio mensual no se acumula (debe utilizarse cada mes).</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios de hospitalización parcial</p> <p>La “hospitalización parcial” es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo, suministrado como un servicio hospitalario para pacientes externos o en un centro comunitario de salud mental, que es más intenso que la atención recibida en el consultorio del médico o terapeuta y es una alternativa a la hospitalización.</p> <p><i>Los servicios pueden requerir autorización previa o una remisión de su médico.</i></p>	<p>0% o 20% del costo para servicios del programa de hospitalización parcial cubiertos por Medicare.*</p> <p>Este servicio tiene un deducible de \$226 de la Parte B de Medicare para cierto tipo de servicios cubiertos por Medicare como se describe en la Sección 1.2 de este capítulo.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios quirúrgicos o de atención médica necesarios llevados a cabo en un consultorio médico, centro quirúrgico ambulatorio certificado, departamento para pacientes externos de un hospital o cualquier otra ubicación. • Consultas con un especialista, y diagnóstico y tratamiento a cargo de un especialista. • Exámenes auditivos y relacionados con el equilibrio realizados por nuestro PCP o especialista, si el médico así lo indica para determinar si usted necesita tratamiento médico. ○ Algunos servicios de telesalud, incluidos la consulta, el diagnóstico y el tratamiento por parte de un médico o especialista para pacientes en ciertas áreas rurales y otros lugares aprobados por Medicare. 	<p>0% o 20% del costo por consulta con un médico de atención primaria cubierta por Medicare.*</p> <p>0% o 20% del costo por cada consulta con un especialista cubierta por Medicare.*</p> <p>Estos servicios tienen un deducible de \$226 de la Parte B de Medicare para cierto tipo de servicios cubiertos por Medicare como se describe en la Sección 1.2 de este capítulo.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de telesalud para consultas mensuales relacionadas con una enfermedad renal terminal para miembros que se realizan diálisis en el hogar, en una clínica para diálisis renal de un hospital o de un hospital con acceso crítico, centro para diálisis renal o el hogar del miembro. • Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar síntomas de un accidente cerebrovascular, sin importar su ubicación. • Servicios de telesalud para miembros con trastornos por abuso de sustancias o coocurrencia de trastornos de salud mental, sin importar su ubicación. • Servicios de telesalud para diagnóstico, evaluación y tratamiento de trastornos de salud mental si: <ul style="list-style-type: none"> ○ Tiene una consulta presencial dentro de 6 meses antes de su primera consulta por telesalud ○ Tiene una consulta presencial cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud ○ Se pueden hacer excepciones a lo mencionado anteriormente en ciertas circunstancias • Servicios de telesalud para consultas de salud mental ofrecidas por Clínicas de salud rurales y Centros de salud con calificación federal • Controles virtuales (por ejemplo, por teléfono o videoconferencia) con su médico durante 5 a 10 minutos <u>si cumple con las siguientes condiciones:</u> <ul style="list-style-type: none"> ○ No es un paciente nuevo. ○ El control no está relacionado con una consulta en el consultorio de los últimos 7 días. ○ La revisión no deriva en una visita al consultorio en un plazo de 24 horas o en la siguiente cita disponible lo antes posible. • Evaluación de videos o imágenes que haya enviado a su médico, e interpretación y seguimiento de su médico en un plazo de 24 horas <u>si cumple con las siguientes condiciones:</u> <ul style="list-style-type: none"> ○ No es un paciente nuevo. ○ La evaluación no está relacionada con una consulta en el consultorio de los últimos 7 días. 	

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

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<ul style="list-style-type: none">○ La evaluación no deriva en una consulta en el consultorio en un plazo de 24 horas o en la siguiente cita disponible lo antes posible.● Consulta que su médico tiene con otros médicos por teléfono, Internet o historia clínica electrónica.● Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de la cirugía.● Atención dental que no sea de rutina (los servicios cubiertos se limitan a cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas, reducción de fracturas de mandíbula o huesos faciales, extracción de dientes para preparar la mandíbula para aplicar radioterapia por una enfermedad neoplásica, o servicios que estarían cubiertos si los brindara un médico).	
<p><i>Los servicios de un especialista pueden requerir autorización previa o una remisión de su médico.</i></p>	

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

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios de podiatría</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (por ejemplo, dedo en martillo o espolones calcáneos). • Atención de rutina de los pies para los miembros que padecen determinadas afecciones médicas que comprometen las extremidades inferiores. • El plan cubre una consulta de rutina complementaria cada tres meses. <p><i>Los servicios pueden requerir autorización previa o una remisión de su médico.</i></p>	<p>0% o 20% del costo para cada consulta de podiatría cubierta por Medicare.*</p> <p>Las consultas de podiatría que cubre Medicare son para el cuidado médicamente necesario de los pies.</p> <p>Este servicio tiene un deducible de \$226 de la Parte B de Medicare para cierto tipo de servicios cubiertos por Medicare como se describe en la Sección 1.2 de este capítulo.</p> <p>Usted no paga nada para hasta 1 consulta de podiatría de rutina complementaria cada tres meses.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Pruebas de detección de cáncer de próstata</p> <p>Para los hombres de 50 años o más, los servicios cubiertos incluyen los siguientes estudios una vez cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tacto rectal • Análisis del antígeno prostático específico (PSA) 	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para un análisis del antígeno prostático específico (PSA) anual.</p>
<p>Dispositivos protésicos y suministros relacionados</p> <p>Dispositivos (no dentales) que reemplazan una función o parte del cuerpo parcial o totalmente. Estos incluyen, entre otros, bolsas de colostomía y artículos directamente relacionados con el cuidado de la colostomía, marcapasos, férulas, zapatos protésicos, miembros artificiales, prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico para después de una mastectomía). Se incluyen determinados suministros relacionados con dispositivos protésicos, así como la reparación y/o sustitución de estos dispositivos. Además, también se proporciona cierto grado de cobertura después de la extracción de cataratas o de una cirugía de cataratas (para obtener más detalles, consulte “Atención de la vista” más adelante en esta sección).</p> <p><i>Los servicios pueden requerir autorización previa.</i></p>	<p>0% o 20% del costo para dispositivos protésicos cubiertos por Medicare.*</p> <p>0% o 20% del costo por suministros médicos relacionados con dispositivos protésicos, entablillados y otros dispositivos cubiertos por Medicare.*</p> <p>Estos servicios tienen un deducible de \$226 de la Parte B de Medicare para cierto tipo de servicios cubiertos por Medicare como se describe en la Sección 1.2 de este capítulo.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios de rehabilitación pulmonar</p> <p>Los programas intensivos de rehabilitación pulmonar están cubiertos para miembros que padecen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD) de moderada a grave y tienen una remisión del médico que atiende su enfermedad respiratoria crónica, para comenzar una terapia de rehabilitación pulmonar.</p> <p><i>Los servicios pueden requerir autorización previa o una remisión de su médico.</i></p>	<p>0% o 20% del costo para servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare.*</p> <p>Este servicio tiene un deducible de \$226 de la Parte B de Medicare para cierto tipo de servicios cubiertos por Medicare como se describe en la Sección 1.2 de este capítulo.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Tecnologías de acceso remoto</p> <p><u>Línea directa de enfermería:</u></p> <p>Los miembros pueden llamar a nuestra línea Informed Health después del horario de atención y los fines de semana para hablar con un enfermero certificado sobre pruebas médicas, procedimientos y opciones de tratamiento. Llame al número de teléfono del Departamento de Servicios para Miembros y seleccione la opción para hablar con un enfermero con mensajes fuera del horario de atención.</p> <ul style="list-style-type: none"> o De lunes a viernes: de 06:00 p. m. a 07:00 a. m. o Sábados y domingos: 24 horas <p><u>Telesalud:</u></p> <p>Consulte con un médico sobre afecciones que no sean de emergencia mediante un video en línea seguro a través de su teléfono inteligente, tableta o computadora.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Las citas pueden programarse durante las 24 horas, los siete días de la semana. ● Las consultas por video están disponibles de 07:00 a. m. a 09:00 p. m., los 7 días de la semana o según disponibilidad. ● Para recibir una consulta por video, debe tener una dirección de Arizona y estar dentro del estado de Arizona al momento de la cita. <p>Para obtener más información sobre el acceso a estos beneficios, llame al Departamento de Servicios para Miembros o visite www.MercyCareAZ.org.</p>	<p>Copago de \$0 para la línea Informed Health (Línea directa de información de enfermería).</p> <p>Usted paga \$0 por servicios con tecnología basada en Internet.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Pruebas de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol</p> <p>Cubrimos una prueba de detección de abuso de alcohol para adultos con Medicare (incluidas mujeres embarazadas) que abusan del alcohol pero que no son dependientes.</p> <p>Si el resultado de la prueba de detección de abuso de alcohol es positivo, usted puede obtener hasta 4 sesiones breves de asesoramiento personales por año (si demuestra ser competente y estar alerta durante el asesoramiento) brindado por un médico o profesional de atención primaria calificado en un establecimiento de atención primaria.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para beneficios preventivos para pruebas de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol cubiertos por Medicare.</p>
<p> Prueba de detección de cáncer de pulmón con tomografía computada de dosis baja (LDCT)</p> <p>Para las personas calificadas, se cubre una LDCT cada 12 meses.</p> <p>Los miembros elegibles son los siguientes: personas de entre 50 y 77 años que no tienen signos ni síntomas de cáncer de pulmón pero que tienen antecedentes de tabaquismo de, al menos, 20 paquetes por año y que fuman actualmente, que han dejado de fumar en el plazo de los últimos 15 años, que reciben una orden por escrito para una LDCT durante una consulta de asesoramiento y toma de decisiones compartida sobre la detección de cáncer de pulmón que cumple con los criterios de Medicare para dichas consultas y que fue realizada por un médico o profesional no médico calificado.</p> <p><i>Para poder realizarse una prueba de detección de cáncer de pulmón después de una prueba de detección inicial con una LDCT:</i> el miembro debe recibir una orden por escrito para realizarse una prueba de detección de cáncer de pulmón con una LDCT, que puede proporcionar un médico o profesional no médico calificado durante cualquier consulta apropiada. Si un médico o profesional no médico calificado elige realizar una consulta de asesoramiento y de toma de decisiones compartidas para realizar una prueba de detección de cáncer de pulmón con LDCT posterior, la consulta debe cumplir con los criterios de Medicare para dichas consultas.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta de asesoramiento y de toma de decisiones compartidas cubierta por Medicare o para la LDCT.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Prueba de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y asesoramiento para prevenir las ETS</p> <p>Cubrimos las pruebas de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) como clamidia, gonorrea, sífilis y Hepatitis B. Estas pruebas de detección están cubiertas para las mujeres embarazadas y para ciertas personas que se encuentran en un mayor riesgo de infecciones por ETS cuando el proveedor de atención primaria las solicita. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertas etapas durante el embarazo.</p> <p>También cubrimos hasta 2 sesiones personales súper intensivas de asesoramiento conductual de 20 a 30 minutos por año, para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de infecciones por ETS. Solo cubriremos estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo si son brindadas por un proveedor de atención primaria y se realizan en un establecimiento de atención primaria, como en un consultorio del médico.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para beneficios preventivos para pruebas de detección de ETS y asesoramiento para prevenirlas cubiertos por Medicare.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios para tratar enfermedades renales</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios educativos sobre la enfermedad renal para enseñar sobre el cuidado del riñón y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas sobre su cuidado. En el caso de los miembros con enfermedad renal crónica en la etapa IV, cuando son remitidas por su médico, cubrimos hasta seis sesiones de servicios educativos sobre la enfermedad renal de por vida. • Tratamientos de diálisis para pacientes externos (incluso tratamientos de diálisis cuando está temporalmente fuera del área de servicio, como se explica en el Capítulo 3 o cuando su proveedor para este servicio no está disponible o no es posible comunicarse con ellos temporalmente). • Tratamientos de diálisis para pacientes internados (si es ingresado en el hospital para recibir atención especial). • Preparación para autodiálisis (incluye su preparación y la de cualquier otra persona que le ayude con los tratamientos de diálisis en su hogar). • Equipos y suministros para autodiálisis en su hogar. • Determinados servicios de apoyo a domicilio (por ejemplo, cuando sea necesario, recibir visitas por parte de trabajadores capacitados y especializados en diálisis para verificar cómo va con la autodiálisis en su hogar, para ayudar en casos de emergencia y para revisar su equipo para diálisis y el suministro de agua). <p>Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos por los beneficios de cobertura para medicamentos de la Parte B de Medicare. Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte B, consulte la sección “Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare”.</p>	<p>0% o 20% del costo para servicios educativos sobre diálisis renal o enfermedad renal cubiertos por Medicare.*</p> <p>Los servicios de diálisis tienen un deducible de \$226 de la Parte B de Medicare para cierto tipo de servicios cubiertos por Medicare como se describe en la Sección 1.2 de este capítulo.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (SNF)</p> <p>(En el Capítulo 12 de este documento, figura una definición de “centro de atención de enfermería especializada”. Los centros de atención de enfermería especializada suelen denominarse “SNF”).</p> <ul style="list-style-type: none"> • 100 días de límite por cada periodo de beneficios. • No se requiere hospitalización previa. • Si se encuentra inscrito en el Sistema de atención a largo plazo de Arizona (ALTCS), no hay límite para la cantidad de días cubiertos. <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario). • Comidas, incluidas dietas especiales. • Servicios de enfermería especializada. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Medicamentos administrados como parte del plan de atención (esto incluye sustancias naturalmente presentes en el organismo, como los factores de la coagulación de la sangre). • Sangre: incluidos almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa 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, 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 proveen los SNF. • Análisis de laboratorio que habitualmente se realizan en los SNF. • Radiografías y otros servicios de radiología que habitualmente se realizan en los SNF. • Uso de aparatos, como sillas de ruedas, que habitualmente proveen los SNF. • Servicios de médicos o profesionales. 	<p>En 2022, los montos de costo compartido de Medicare para cada período de beneficios eran \$0 o lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usted no paga nada por los días 1 a 20 • Copago de \$200 por día para los días 21 a 100*.

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

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Generalmente, la atención en los SNF la obtendrá en los centros de la red. No obstante, en determinadas condiciones que se detallan más abajo, es posible que pueda recibir atención en un centro que no sea un proveedor de la red, si dicho centro acepta los montos de pago de nuestro plan.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un hogar de convalecencia o una comunidad de atención continua para los jubilados donde estaba viviendo justo antes de ir al hospital (siempre que brinde los servicios de un centro de atención de enfermería especializada). • Un centro de atención de enfermería especializada donde su cónyuge esté viviendo en el momento en que usted se retire del hospital. <p><i>Los servicios pueden requerir autorización previa.</i></p>	
<p> Servicios para dejar de fumar y consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco)</p> <p><u>Si consume tabaco, pero no tiene signos ni síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco:</u> cubrimos dos tentativas para dejar el tabaco con asesoramiento dentro de un período de 12 meses como un servicio preventivo sin costo para usted. Cada tentativa de asesoramiento incluye hasta cuatro consultas personales.</p> <p><u>Si consume tabaco y se le ha diagnosticado una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando algún medicamento que puede resultar afectado por el tabaco:</u> cubrimos servicios de asesoramiento para abandonar el hábito. Cubrimos dos tentativas de asesoramiento para dejarlo, dentro de un período de 12 meses; no obstante, usted pagará el costo compartido aplicable. Cada tentativa con asesoramiento incluye hasta cuatro consultas personales.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos para dejar de fumar y de consumir tabaco cubiertos por Medicare.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Terapia de ejercicio supervisado (SET)</p> <p>La SET está cubierta para miembros que tengan enfermedad arterial periférica (PAD) sintomática y tengan una remisión para la PAD del médico responsable del tratamiento de la enfermedad.</p> <p>La cobertura incluye hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas, siempre y cuando se cumplan los requisitos del programa de SET.</p> <p>El programa de SET debe tener las siguientes características:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incluir sesiones de entre 30 y 60 minutos, compuestas por un programa de entrenamiento con ejercicios terapéuticos para PAD en pacientes con claudicación. • Proporcionarse en un entorno hospitalario para pacientes externos o en el consultorio médico. • Ser brindado por personal auxiliar calificado necesario para garantizar que los beneficios superen los daños y capacitado en terapia de ejercicio para la PAD. • Realizarse bajo la supervisión directa de un médico, auxiliar médico o profesional en enfermería/enfermero clínico especialista capacitado tanto en técnicas de reanimación básicas como avanzadas. <p>El programa de SET se debe llevar a cabo en 36 sesiones, durante 12 semanas, con la posibilidad de extender el tratamiento por 36 sesiones durante un período prolongado si el proveedor de atención médica considera que es médicamente necesario.</p> <p><i>Los servicios pueden requerir autorización previa de su médico.</i></p>	<p>0% o 20% del costo para las sesiones cubiertas por Medicare.*</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Transporte</p> <p>Nuestro plan cubre servicios de transporte de rutina para acceder a ciertos beneficios complementarios cubiertos por Mercy Care Advantage. Nuestro plan cubre hasta 42 viajes de ida o de vuelta o 21 viajes de ida y vuelta cada año calendario.</p> <p>Solo puede usar este servicio de transporte para acceder a los siguientes beneficios complementarios de Mercy Care Advantage:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento quiropráctico. • Servicios dentales • Audífonos • Productos de venta libre en puntos de venta de farmacias CVS seleccionadas • Podiatría • Beneficios de la vista • Programas de bienestar <ul style="list-style-type: none"> ○ Educación sobre diabetes ○ Hacer ejercicio ○ Nutrición ○ Sesiones para dejar de fumar 	No paga nada.
<p>Para proporcionarle el mejor servicio, le pedimos que presente un aviso con 3 días de antelación para solicitudes de transporte cuando sea posible. Si llama el mismo día de la cita, es posible que no podamos organizar el servicio de transporte para usted a tiempo para su cita. Tal vez tenga que reprogramar su cita o pedirle a un familiar o amigo que lo lleve.</p>	

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

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios de urgencia</p> <p>Los servicios de urgencia se brindan para tratar una enfermedad, lesión o afección imprevista, que no es de emergencia y que requiere atención médica inmediata, pero que, dadas las circunstancias, no es posible o no es razonable obtener servicios de proveedores de la red. Ejemplos de servicios de urgencia que el plan debe cubrir fuera de la red son i) que necesita atención inmediata durante el fin de semana o ii) que está temporalmente fuera del área de servicio del plan. Los servicios deben ser de necesidad inmediata y médicamente necesarios. Si, dadas sus circunstancias, no es razonable que obtenga inmediatamente la atención médica de un proveedor de la red, su plan cubrirá los servicios de urgencia de un proveedor fuera de la red.</p>	0% o 20% (hasta \$60) del costo para consultas de servicios de urgencia cubiertas por Medicare.*
<p>No se cubren fuera de los Estados Unidos o sus territorios. Póngase en contacto con el plan para obtener detalles.</p>	

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

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Atención de la vista</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de médicos para pacientes externos para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones de los ojos, incluido el tratamiento de la degeneración macular relacionada con la edad. Original Medicare no cubre exámenes de la vista de rutina (refracción de la vista) para anteojos o lentes de contacto. • Para las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma, cubriremos una prueba de detección de glaucoma cada año. Las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma son: las personas con antecedentes familiares de glaucoma, las personas diabéticas, los afroamericanos de 50 años o más y los hispanoamericanos de 65 años o más. • Para las personas con diabetes, se cubre una prueba de detección de retinopatía diabética por año. • Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluya la colocación de una lente intraocular (si necesita dos operaciones de cataratas por separado, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía y comprar dos pares de anteojos después de la segunda cirugía). • Un examen de la vista complementario de rutina por año. • Límite de cobertura del plan de \$300 para anteojos (lentes de contacto; anteojos [lentes y monturas]) cada año. 	<p>0% o 20% del costo por exámenes para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones oculares cubiertos por Medicare, incluida la prueba anual de detección de glaucoma para personas en riesgo.*</p> <p>Copago de \$0 para un par de anteojos (lentes y monturas) o lentes de contacto cubiertos por Medicare después de una cirugía de cataratas.*</p> <p>Copago de \$0 por hasta un examen de la vista de rutina complementario por año como máximo.*</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Consulta preventiva “Bienvenido a Medicare”</p> <p>El plan cubre la consulta preventiva única “Bienvenido a Medicare”. La consulta incluye una revisión de su salud, como así también educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita, (incluidas ciertas pruebas de detección y vacunas) y remisiones a otro tipo de atención si fuera necesario.</p> <p>Importante: cubrimos la consulta preventiva “Bienvenido a Medicare” solo dentro de los primeros 12 meses de tener la Parte B de Medicare. Cuando solicite la cita, infórmele al consultorio del médico que le gustaría programar su consulta preventiva “Bienvenido a Medicare”.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta preventiva “Bienvenido a Medicare”.</p>

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

**Arizona Health Care Cost Containment System (Sistema de contención de costos de atención médica de Arizona)
Beneficios del plan de necesidades especiales de Medicare Advantage para miembros con doble elegibilidad para 2023**

Para poder comprender mejor sus opciones de atención médica, la siguiente tabla registra los cargos por ciertos servicios con el Sistema de Contención de Costos de Atención Médica de Arizona (Medicaid) como una persona que tiene tanto Medicare como Medicaid.

Su responsabilidad de costo compartido de Medicare se basa en su nivel de elegibilidad de Medicaid.

- Beneficiario calificado de Medicare (QMB): \$0. Su plan de salud de Medicaid pagará sus montos de costo compartido de Medicare, a menos que se indique lo contrario más adelante.
- No QMB con las Partes A y B de Medicare: su plan de salud de Medicaid pagará sus montos de costo compartido de Medicare solo cuando el beneficio también esté cubierto por Medicaid.

Beneficio	Como <u>miembro QMB con doble elegibilidad</u> en el Sistema de Contención de Costos de Atención Médica de Arizona (AHCCCS), usted paga:	Como <u>miembro que no es QMB con doble elegibilidad</u> en el Sistema de Contención de Costos de Atención Médica de Arizona (AHCCCS), usted paga:
PROGRAMAS DE MEDICAID DE CUIDADO AGUDO Y A LARGO PLAZO (1)		
Hospitalización para pacientes internados	\$0	\$0
Hospitalización con atención de salud conductual para pacientes internados	\$0	\$0
Servicios en centro de atención de enfermería	\$0	\$0
Consulta de atención médica a domicilio	\$0	\$0
Consulta al médico de atención primaria (PCP)	\$0	\$0 por consultas de bienestar y de \$0 a \$4 por otras consultas en función de la elegibilidad (2) para

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

Beneficio	Como <u>miembro OMB con doble elegibilidad</u> en el Sistema de Contención de Costos de Atención Médica de Arizona (AHCCCS), usted paga:	Como <u>miembro que no es OMB con doble elegibilidad</u> en el Sistema de Contención de Costos de Atención Médica de Arizona (AHCCCS), usted paga:
PROGRAMAS DE MEDICAID DE CUIDADO AGUDO Y A LARGO PLAZO (1)		
		personas de 21 años o más (2). \$0 para personas de 20 años o menos.
Consulta con un médico especialista	\$0	\$0 por consultas de bienestar y de \$0 a \$4 por otras consultas en función de la elegibilidad (2) para personas de 21 años o más. \$0 para personas de 20 años o menos.
Servicios cubiertos por Medicare, que incluyen atención quiropráctica, administración de casos crónicos/complejos, etc.	\$0	\$0 para personas de 20 años o menos. <i>Sin cobertura para personas de 21 años o más.</i>
Visitas de servicio de podiatría	\$0	\$0
Visitas de atención de salud conductual para pacientes externos	\$0	\$0
Visitas de atención por abuso de sustancias tóxicas para pacientes externos	\$0	\$0
Visitas en centros quirúrgicos ambulatorios o centros hospitalarios para pacientes externos	\$0	De \$0 a \$3 en función de la elegibilidad (2) para personas de 21 años o más. \$0 para personas de 20 años o menos.
Servicios de ambulancia	\$0	\$0
Servicios de emergencia	\$0	\$0

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

Beneficio	Como <u>miembro OMB con doble elegibilidad</u> en el Sistema de Contención de Costos de Atención Médica de Arizona (AHCCCS), usted paga:	Como <u>miembro que no es OMB con doble elegibilidad</u> en el Sistema de Contención de Costos de Atención Médica de Arizona (AHCCCS), usted paga:
PROGRAMAS DE MEDICAID DE CUIDADO AGUDO Y A LARGO PLAZO (1)		
Visitas de atención de urgencia	\$0	De \$0 a \$4 en función de la elegibilidad (2) para personas de 21 años o más. \$0 para personas de 20 años o menos.
Consulta de terapia del habla/fisioterapia/terapia ocupacional para pacientes externos	\$0	De \$0 a \$3 en función de la elegibilidad (2) para personas de 21 años o más. \$0 para personas de 20 años o menos.
Equipo médico duradero	\$0	\$0
Dispositivos protésicos	\$0	\$0 <i>Prótesis controlada por microprocesador para miembro inferior o articulación no cubierta para personas de 21 años o más.</i>
Suministros y capacitación para el autocontrol de la diabetes (cuando se proporcionan como parte de una consulta con el PCP)	\$0	\$0
Exámenes de diagnóstico, radiografías y servicios de laboratorio (incluidos servicios de diagnóstico y de pruebas para la COVID-19)	\$0	\$0
Prueba de detección de cáncer colorrectal	\$0	\$0
Vacunas antigripales y contra la neumonía	\$0	\$0
Mamografías	\$0	\$0

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

Beneficio	Como <u>miembro QMB con doble elegibilidad</u> en el Sistema de Contención de Costos de Atención Médica de Arizona (AHCCCS), usted paga:	Como miembro que <u>no es QMB con doble elegibilidad</u> en el Sistema de Contención de Costos de Atención Médica de Arizona (AHCCCS), usted paga:
PROGRAMAS DE MEDICAID DE CUIDADO AGUDO Y A LARGO PLAZO (1)		
Prueba de Papanicolaou y examen pélvico	\$0	\$0
Examen de detección de cáncer de próstata	\$0	\$0
Diálisis renal o terapia nutricional para pacientes con enfermedad renal terminal	\$0	\$0
Medicamentos con receta (3)	\$0	De \$0 a \$2.30 en función de la elegibilidad (2) para personas de 21 años o más. \$0 para personas de 20 años o menos.
Exámenes auditivos, exámenes auditivos de rutina y evaluaciones para colocación de audífonos	\$0 para personas de 20 años o menos. <i>Sin cobertura para personas de 21 años o más.</i>	\$0 para personas de 20 años o menos. <i>Sin cobertura para personas de 21 años o más.</i>
Audífonos	\$0 para personas de 20 años o menos. <i>Sin cobertura para personas de 21 años o más.</i>	\$0 para personas de 20 años o menos. <i>Sin cobertura para personas de 21 años o más.</i>
Examen de la vista de rutina, anteojos, lentes de contacto, lentes y monturas	\$0 para personas de 20 años o menos. <i>Sin cobertura para personas de 21 años o más, excepto después de una cirugía de cataratas.</i>	\$0 para personas de 20 años o menos. <i>Sin cobertura para personas de 21 años o más.</i>
Servicios dentales de emergencia para adultos	\$0 para personas de 21 años o más. <i>Servicios sujetos al límite de \$1,000 por cada período de 12 meses que</i>	\$0 para personas de 21 años o más. <i>Servicios sujetos al límite de \$1,000 por cada período de 12 meses que</i>

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

Beneficio	Como <u>miembro QMB con doble elegibilidad</u> en el Sistema de Contención de Costos de Atención Médica de Arizona (AHCCCS), usted paga:	Como <u>miembro que no es QMB con doble elegibilidad</u> en el Sistema de Contención de Costos de Atención Médica de Arizona (AHCCCS), usted paga:
PROGRAMAS DE MEDICAID DE CUIDADO AGUDO Y A LARGO PLAZO (1)		
	<i>comienza el 1 de octubre de cada año.</i>	<i>comienza el 1 de octubre de cada año.</i>
Transporte médicamente necesario que no sea de emergencia	\$0	\$0
SOLO PROGRAMAS DE MEDICAID DE CUIDADO A LARGO PLAZO (1)		
Servicios en centro de atención de enfermería	Costo compartido según lo determine el AHCCCS.	Costo compartido según lo determine el AHCCCS.
Servicios de cuidados paliativos	\$0. <i>Sujeto al límite de 600 horas por cada período de 12 meses que comienza el 1 de octubre de cada año.</i>	\$0 <i>Sujeto al límite de 600 horas por cada período de 12 meses que comienza el 1 de octubre de cada año.</i>
Servicios basados en el hogar y la comunidad	Contribución de los miembros según lo determine el AHCCCS.	Contribución de los miembros según lo determine el AHCCCS.
Servicios dentales preventivos para adultos (4)	\$0 para personas de 21 años o más. <i>Servicios sujetos al límite de \$1,000 por cada período de 12 meses que comienza el 1 de octubre de cada año.</i>	\$0 para personas de 21 años o más. <i>Servicios sujetos al límite de \$1,000 por cada período de 12 meses que comienza el 1 de octubre de cada año.</i>

(1) Los programas de cuidados agudos de Medicaid incluyen Cuidados Completos del AHCCCS (ACC), Autoridades Regionales de Salud Conductual (RBHA) de ACC y el Plan de Salud Integral del Departamento de Seguridad Infantil de Mercy Care (DCS CHP de Mercy Care). Los programas de Medicaid de cuidado a largo plazo incluyen Discapacidades Físicas y Edad Avanzada (E-PD) y División de Discapacidades del Desarrollo (DDD).

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

(2) Consulte el sitio web del AHCCCS para obtener información adicional relacionada con el costo compartido del beneficiario y los copagos y beneficios.

(3) Los montos de copago de la Parte D de Medicare son responsabilidad exclusiva del beneficiario. Los planes de salud del AHCCCS no pueden ayudar con el pago de estos montos, salvo en el caso de medicamentos de salud conductual para aquellos beneficiarios con una enfermedad mental grave (SMI) que utilicen fondos permitidos que no sean del Title XIX.

(4) Además de los servicios dentales de emergencia para adultos descritos anteriormente.

SECCIÓN 3 ¿Qué servicios están cubiertos fuera de Mercy Care Advantage?

Sección 3.1 Servicios que *no* están cubiertos por Mercy Care Advantage

En la tabla de la Sección 4.1 se muestran los servicios que pueden estar cubiertos por su plan de AHCCCS (Medicaid) que Mercy Care Advantage no cubre. Consulte el Manual para miembros del AHCCCS (Medicaid) para obtener una descripción completa de los servicios cubiertos y no cubiertos.

SECCIÓN 4 ¿Qué servicios no cubre Medicare?

Sección 4.1 Servicios que *no* están cubiertos por Medicare (exclusiones de Medicare)

En esta sección se describen los servicios que Medicare “excluye”.

La tabla que se encuentra a continuación describe algunos servicios y productos que no están cubiertos por Medicare bajo ninguna circunstancia o que están cubiertos por Medicare o Medicaid solo en determinadas circunstancias específicas.

Si recibe servicios que están excluidos (no cubiertos), deberá pagarlos usted mismo, excepto en los casos específicos que se detallan a continuación. Incluso si recibe los servicios excluidos en una sala de emergencia, los servicios excluidos siguen sin estar cubiertos y el plan no los pagará. La única excepción es si el servicio se apela y se decide, mediante una apelación, que es un servicio médico que debería haberse pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hayamos tomado sobre no prestar cobertura para un servicio médico, consulte la Sección 6.3 del Capítulo 9 de este folleto).

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

Servicios no cubiertos por Medicare	Sin cobertura en cualquier circunstancia	Con cobertura en circunstancias específicas
Acupuntura		Disponible para las personas que padecen dolor crónico en la región lumbar en determinadas circunstancias.
Pañales para adultos		Estos servicios pueden estar cubiertos por su plan de salud de Medicaid. Consulte el Manual para miembros de AHCCCS (Medicaid).
Cirugía o procedimientos estéticos		<ul style="list-style-type: none"> • Se cubren en casos de una lesión accidental o para mejorar el funcionamiento de un miembro deformado. • Se cubren todas las etapas de reconstrucción de mama después de una mastectomía, así como también la de la mama no afectada, para producir una apariencia simétrica.
<p>Cuidado asistencial</p> <p>El cuidado asistencial es la atención personal que no requiere de la atención continua de personal médico o paramédico capacitado, como la atención que le ayuda con las actividades de la vida diaria como bañarse o vestirse.</p>		Estos servicios pueden estar cubiertos por su plan de salud de Medicaid. Consulte el Manual para miembros de AHCCCS (Medicaid).
Dentaduras postizas		<p>La cobertura de dentaduras postizas está disponible dentro del beneficio dental complementario del plan. Consulte la Tabla de beneficios médicos para obtener más información.</p> <p>Estos servicios pueden estar cubiertos por su plan de salud de Medicaid. Consulte el Manual para miembros de AHCCCS (Medicaid).</p>

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

Servicios no cubiertos por Medicare	Sin cobertura en cualquier circunstancia	Con cobertura en circunstancias específicas
<p>Procedimientos quirúrgicos y médicos, equipos y medicamentos experimentales.</p> <p>Los productos y procedimientos experimentales son aquellos determinados por Original Medicare que, generalmente, no son aceptados por la comunidad médica.</p>		<p>Pueden estar cubiertos por Original Medicare en virtud de un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o nuestro plan.</p> <p>(Para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica, consulte la Sección 5 del Capítulo 3).</p>
<p>Cargos que cobren los familiares directos o los integrantes de su familia por la atención brindada.</p>		<p>Estos servicios pueden estar cubiertos por su plan de salud de Medicaid. Consulte el Manual para miembros de AHCCCS (Medicaid).</p>
<p>Atención de enfermería de tiempo completo en el hogar.</p>	✓	
<p>Entrega de comidas a domicilio</p>		<p>Después de cada alta de una hospitalización, usted es elegible para recibir un envío de 28 comidas empaquetadas. Para obtener más información, consulte la Tabla de beneficios médicos.</p>
<p>Servicios de empleada doméstica que incluyen ayuda básica en el hogar, como tareas domésticas livianas o preparación de comidas livianas.</p>	✓	
<p>Protectores para la incontinencia</p>		<p>Estos servicios pueden estar cubiertos por su plan de salud de Medicaid. Consulte el Manual para miembros de AHCCCS (Medicaid).</p>
<p>Dispositivos de investigación</p>		<p>Pueden estar cubiertos por Original Medicare si se consideran médicamente razonables y necesarios y cumplen todos los demás requisitos de cobertura de Medicare.</p>
<p>Servicios de un naturoterapeuta (emplean tratamientos naturales o alternativos).</p>	✓	

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

Servicios no cubiertos por Medicare	Sin cobertura en cualquier circunstancia	Con cobertura en circunstancias específicas
Atención dental que no es de rutina.		Se puede cubrir la atención dental requerida para tratar una enfermedad o lesión como atención para pacientes internados o externos.
Zapatos ortopédicos o dispositivos de apoyo para los pies.		Se cubren los zapatos que forman parte de una pierna ortopédico y que se incluyen en el costo de la pierna. Se cubren los zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas que padecen pie diabético.
Objetos personales en su habitación del hospital o centro de atención de enfermería especializada, por ejemplo un teléfono o televisor.	✓	
Habitación privada en el hospital.		Solo se cubre cuando es médicamente necesario.
Queratotomía radial, cirugía LASIK y otros dispositivos de ayuda para baja visión.		Se cubren los exámenes de la vista y un par de anteojos (o lentes de contactos) para personas después de una cirugía de cataratas.
Procedimientos para invertir la esterilización y suministros de anticonceptivos sin receta.	✓	
Servicios considerados no razonables ni necesarios, según las normas de Original Medicare.	✓	

CAPÍTULO 5:

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

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



¿Cómo puede obtener información sobre los costos de los medicamentos?

Debido a que usted es elegible para Medicaid, cumple con los requisitos para recibir “Ayuda adicional” de Medicare para cubrir los costos de su plan de medicamentos con receta. Debido a que participa en el programa de “Ayuda adicional”, **es posible que haya información en la Evidencia de cobertura sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D que no se aplique a usted.** Le enviamos un encarte separado, que se denomina “Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs” (Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta), también conocida como “Low Income Subsidy Rider” o “LIS Rider” (Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS), que le informa sobre la cobertura para sus medicamentos. Si no posee este inserto, llame al Departamento de Servicios para Miembros y solicite la “Cláusula adicional LIS”. (En la contraportada de este documento encontrará impresos los números de teléfono del Departamento de Servicios para Miembros).

SECCIÓN 1 Introducción

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

Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, los beneficios de Medicaid cubren algunos medicamentos con receta. Contáctese con el Departamento de Servicios para Miembros su plan AHCCCS (Medicaid) para obtener información sobre estos medicamentos.

Sección 1.1 Normas básicas para la cobertura del plan de los medicamentos de la Parte D

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

- Debe pedirle a un proveedor (médico, dentista u otra persona autorizada a dar recetas) que le emita una receta por un medicamento que debe ser válida en virtud de la ley estatal aplicable.
- La persona autorizada a dar recetas no debe estar en las Listas de exclusión o preclusión de Medicare.
- Por lo general, debe utilizar una farmacia de la red para obtener sus medicamentos con receta. (Consulte la Sección 2, *Obtenga su medicamento con receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan*).
- Su medicamento debe estar en la *Lista de medicamentos cubiertos del plan (Formulario)* (nosotros la denominamos “Lista de medicamentos” para abreviarla). (Consulte la Sección 3, *Sus medicamentos deben estar en la “Lista de medicamentos” del plan*).

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

- El medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. Una “indicación médicamente aceptada” es un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) o avalado por ciertos libros de referencia. (Para obtener más información sobre cómo obtener una indicación médicamente aceptada, consulte la Sección 3).

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

Sección 2.1 Use una farmacia de la red
--

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

Una farmacia de la red es aquella que ha celebrado un contrato con el plan para proporcionar los medicamentos con receta cubiertos. El término “medicamentos cubiertos” significa todos los medicamentos con receta de la Parte D que se encuentran 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.MercyCareAZ.org), o llamar al Departamento de Servicios para Miembros.

Puede ir a cualquiera de las farmacias de la red.

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

Si la farmacia que estaba usando deja de formar parte de la red del plan, deberá buscar una nueva farmacia dentro de la red. Para encontrar otra farmacia en su área, puede obtener ayuda a través del Departamento de Servicios para Miembros o buscar en el *Directorio de proveedores y farmacias*. También puede encontrar información en nuestro sitio web en www.MercyCareAZ.org.

¿Y si necesita una farmacia especializada?

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

- Farmacias que proveen medicamentos para tratamientos de infusión en el hogar.

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

- Farmacias que proveen medicamentos para las personas que residen en un centro de atención a largo plazo (LTC). Generalmente, un centro de LTC (como un hogar de convalecencia) tiene su propia farmacia. Si tiene dificultad para acceder a sus beneficios de la Parte D en un centro de LTC, póngase en contacto con el Departamento de Servicios para Miembros.
- Farmacias que brinden servicios al Programa de salud para la población india estadounidense urbana o tribal, del Servicio de Salud Indígena (no está disponible en Puerto Rico). Salvo en caso de emergencia, solo los indios estadounidenses o los nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias dentro de la red.
- Farmacias que proveen medicamentos que están limitados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) para ciertos lugares o que requieren un manejo especial, la coordinación del proveedor o el aprendizaje sobre su uso. (**Nota:** es muy poco frecuente que se presente esta situación).

Para encontrar una farmacia especializada, busque en el *Directorio de proveedores y farmacias* o llame al Departamento de Servicios para Miembros.

Sección 2.3 Cómo utilizar el servicio de pedido por correo del plan

Para determinados tipos de medicamentos, puede utilizar el servicio de pedido por correo de la red del plan. Por lo general, los medicamentos proporcionados a través del servicio de pedido por correo son medicamentos que toma con regularidad para tratar una enfermedad crónica o una afección médica prolongada. Los medicamentos *no* 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 90 días como máximo**.

Para obtener formularios de pedido e información sobre cómo obtener sus medicamentos con receta por correo, llame al Departamento de Servicios para miembros **602-586-1730** o al **1-877-436-5288 (TTY 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana para solicitar un formulario de pedido por correo. Puede llevarle el formulario de pedido por correo que recibe del Departamento de Servicios para Miembros a su médico y solicitarle que escriba una nueva receta para el máximo de suministro por día para pedido por correo. Complete el formulario de pedido completamente, e incluya su identificación de miembro, el nombre de su médico, los medicamentos que toma y cualquier alergia, enfermedad o afección médica que tenga.

Envíe por correo el formulario de pedido y las recetas a:

CVS Caremark

PO Box 94467

Palatine, IL 60094-4467

O bien, puede registrarse en línea en CVS Caremark en www.caremark.com. Una vez registrado, podrá solicitar resurtidos, renovar sus recetas y verificar el estado de su pedido.

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

Por lo general, el pedido a la farmacia que brinda el servicio de pedido por correo le llegará entre 10 y 15 días, como máximo. En la situación poco probable de que haya una demora significativa en el envío de su medicamento con receta de pedido por correo, nuestro servicio de pedido por correo trabajará con usted y una farmacia de la red para brindarle el suministro temporal de sus medicamentos con receta de pedido por correo. Si no recibió el pedido en el plazo de entre 10 y 15 días calendario desde la fecha en que envió el pedido, llame a Atención al cliente de CVS Caremark al 1-844-843-6264 (TTY 1-800-231-4403) y ellos comenzarán a procesar un pedido de reemplazo. Recibirá el pedido rápidamente. Las llamadas a estos números son gratuitas.

Nuevas recetas que la farmacia recibe directamente del consultorio de su médico.

La farmacia surtirá y entregará automáticamente las recetas nuevas de los medicamentos que reciba de los proveedores de atención médica, sin verificar con usted primero, si:

- Utilizó los servicios de pedido por correo con este plan en el pasado.
- O se inscribió para la entrega automática de todas las recetas nuevas recibidas directamente de los proveedores de atención médica. Puede solicitar el envío automático de todos los medicamentos con receta nuevos en cualquier momento registrándose en línea en CVS Caremark en www.caremark.com o llamando al Departamento de Servicios para Miembros de Mercy Care Advantage al **602-586-1730** o al **1-877-436-5288** (de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana [TTY 711]) para que le envíen por correo un formulario de pedido.

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

Si utilizó el pedido por correo antes y no desea que la farmacia surta y envíe automáticamente cada medicamento con receta nuevo, comuníquese con nosotros llamando a Atención al cliente de CVS Caremark al 1-844-843-6264 (TTY 1-800-231-4403).

Si usted nunca ha utilizado nuestro servicio de pedido por correo o decide interrumpir el surtido automático de nuevas recetas, la farmacia se comunicará con usted cada vez que reciba una nueva receta de un proveedor de atención médica para determinar si desea que el medicamento se surta y envíe inmediatamente. Es importante que responda cada vez que la farmacia lo contacte para informar si esta debe enviar, retrasar o cancelar el nuevo medicamento con receta.

Resurtidos de recetas médicas de pedido por correo. Para resurtir sus medicamentos, usted tiene la opción de inscribirse en un programa de resurtido automático. De acuerdo con este programa, comenzaremos a procesar su próximo resurtido automáticamente cuando nuestros registros nos muestren que está cerca de quedarse sin su medicamento. La farmacia se comunicará con usted antes del envío de cada resurtido para asegurarse de que necesite más medicamento. Usted puede cancelar los resurtidos si tiene suficiente medicamento o si el medicamento ha cambiado.

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

Si no desea usar nuestro programa de resurtido automático, pero aún desea que la farmacia de pedidos por correo le envíe su medicamento con receta, comuníquese con su farmacia entre 10 y 15 días antes de que se le termine el medicamento con receta actual. Esto garantizará que reciba su pedido a tiempo.

Para cancelar su inscripción en nuestro programa que prepara automáticamente resurtidos de envío por correo, comuníquese con nosotros llamando a Atención al cliente de CVS Caremark al 1-844-843-6264 (TTY 1-800-231-4403).

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

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

El plan cuenta con dos formas de obtener un suministro a largo plazo (también denominado “suministro extendido”) de medicamentos de “mantenimiento” en la Lista de medicamentos de nuestro plan. (Los medicamentos de mantenimiento son aquellos que toma con regularidad para una afección crónica o prolongada).

1. Algunas farmacias minoristas de nuestra red le permitirán obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento al monto del costo compartido del pedido por correo. En su *Directorio de proveedores y farmacias* se detallan las farmacias de la red que proporcionan suministros a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para obtener más información.
2. También puede recibir medicamentos de mantenimiento a través de nuestro programa de pedido por correo. Consulte la Sección 2.3 para obtener más información.

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

En determinadas circunstancias, su medicamento con receta puede estar cubierto

Por lo general, cubrimos los medicamentos que se obtienen en una farmacia fuera de la red *solo* si no puede utilizar una farmacia de la red. Para brindarle ayuda, contamos con farmacias de la red fuera del área de servicio, en las que puede obtener los medicamentos con receta como miembro de nuestro plan. **Consulte primero con el Departamento de Servicios para Miembros** para ver si hay alguna farmacia de la red cerca. 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.

A continuación, se detallan las circunstancias en las que cubriríamos los medicamentos con receta obtenidos en una farmacia fuera de la red:

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

- El medicamento con receta es para una emergencia médica o para atención de urgencia.
- No puede obtener un medicamento cubierto en un momento de necesidad porque no hay ninguna farmacia de la red que atienda las 24 horas dentro de una distancia razonable en automóvil.
- La receta es para un medicamento que está agotado en una farmacia minorista o una farmacia de servicio por correo dentro de la red que sea accesible (se incluyen los medicamentos únicos y de alto costo).
- Ha sido evacuado o desplazado de su hogar debido a un desastre federal u otra declaración de emergencia de salud pública.
- Una vacuna o un medicamento se administra en el consultorio de su médico.
- Si viaja fuera del área de servicio (dentro de los Estados Unidos) y se le acaban los medicamentos, los pierde o se enferma y no puede acceder a una farmacia de la red.

¿Cómo solicitar un reembolso al plan?

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

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

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

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

El plan, con la colaboración de un equipo de médicos y farmacéuticos, selecciona los medicamentos de la lista. La lista cumple con los requisitos de Medicare y ha sido aprobada por Medicare.

La Lista de medicamentos incluye medicamentos cubiertos en virtud de la Parte D de Medicare. Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, los beneficios de AHCCCS (Medicaid) cubren algunos medicamentos con receta. Contáctese con el Departamento de Servicios para Miembros su plan AHCCCS (Medicaid) para obtener información sobre estos medicamentos.

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

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

- Cuando está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos para el diagnóstico o la afección para la cual ha sido recetado.
- *O bien*, cuando es avalado por ciertas referencias, como American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de Información DRUGDEX.

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

Un medicamento de marca es un medicamento con receta que se vende con un nombre de marca registrada propiedad del fabricante del medicamento. Los medicamentos de marca que son más complejos que los medicamentos habituales (por ejemplo, los que se basan en una proteína) se denominan productos biológicos. En la Lista de medicamentos, cuando nos referimos a “medicamentos”, esto podría referirse a un medicamento o a un producto biológico.

Un medicamento genérico es un medicamento con receta que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Como los productos biológicos son más complejos que los medicamentos habituales, en lugar de tener una forma genérica, tienen alternativas que se llaman biocomparables. Por lo general, los genéricos y los biocomparables funcionan tan bien como los medicamentos de marca o los productos biológicos y suelen ser más baratos. Hay medicamentos genéricos sustitutos o alternativas biocomparables disponibles para muchos medicamentos de marca y algunos productos biológicos.

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

Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, los beneficios de AHCCCS (Medicaid) cubren algunos medicamentos con receta. Estos medicamentos adicionales no están en la lista de medicamentos de Mercy Care Advantage. Contáctese con el Departamento de Servicios para Miembros su plan AHCCCS (Medicaid) para obtener información sobre estos medicamentos.

El plan no cubre todos los medicamentos con receta.

- En algunos casos, la ley no permite que ningún plan de Medicare cubra ciertos tipos de medicamentos (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 7.1 de este capítulo).
- En otros casos, hemos decidido no incluir en la Lista de medicamentos un medicamento en particular. En algunos casos, puede obtener un medicamento que no figura en la lista de medicamentos. Para obtener más información, consulte el Capítulo 9.

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

Sección 3.2 ¿Cómo puede averiguar si un medicamento específico está en la Lista de medicamentos?

Hay tres formas de averiguarlo:

1. Consulte la Lista de medicamentos más reciente que le enviamos de forma electrónica.
2. Visite el sitio web del plan (www.MercyCareAZ.org). La Lista de medicamentos en el sitio web siempre es la más actualizada.
3. Llame al Departamento de Servicios para Miembros para saber si un medicamento en particular está incluido en la Lista de medicamentos o para pedir una copia de la lista.

SECCIÓN 4 Hay restricciones respecto de la cobertura de algunos medicamentos

Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?

Para ciertos medicamentos con receta, existen normas especiales que restringen cómo y cuándo el plan los cubre. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrollaron estas normas para alentarles a usted y a su proveedor a utilizar los medicamentos de la forma más eficaz. 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 bajo costo funciona médicamente tan bien como uno de mayor costo, las normas del plan están destinadas a alentarlos a usted y a su proveedor a usar esa opción más económica.

Tenga en cuenta que, a veces, un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra lista de medicamentos. Esto se debe a que los mismos medicamentos pueden variar en función de la concentración, la cantidad o la forma del medicamento recetado por su proveedor de atención médica, y es posible que se apliquen diferentes restricciones o costos compartidos a las diferentes versiones del medicamento (por ejemplo, 10 mg en comparación con 100 mg, uno por día en comparación con dos por día; comprimido en comparación con líquido).

Sección 4.2 ¿Qué tipos de restricciones?

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 Miembros para obtener información sobre lo que usted o su proveedor deberán hacer para obtener cobertura para el medicamento. Si desea pedirnos que eliminemos la restricción, tendrá que usar el proceso de decisiones de cobertura

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

para solicitarnos una excepción. Podemos estar o no de acuerdo en eliminar la restricción. (Consulte el Capítulo 9)

Restricción de medicamentos de marca cuando hay una versión genérica disponible

Un medicamento “genérico” tiene el mismo efecto que un medicamento de marca, pero, por lo general, es más económico. **En la mayoría de los casos, cuando está disponible la versión genérica de un medicamento de marca, las farmacias de la red le proporcionarán el medicamento genérico en lugar del medicamento de marca.** Sin embargo, si el proveedor nos ha informado el motivo médico por el cual a usted no le serviría el medicamento genérico ni otros medicamentos cubiertos que tratan la misma afección, entonces 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**”. Se pone en marcha para garantizar la seguridad para los medicamentos y ayudar a guiar el uso adecuado de ciertos medicamentos. Si no obtiene esta aprobación, es posible que el plan no cubra el medicamento.

Cómo probar un medicamento diferente primero

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

Límites de cantidad

Para ciertos medicamentos, limitamos la cantidad de un medicamento que usted puede recibir cada vez que obtiene su medicamento con 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.

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

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

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

Hay situaciones en las que hay un medicamento con receta que está tomando, o uno que usted y su proveedor piensan que debería estar tomando, que no está en nuestro formulario o que está en nuestro formulario con restricciones. Por ejemplo:

- El medicamento puede no estar cubierto en absoluto. O tal vez una versión genérica del medicamento tenga cobertura, pero la versión de marca que desea tomar no está cubierta.
- El medicamento está cubierto, pero se aplican normas o restricciones adicionales respecto de la cobertura de ese medicamento, como se explica en la Sección 4.
- Hay algunas cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera en 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.

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

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

- 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 proporcionarle un suministro temporal de un medicamento que ya está tomando. Este suministro temporal le da tiempo para consultar con su proveedor acerca del cambio en la cobertura y decidir qué hacer.

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

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

- **Si es un nuevo miembro**, cubriremos un suministro temporal del medicamento durante los primeros 90 días de su membresía en el plan.
- **Si usted estuvo en el plan el año pasado**, cubriremos un suministro temporal del medicamento durante los primeros 90 días del año calendario.
- Este suministro temporal será para un máximo de 31 días. Si su medicamento con receta está indicado para menos días, permitiremos obtener varias veces los medicamentos hasta llegar a un suministro máximo de 31 días de medicamento. El medicamento con receta debe obtenerse en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo puede proporcionarle el medicamento en menores cantidades por vez para evitar el uso indebido).
- **Para miembros que han sido parte del plan durante más de 90 días, son residentes en un centro de atención a largo plazo y necesitan un suministro de inmediato:**
Cubriremos un suministro para 31 días de emergencia de un medicamento particular, o menos si su receta está indicada para menos días. Esto es complementario al suministro temporal mencionado anteriormente.
- **Para miembros actuales que han cambiado su nivel de atención** (por ejemplo, le han dado el alta del hospital para que regrese a su hogar o lo han admitido en un centro de atención a largo plazo o le han dado el alta de uno): Su farmacia puede obtener una anulación de hasta un suministro para 31 días de Mercy Care Advantage. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al número que se encuentra impreso en la portada posterior de este folleto para obtener más información.

Si tiene preguntas sobre un suministro temporal, llame al Departamento de Servicios para Miembros.

Durante el tiempo en el que está usando un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se termine este suministro temporal. Tiene dos opciones:

1) Puede cambiar a otro medicamento

Consulte con su proveedor para determinar si hay un medicamento diferente cubierto por el plan que puede funcionar igual de bien para usted. Puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros y pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que funcione para usted.

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 ayudarlo 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.

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

Si es un miembro actual y uno de los medicamentos que toma se eliminará del Formulario o tendrá algún tipo de restricción para el próximo año, le informaremos cualquier cambio antes del año nuevo. 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 autorizada a dar recetas). Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura antes de que el cambio entre en vigencia.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, la Sección 7.4 del Capítulo 9 le indica qué hacer. Allí se explican los procedimientos y plazos que Medicare ha fijado para asegurar que su solicitud se tramite de forma oportuna e imparcial.

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

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

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

- **Agregar o quitar medicamentos de la Lista de medicamentos.**
- **Agregar o quitar una restricción respecto de la cobertura de un medicamento.**
- **Sustituir un medicamento de marca por uno genérico.**

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

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

Información sobre los cambios en la cobertura de medicamentos

Cuando se producen cambios en la Lista de medicamentos, publicamos la información en nuestro sitio web sobre dichos cambios. También actualizamos nuestra Lista de medicamentos en línea regularmente. A continuación, le indicamos los momentos en que recibiría un aviso directo si se realizan cambios en un medicamento que está tomando.

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

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 o agregamos nuevas restricciones al medicamento de marca, o ambas cosas)**
 - Podemos eliminar inmediatamente un medicamento de marca de nuestra Lista de medicamentos si lo reemplazamos por una nueva versión genérica aprobada del mismo medicamento. El medicamento genérico aparecerá en el mismo nivel de costo compartido o en uno menor, y con las mismas restricciones o menos. Podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos, pero moverlo inmediatamente a un nivel de costo compartido superior o agregar nuevas restricciones, o ambas cosas cuando se agrega el nuevo medicamento genérico.
 - Es posible que no le informemos antes de hacer ese cambio, incluso si usted está tomando actualmente el medicamento de marca. Si está tomando el medicamento de marca en el momento en que realizamos el cambio, le brindaremos información sobre los cambios específicos. Esto también incluirá información sobre los pasos que puede seguir para solicitar una excepción para que cubramos el medicamento de marca. Es posible que no reciba este aviso antes de que realicemos el cambio.
 - Usted y la persona autorizada a dar recetas pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento de marca para usted. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9.
- **Medicamentos no seguros y otros medicamentos en la Lista de medicamentos que se retiran del mercado**
 - A veces, un medicamento puede considerarse no seguro o que se desconecta del mercado por otro motivo. Si esto ocurre, podemos eliminar inmediatamente el medicamento de la Lista de medicamentos. Si está tomando ese medicamento, le informaremos de inmediato.
 - La persona autorizada a dar recetas también estará enterada de este cambio y puede ayudarlo a encontrar otro medicamento para su afección.
- **Otros cambios a los medicamentos en la Lista de medicamentos**
 - Es posible que hagamos otros cambios una vez que el año haya comenzado y que afecten los medicamentos que está tomando. Por ejemplo, podríamos agregar un medicamento genérico que no sea nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca en la Lista de medicamentos o cambiar el nivel de costo compartido o agregar nuevas restricciones al medicamento de marca, o ambas cosas. También podríamos realizar cambios según las advertencias de la FDA o nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare.

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

- Para estos cambios, debemos darle un aviso con al menos 30 días de anticipación para informar el cambio o darle un aviso sobre el cambio y un resurtido para 31 días del medicamento que está tomando en una farmacia de la red.
- Después de recibir el aviso del cambio, usted debe trabajar con la persona autorizada a emitir recetas para cambiar a un medicamento diferente que cubramos o para satisfacer cualquier nueva restricción sobre el medicamento que está tomando.
- Usted y la persona autorizada a dar recetas pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento para usted. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9.

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

Es posible que realicemos ciertos cambios en la Lista de medicamentos que no se describen anteriormente. En estos casos, el cambio no se aplicará a su caso si está tomando el medicamento cuando se realice el cambio; sin embargo, estos cambios probablemente lo afectarán a partir del 1 de enero del próximo 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:

- Imponemos una nueva restricción respecto del uso de su medicamento.
- Eliminamos su medicamento de la Lista de medicamentos.

Si tiene lugar alguno de estos cambios con respecto a un medicamento que usted toma (excepto por el retiro del mercado, al reemplazo de un medicamento de marca por un medicamento genérico u otro cambio indicado en las secciones anteriores), entonces el cambio no afectará su uso o lo que usted paga como la parte del costo que le corresponde hasta el 1 de enero del próximo año. Hasta esa fecha, probablemente no verá ningún aumento en sus pagos o cualquier 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 está disponible durante el período de inscripción abierta) para ver si hay cambios en los medicamentos que está tomando que lo afectarán durante el próximo año de plan.

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D**SECCIÓN 7 ¿Qué tipos de medicamentos *no* cubre el plan?****Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos**

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

Si usted apela y se considera que el medicamento solicitado no está excluido de la Parte D, pagaremos o lo cubriremos. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión, consulte el Capítulo 9). Si el medicamento excluido por nuestro plan también es excluido por AHCCCS (Medicaid), deberá pagarlo usted mismo.

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

- La cobertura para medicamentos de la Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que estaría cubierto en la Parte A o Parte B de Medicare.
- Nuestro plan no cubre un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos 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 Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA).
- Se permite la cobertura para “uso para una indicación no autorizada” solo cuando el uso está respaldado por ciertas referencias, como American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de Información DRUGDEX.

Además, por ley, las siguientes categorías de medicamentos que se detallan más abajo no están cubiertas por Medicare. Sin embargo, algunos de estos medicamentos pueden estar cubiertos para usted por la cobertura para medicamentos de AHCCCS (Medicaid). Contáctese con el Departamento de Servicios para Miembros su plan AHCCCS (Medicaid) para obtener información sobre estos medicamentos.

- Medicamentos sin receta (también denominados medicamentos de venta libre).
- Medicamentos utilizados para estimular la fertilidad.
- Medicamentos utilizados para el alivio de la tos o los síntomas del resfriado.
- Medicamentos para fines estéticos o para promover el crecimiento del cabello.
- Vitaminas con receta y productos minerales, salvo las vitaminas prenatales y preparaciones de flúor.

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

- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil.
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la anorexia, la pérdida de peso o el aumento de peso.
- Medicamentos para pacientes externos cuyo fabricante pretenda exigir como condición de venta que los exámenes asociados o servicios de supervisión se compren exclusivamente al fabricante.

SECCIÓN 8 Cómo obtener un medicamento con receta

Sección 8.1 Proporcione su información de membresía

Para obtener su medicamento con receta, proporcione su información de miembro del plan, que puede encontrar en su tarjeta de miembro en la farmacia de la red que usted elija. La farmacia de la red facturará al plan de forma automática la parte que nos corresponde del costo de su medicamento. Usted deberá pagarle a la farmacia *su* parte del costo en el momento de retirar su medicamento con receta.

Si está inscrito en Mercy Care para sus beneficios de AHCCCS (Medicaid), solo deberá mostrar su tarjeta de miembro de doble elegibilidad de Mercy Care Advantage cuando obtenga medicamentos con receta cubiertos por el plan y AHCCCS (Medicaid). Si está inscrito en otro plan para sus beneficios de AHCCCS (Medicaid), solo deberá mostrar su tarjeta de miembro de AHCCCS (Medicaid) cuando obtenga medicamentos con receta cubiertos por AHCCCS (Medicaid).

Sección 8.2 ¿Qué sucede si usted no tiene su información de membresía?

Si usted no tiene su información de membresía del plan en el momento de obtener su medicamento con receta, usted o la farmacia pueden llamar al plan para obtener la información necesaria.

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

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D**SECCIÓN 9 Cobertura para medicamentos de la Parte D en situaciones especiales****Sección 9.1 ¿Qué sucede si está en un hospital o centro de atención de enfermería especializada y el plan cubre su estadía?**

Si ingresa en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada para una hospitalización que cubre el plan, generalmente cubriremos el costo de los medicamentos con receta durante la hospitalización. Una vez que salga del hospital o centro de atención de enfermería especializada, el plan cubrirá sus medicamentos con receta, siempre y cuando estos cumplan todas nuestras normas para la cobertura descrita en este Capítulo.

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

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

Consulte el *Directorio de proveedores y farmacias* para averiguar si la farmacia del centro de LTC o aquella que utiliza es parte de nuestra red. Si no forma parte, o si usted necesita más información o asistencia, comuníquese con el Departamento de Servicios para 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 LTC y necesita un medicamento que no figura en la Lista de medicamentos o que tiene algún tipo de restricción?

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

Sección 9.3 ¿Qué sucede si también tiene cobertura para medicamentos del plan de un 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**. El administrador de beneficios puede ayudarlo a determinar cómo funcionará su cobertura actual para medicamentos con receta en relación con nuestro plan.

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

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

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 del grupo es “acreditable”, quiere decir que incluye una cobertura para medicamentos que, en promedio, paga al menos lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare.

Guarde este aviso sobre la cobertura acreditable, ya que es posible que lo necesite más adelante. Si se inscribe en un plan de Medicare que incluye cobertura para medicamentos de la Parte D, es posible que necesite este aviso para demostrar que usted ha mantenido la cobertura acreditable. Si no recibió el aviso de cobertura acreditable, solicite una copia del administrador de beneficios de su empleador o plan de jubilados o del empleador o sindicato.

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

El hospicio y nuestro plan no cubren el mismo medicamento al mismo tiempo. Si usted está inscrito en un hospicio de Medicare y requiere ciertos medicamentos (por ejemplo, medicamentos contra las náuseas, un laxante, un analgésico o un ansiolítico) que no están cubiertos por su hospicio porque no está relacionado con su enfermedad terminal o sus afecciones relacionadas, nuestro plan debe ser notificado por la persona que le emite la receta o por su hospicio de que el medicamento no está relacionado antes de que el plan pueda cubrir el medicamento. Para evitar demoras en la recepción de estos medicamentos que deberían ser cubiertos por nuestro plan, pídale a su hospicio o a la persona autorizada a emitir recetas que le brinden notificaciones antes de que se obtenga el medicamento con receta.

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

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

SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad y administración de los medicamentos

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

Llevamos a cabo revisiones sobre los usos de medicamentos para nuestros miembros para ayudarles a asegurarse de que 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:

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

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

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

Tenemos un programa que ayuda a garantizar que los miembros usen de forma segura los opioides con receta y otros medicamentos que, con frecuencia, se usan de manera indebida. Este programa se denomina Programa de administración de medicamentos (DMP). Si usa medicamentos opioides que obtiene de varios médicos o farmacias, o si recientemente tuvo una sobredosis de opioides, podemos hablar con sus médicos para asegurarnos de que el uso de sus medicamentos opioides sea apropiado y médicamente necesario. Si, al trabajar con sus médicos, decidimos que su uso de medicamentos opioides o las benzodiazepinas no es seguro, podemos limitar la forma en que puede obtener esos medicamentos. Si lo colocamos en nuestro DMP, las limitaciones pueden ser las siguientes:

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

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

Si decidimos limitar la forma en que puede obtener estos medicamentos o cuánto puede obtener, le enviaremos una carta por adelantado. En la carta se explicarán las limitaciones que creemos que deben aplicarse a usted. Tendrá la oportunidad de decirnos qué médicos o farmacias prefiere usar y cualquier otra información que considere importante que conozcamos. Después de que haya tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos, le enviaremos otra carta en la que confirmaremos la limitación. Si cree que cometamos un error o si no está de acuerdo con nuestra determinación o con la limitación, usted y la persona autorizada a dar recetas tienen derecho a apelar. Si apela, revisaremos su caso y le daremos una decisión. Si continuamos denegándole alguna parte de su solicitud relacionada con las limitaciones que se aplican a su acceso a los medicamentos, enviaremos su caso automáticamente a un revisor independiente fuera de nuestro plan. Para obtener información sobre cómo solicitar una apelación, consulte el Capítulo 9.

No se le aplicará nuestro DMP si tiene ciertas afecciones médicas, como dolor activo relacionado con el cáncer o anemia drepanocítica, si está recibiendo atención en un hospicio, cuidados paliativos, atención para el fin de la vida o si vive en un centro de atención a largo plazo.

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

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

Algunos miembros que toman medicamentos para diferentes afecciones médicas y tienen costos altos de medicamentos, o están en un DMP para ayudarlos a usar los opioides de forma segura, pueden obtener los servicios de un programa de MTM. Un farmacéutico u otro profesional de la salud llevarán a cabo una revisión integral de sus medicamentos. 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 por escrito que incluye una lista recomendada de lo que debe hacer, que incluye los pasos que debe seguir para obtener los mejores resultados de sus medicamentos. También obtendrá una lista de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que está tomando, cuánto está tomando y cuándo y la razón por la que los está tomando. Además, los miembros en el programa de MTM recibirán información sobre la eliminación segura de medicamentos con receta que son sustancias controladas.

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

Es buena idea hablar con su médico sobre su lista recomendada de lo que debe hacer y la lista de medicamentos. Lleve el resumen con usted a su consulta o en cualquier momento que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica. También mantenga actualizada su lista de medicamentos y téngala con usted (por ejemplo, con su identificación) si acude al hospital o a la sala de emergencias.

Si tenemos un programa que se adapte a sus necesidades, lo inscribiremos automáticamente en él y le enviaremos la información. Si usted decide no participar, notifiquenos y retiraremos su participación. Si tiene preguntas sobre este programa, póngase en contacto con el Departamento de Servicios para Miembros.

CAPÍTULO 6:

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

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



¿Cómo puede obtener información sobre los costos de los medicamentos?

Debido a que usted es elegible para Medicaid, cumple con los requisitos para recibir “Ayuda adicional” de Medicare para cubrir los costos de su plan de medicamentos con receta. Debido a que participa en el programa de “Ayuda adicional”, **es posible que haya información que no se aplique a su caso en la Evidencia de cobertura sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D.** Le enviamos un encarte 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 miembros y solicite la “Cláusula adicional LIS”.

SECCIÓN 1 Introducción

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

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

Para comprender la información de pago, usted necesita saber qué medicamentos están cubiertos, dónde obtener sus medicamentos con receta y cuáles son las normas a seguir cuando usted recibe sus medicamentos cubiertos. Las Secciones 1 a 4 del Capítulo 5 explican estas normas:

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

Existen distintos tipos de costos que paga de su bolsillo para los medicamentos de la Parte D. El monto que usted paga por un medicamento se denomina “costo compartido”; hay tres maneras en las que se le puede solicitar que pague.

- El “**deducible**” es el monto que paga por los medicamentos antes de que nuestro plan comience a pagar la parte que le corresponde.
- El “**copago**” es un monto fijo que paga cada vez que obtiene un medicamento con receta.

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

- El “coseguro” es un porcentaje del costo total que paga cada vez que obtiene un medicamento con 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 para los costos que paga de su bolsillo. Estas son las normas que debemos seguir para mantener un registro de los costos que paga de su bolsillo.

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

Los costos que paga de su bolsillo incluyen los pagos detallados a continuación (siempre y cuando correspondan a los medicamentos cubiertos de la Parte D y usted haya cumplido las normas respecto de la 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 de cobertura inicial.
- Cualquier pago que efectuó durante este año calendario como miembro de un plan de medicamentos con receta de Medicare diferente antes de inscribirse en nuestro plan.

Es importante quién paga:

- Si efectúa estos pagos **usted mismo**, se incluyen en los costos que paga de su bolsillo.
- Estos pagos *también se incluyen* si **otras personas u organizaciones los efectúan en su nombre**. Esto incluye los pagos por sus medicamentos realizados por un amigo o familiar, por la mayoría de las organizaciones benéficas, por programas de asistencia de medicamentos para el SIDA o por el Servicio de Salud Indígena. También se incluyen los pagos hechos por el programa de “Ayuda adicional” de Medicare.
- Se incluyen algunos 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) hayan pagado un total de \$7,400 por los costos que paga de su bolsillo dentro del año calendario, pasará de la Etapa de cobertura inicial a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

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

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

Los costos que paga de su bolsillo **no incluyen** ninguno de estos tipos de pagos:

- Medicamentos que compra fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Medicamentos que nuestro plan no cubre.
- Medicamentos que obtiene en una farmacia fuera de la red que no cumplen con los requisitos del plan para la cobertura fuera de la red.
- Los medicamentos que no sean de la Parte D, incluidos los medicamentos con receta cubiertos por las Parte A y B, y otros medicamentos excluidos de la cobertura de Medicare.
- Pagos realizados por el plan para sus medicamentos genéricos o de marca mientras estaba en el período sin cobertura.
- Pagos por sus medicamentos que realizan los planes de salud grupal, incluidos los planes de salud del empleador.
- Pagos de sus medicamentos hechos por ciertos planes de seguro y programas de salud financiados por el gobierno, como TRICARE y los Asuntos de veteranos.
- Pagos por sus medicamentos realizados por un tercero con la obligación legal de pagar los costos de los medicamentos con receta (por ejemplo, compensación laboral).

Recordatorio: Si cualquier otra organización, como las que mencionamos más arriba, pagan parte o la totalidad de los costos que paga de su bolsillo por los medicamentos, usted debe informarlo a nuestro plan llamando al Departamento de Servicios para Miembros.

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

- **Nosotros lo ayudaremos.** El informe de la EOB de la Parte D que recibe incluye el monto actual de los costos que paga de su bolsillo. Cuando este monto alcance los \$7,400, este informe le indicará que ha pasado de la Etapa de cobertura inicial 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.

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

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

Sección 2.1 ¿Cuáles son las etapas de pago de medicamentos para los miembros de Mercy Care Advantage?

Hay cuatro “etapas de pago de los medicamentos” para su cobertura para medicamentos con receta de la Parte D de Medicare en virtud de Mercy Care Advantage. El monto que paga depende de la etapa en que se encuentre en el momento que obtenga un medicamento con receta o un resurtido. Puede ver los detalles de cada etapa en las Secciones 4 a 7 de este capítulo.

Las etapas son:

Etapas 1: Etapa del deducible anual

Etapas 2: Etapa de cobertura inicial

Etapas 3: Etapa del período sin cobertura

Etapas 4: Etapa de cobertura en situaciones catastróficas

Mensaje importante respecto de lo que paga por insulina: no pagará más que los copagos de medicamentos de la Parte D que se detallan en este documento para un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan porque califica para recibir “Ayuda adicional”.

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

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

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

- Llevamos un registro de cuánto ha pagado. A esto se lo denomina costo “**que paga de su bolsillo**”.

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

- Llevamos un registro de sus “**costos totales de los medicamentos**”. Esta es la cantidad que paga de su bolsillo o que otros pagan en su nombre más la cantidad pagada por el plan.

Si ha obtenido uno o más medicamentos con receta a través del plan durante el mes anterior le enviaremos una *Explicación de beneficios de la Parte D* (“EOB de la Parte D”). La EOB de la Parte D incluye lo siguiente:

- **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 pagaron en su nombre.
- **Los totales para el año desde el 1.º de enero.** A esto se lo denomina información “del año hasta la fecha”. Muestra los costos totales de los medicamentos y los pagos totales por sus medicamentos desde el inicio del año.
- **Información sobre el precio de los medicamentos.** En esta información, se mostrará el precio total del medicamento e información sobre los aumentos en el precio desde que se obtiene el primer medicamento para cada reclamación de medicamento con receta de la misma cantidad.
- **Medicamentos con receta alternativos de menor costo disponibles.** Esto incluirá información sobre otros medicamentos disponibles con costos compartidos menores para cada reclamación de medicamentos con receta.

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

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

- **Muestre su tarjeta de miembro cada vez que obtenga medicamentos con receta.** Esto nos ayuda a asegurarse de que sabemos acerca de los medicamentos con receta que está obteniendo y lo que está pagando.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** Es posible que, en ocasiones, usted deba pagar el costo total de un medicamento con receta. En estos casos, no recibiremos automáticamente la información que necesitamos para mantener un registro de los costos que paga de su bolsillo. Para ayudarnos a mantener un registro de los costos que paga de su bolsillo, proporciónenos copias de sus recibos. Estos son ejemplos de cuándo debe darnos 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 realiza un copago por los medicamentos que se proporcionan en virtud de un programa de asistencia del fabricante del medicamento para el paciente

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

- 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 factura por un medicamento cubierto, puede pedirle a nuestro plan que pague la parte que nos corresponde del costo. Para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo, vaya a la Sección 2 del Capítulo 7.

- **Envíenos la información sobre los pagos que terceros hayan realizado por usted.** Los pagos realizados por otras personas y organizaciones también se tienen en cuenta para los costos que paga de su bolsillo. Por ejemplo, en los costos que paga de su bolsillo se tienen en cuenta los pagos realizados por un programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP), por el Servicio de Salud Indígena y por la mayoría de las organizaciones benéficas. Lleve un registro de estos pagos y nos lo envíe para que podamos hacer un seguimiento de sus costos.
- **Revise el informe que le enviamos por escrito.** Cuando reciba la EOB de la Parte D, analícela para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si considera que falta algo o si tiene alguna pregunta, llámenos al Departamento de Servicios para Miembros. Asegúrese de guardar estos informes.

SECCIÓN 4 No se aplican deducibles para Mercy Care Advantage.

No se aplican deducibles para Mercy Care Advantage. Usted comienza en la Etapa de cobertura inicial cuando obtiene el primer medicamento con receta para el año. Consulte la Sección 5 para obtener información sobre su cobertura en la Etapa de cobertura inicial.

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

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

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

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

Sus opciones de farmacia

El monto que usted paga por un medicamento depende de si lo obtiene de las siguientes farmacias:

- Una farmacia minorista de la red.
- Una farmacia que no está en la red del plan. Cubrimos medicamentos con receta obtenidos en farmacias fuera de la red solamente en situaciones limitadas. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para averiguar cuándo cubriremos un medicamento con receta obtenido en una farmacia fuera de la red.
- Una farmacia de pedidos por correo del plan.

Para obtener más información sobre las opciones de farmacias y cómo obtener sus medicamentos con receta, consulte el Capítulo 5 y el *Directorio farmacias* del plan.

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

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

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

Categoría	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (un suministro para 31 días como máximo)	Costo compartido para pedido por correo (un suministro para 31 días como máximo)	Costo compartido de atención a largo plazo (LTC) (dentro de la red) (un suministro para 31 días como máximo)	Costo compartido fuera de la red (La cobertura se limita a ciertas situaciones; consulte el Capítulo 5 para obtener más detalles). (Un suministro para 31 días como máximo)
Medicamentos genéricos (incluidos los de marca considerados genéricos)	\$0/\$1.45/ \$4.15 por medicamento con receta	\$0/\$1.45/ \$4.15 por medicamento con receta	\$0/\$1.45/ \$4.15 por medicamento con receta	\$0/\$1.45/ \$4.15 por medicamento con receta
Todos los demás medicamentos	\$0/\$4.30/ \$10.35 por medicamento con receta	\$0/\$4.30/ \$10.35 por medicamento con receta	\$0/\$4.30/ \$10.35 por medicamento con receta	\$0/\$4.30/ \$10.35 por medicamento con receta

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

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

Por lo general, el monto que paga por un medicamento con receta cubre el suministro para un mes completo. Es posible que, en ocasiones, a usted o a su médico les gustaría tener un suministro de un medicamento para menos de un mes (por ejemplo, cuando prueba por primera vez un medicamento). 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 un suministro para menos de un mes completo de ciertos medicamentos, usted no tendrá que pagar el suministro del 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 ya que 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 recibe en lugar de un 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 de un medicamento a largo plazo (90 días)

Para algunos medicamentos, puede obtener un suministro a largo plazo (también denominado “suministro extendido”). Un suministro a largo plazo es un suministro de 90 días como máximo.

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

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

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) (un suministro para 90 días como máximo)	Costo compartido para pedido por correo (un suministro para 90 días como máximo)
Medicamentos genéricos (incluidos los de marca considerados genéricos)	\$0/\$1.45/ \$4.15 por medicamento con receta	\$0/\$1.45/ \$4.15 por medicamento con receta
Todos los demás medicamentos	\$0/\$4.30/ \$10.35 por medicamento con receta	\$0/\$4.30/ \$10.35 por medicamento con receta

Sección 5.5 Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que los costos anuales que paga de su bolsillo por sus medicamentos alcancen los \$7,400

Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que los costos totales que paga de su bolsillo alcancen el límite de **\$7,400 para la Etapa de cobertura inicial**. Luego, pasa a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

La EOB de la Parte D que recibe le ayudará a llevar un registro de lo que usted, el plan y cualquier tercero han gastado en su nombre durante el año. Muchas personas no llegan al límite por año de \$7,400.

Le informaremos cuando alcance este monto. Si llega a este monto, saldrá de la Etapa de cobertura inicial y pasará a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas. Consulte la Sección 1.3 sobre cómo Medicare calcula los costos que paga de su bolsillo.

SECCIÓN 6 No hay período sin cobertura para Mercy Care Advantage.

No hay período sin cobertura para Mercy Care Advantage. Una vez que deje la Etapa de cobertura inicial, pasa a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas (consulte la Sección 7).

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

SECCIÓN 7 Durante la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, el plan paga todos los costos 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 todos los costos de sus medicamentos.

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

Mensaje importante respecto de lo que paga por las vacunas: nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin cargo. Llame al Departamento de Servicios para Miembros para obtener más información. **Debido a que la cobertura para las vacunas puede ser complicada, le recomendamos que llame al Departamento de Servicios para Miembros antes de recibir las vacunas si tiene alguna inquietud.**

Hay dos partes de nuestra cobertura de vacunas de la Parte D:

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

Sus costos de vacunas de la Parte D dependen de tres aspectos:

- 1. El tipo de vacuna** (contra qué se la administran).
 - Algunas vacunas se consideran beneficios médicos. (Consulte la *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)* en el Capítulo 4).
 - 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 en sí puede ser dispensada por una farmacia o brindada 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.

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

Lo que paga en el momento en que se le administra la vacuna de la Parte D puede variar según las circunstancias y cuál es la Etapa de medicamentos en la que se encuentra.

- A veces, cuando obtiene una vacuna, debe pagar el costo total tanto de la vacuna en sí como del costo de administración del proveedor. Puede solicitarle a nuestro plan que le devuelva la parte que le corresponde pagar del costo.
- Otras veces, cuando reciba una vacuna, solo pagará su parte del costo según el beneficio de la Parte D.

A continuación, se incluyen tres ejemplos de maneras en que puede obtener una vacuna de la Parte D.

Situación 1: se le administra la vacuna en la farmacia de la red. (Tener esta opción o no depende de dónde viva usted. En algunos estados no se permite que las farmacias le proporcionen vacunas).

- Usted pagará a la farmacia su copago por la vacuna en sí, que incluye el costo de la administración de la vacuna.
- Nuestro plan paga el resto de los costos.

Situación 2: la vacuna de la Parte D se le administra en el consultorio de su médico.

- Cuando reciba la vacuna, pagará por el costo total de la vacuna en sí y el costo del proveedor para que se la administrará.
- Entonces podrá pedirle a nuestro plan que le pague la parte que le corresponde del costo mediante los procedimientos que se describen en el Capítulo 7.
- Se le reembolsará la cantidad que usted paga menos el copago normal por la vacuna (incluida la administración).

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

- Usted deberá pagarle a la farmacia su copago por la vacuna en sí.
- Cuando su médico le administre la vacuna, usted deberá pagar el costo total por este servicio. Entonces, podrá pedirle a nuestro plan que le pague la parte que le corresponde del costo mediante los procedimientos descritos en el Capítulo 7.
- Se le reembolsará el importe cobrado por el médico por administrarle la vacuna.

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

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

SECCIÓN 1 Cómo solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que recibió

Los proveedores de nuestra red le facturan directamente al plan los servicios y medicamentos cubiertos, usted no debe recibir una factura por los servicios y medicamentos cubiertos. Si recibe una factura por el costo total de la atención médica o los medicamentos que recibió, debe enviarnos la factura para que podamos realizar el reembolso. Cuando nos envíe la factura, la examinaremos y decidiremos si los servicios deben ser cubiertos. Si decidimos que deben ser cubiertos, le pagaremos al proveedor directamente.

Si ya ha pagado por un servicio o producto de Medicare cubierto por el plan, puede pedirle a nuestro plan que le devuelva el dinero (por lo general, la acción de devolver el dinero se denomina “reembolso”). Es su derecho que nuestro plan le reembolse cada vez que usted haya pagado 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 deberá cumplir para obtener el reembolso. Consulte la Sección 2 de este capítulo. Cuando nos envíe la factura que ya pagó, la examinaremos y decidiremos si los servicios deben ser cubiertos. Si decidimos que deben ser cubiertos, le reembolsaremos los costos de los servicios o los medicamentos.

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, como se comentó en el documento. Primero, intente resolver el problema de facturación con el proveedor. Si eso no funciona, envíenosla 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 pagarla, notificaremos al proveedor. Nunca debe pagar más que el costo compartido permitido por el plan. Si este proveedor está contratado, usted aún tiene derecho a recibir el tratamiento.

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

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

Puede recibir servicios de emergencia o de urgencia de cualquier proveedor, independientemente de que este sea parte de nuestra red o no. En estos casos, pida al proveedor que le facture al plan.

- Si usted paga el monto total en el momento de recibir la atención, pídanos que le reembolsemos la parte que nos corresponde del costo. Envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya efectuado.
- Es posible que reciba una factura del proveedor en la que le pide pagar un monto que usted considera que no debe. Envíenos esa factura junto con la documentación de cualquier pago que ya haya efectuado.

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

- Si al proveedor se le debe algo, le pagaremos directamente.
- Si ya ha pagado más de lo que le corresponde pagar del costo del servicio, determinaremos cuánto debía y le reembolsaremos la parte del costo que nos correspondía.

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

Los proveedores de la red siempre deben facturar al plan directamente. Pero a veces cometen errores y le piden que pague más de lo que le corresponde.

- Usted solo debe pagar el monto del costo compartido cuando recibe servicios cubiertos. No permitimos a los proveedores agregar cargos adicionales, lo que se denomina “facturación de saldos”. Esta protección (que nunca paga más que el monto de su costo compartido) se aplica aun cuando pagamos menos de lo que el proveedor factura por un servicio, incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor. No permitimos que los proveedores le facturen los servicios cubiertos. Les pagamos directamente a nuestros proveedores y lo protegemos a usted de cualquier cargo. Esto es así incluso si le pagamos al proveedor un monto inferior a lo que el proveedor cobra por un servicio.
- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red cuyo monto usted considera que es más de lo que debe pagar, envíenosla. Nos pondremos en contacto con el proveedor directamente y resolveremos el problema de facturación.
- Si ya le ha pagado una factura a un proveedor de la red, pero cree que pagó demasiado, envíenosla junto con la documentación de cualquier pago que haya hecho. Debe pedirnos que le reembolsemos la diferencia entre el monto que pagó y el monto que debe según el plan.

3. Si está inscrito retroactivamente en nuestro plan

Algunas veces, la inscripción de una persona en un plan es retroactiva. (Esto significa que el primer día de la inscripción ya había pasado. La fecha de inscripción pudo incluso haber sido el año pasado).

Si se inscribió retroactivamente en nuestro plan y pagó de su bolsillo por sus medicamentos o servicios cubiertos después de la fecha de inscripción, puede solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde. Deberá enviarnos la documentación correspondiente, como los recibos y las facturas para administrar el reembolso.

4. Cuando utiliza 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 directamente. Si esto sucede, usted deberá pagar el costo total de sus medicamentos con receta.

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

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso de la parte que nos corresponde del costo. Recuerde que solo cubrimos farmacias fuera de la red en circunstancias limitadas. Para obtener una discusión de estas circunstancias, consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5.

5. Cuando usted paga el costo total de un medicamento con receta porque no lleva con usted su tarjeta de miembro del plan

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

6. Cuando usted paga el costo total de un medicamento con receta en otras situaciones

Usted puede pagar el costo total del medicamento con receta porque se da cuenta de que el medicamento no tiene cobertura por alguna razón.

- Por ejemplo, el medicamento puede no estar en la *Lista de medicamentos cubiertos del plan (Formulario)* o podría tener un requisito o una restricción que usted no conocía o que no cree que debería aplicarse a usted. Si usted decide obtener el medicamento de inmediato, es posible que deba pagar su costo total.
- Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso. En algunas situaciones, puede ser necesario obtener más información de su médico para reembolsarle nuestra parte del costo del medicamento.

Cuando nos envía una solicitud de pago, revisaremos su solicitud y decidiremos si se debe cubrir el servicio o medicamento. A esto se lo denomina tomar una “decisión de cobertura”. Si decidimos que deben ser cubiertos, pagaremos la parte que nos corresponde del costo del servicio o medicamento. Si rechazamos su solicitud de pago, usted puede apelar nuestra decisión. En el Capítulo 9 de este documento, se incluye información sobre cómo presentar una apelación.

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

Sección 2.1 Cómo y adónde enviarnos su solicitud de pago

Puede solicitarnos que le reembolsemos mediante el envío de una solicitud por escrito. Si envía una solicitud por escrito, envíe su factura y la documentación de cualquier pago que haya realizado. Es buena idea hacer una copia de su factura y de los recibos para sus registros. Para servicios o productos médicos, **debe presentarnos la reclamación dentro de los 365 días** a partir de la fecha en que recibió el servicio, producto o medicamento. Para medicamentos de la Parte D, **debe presentarnos la reclamación dentro de los tres (3) años** a partir de la fecha en que recibió el servicio, producto o medicamento con receta.

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

Para productos o servicios médicos, envíenos su solicitud de pago, junto con cualquier factura o recibo pagado, a la siguiente dirección:

Mercy Care Advantage
Attn: Departamento de Servicios para Miembros
4500 E. Cotton Center Blvd.
Phoenix, AZ 85040

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

Medicare Part D Paper Claim
P.O. Box 52066
Phoenix, AZ 85072-2066

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

Sección 3.1 Comprobamos si debemos cubrir el servicio o el medicamento y cuánto debemos

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

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento están cubiertos y que usted ha cumplido todas las normas, pagaremos nuestra parte del costo del servicio. Si ya ha pagado por el servicio o medicamento, le enviaremos por correo su reembolso de nuestra parte del costo. Si aún no ha pagado por el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo el pago directamente al proveedor.
- Si tomamos la decisión de *no* cubrir el medicamento o la atención médica, o bien, si usted *no* cumplió con todas las normas, no pagaremos la parte que nos corresponde del costo de la atención o el medicamento. 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 comunicamos que no pagaremos, en su totalidad o en parte, el medicamento o la atención médica, puede presentar una apelación
--

Si usted piensa que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago o 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 detalles sobre cómo presentar esta apelación, consulte el Capítulo 9 de este documento.

CAPÍTULO 8:

Sus derechos y responsabilidades

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

Sección 1.1	<p>We must provide information in a way that works for you and consistent with your cultural sensitivities (in languages other than English, in braille, in large print, or other alternate formats, etc.)</p> <p>Debemos proveer información en una forma que funcione para usted (en idiomas distintos inglés, en braille, en letra grande, o en otros formatos alternos, etc.)</p>
--------------------	---

Your plan is required to ensure that all services, both clinical and non-clinical, are provided in a culturally competent manner and are accessible to all enrollees, including those with limited English proficiency, limited reading skills, hearing incapacity, or those with diverse cultural and ethnic backgrounds. Examples of how a plan may meet these accessibility requirements include, but are not limited to provision of translator services, interpreter services, teletypewriters, or TTY (text telephone or teletypewriter phone) connection.

Se requiere que su plan garantice 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 dominio limitado del inglés, habilidades de lectura limitadas, incapacidad auditiva o aquellos con diversos orígenes culturales y étnicos. Los ejemplos de cómo un plan puede cumplir con estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros, la prestación de servicios de traductor, servicios de intérprete, teletipos o conexión TTY (teléfono de texto o teléfono de teletipo).

Our plan has free interpreter services available to answer questions from non-English speaking members. We can provide certain written materials in languages other than English and Spanish. We can also give you information in braille, in large print, or other alternate formats at no cost if you need it. We are required to give you information about the plan's benefits in a format that is accessible and appropriate for you. To get information from us in a way that works for you, please call Member Services.

Nuestro plan cuenta con personas y servicios de interpretación gratuitos disponibles para contestar preguntas de los miembros discapacitados y de aquellos que no hablan inglés. Nosotros también podemos proveerle información en braille, en letra grande, o en otros formatos alternos sin costo si usted lo necesita. Se requiere que nosotros le proveamos información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted. Para obtener información de nosotros de una manera que funcione para usted, por favor llame a Servicios al Miembro (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este folleto).

Our plan is required to give female enrollees the option of direct access to a women's health specialist within the network for women's routine and preventive health care services.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

If providers in the plan's network for a specialty are not available, it is the plan's responsibility to locate specialty providers outside the network who will provide you with the necessary care. In this case, you will only pay in-network cost sharing. If you find yourself in a situation where there are no specialists in the plan's network that cover a service you need, call the plan for information on where to go to obtain this service at in-network cost sharing.

Nuestro plan es necesario para dar a las mujeres inscritas la opción de acceso directo a un especialista en salud de la mujer dentro de la red para los servicios de atención médica preventiva y de rutina para las mujeres.

Si los proveedores de la red del plan para una especialidad no están disponibles, es responsabilidad del plan localizar proveedores especializados fuera de la red que le brindarán la atención necesaria. En este caso, solo pagará costos compartidos dentro de la red. Si se encuentra en una situación en la que no hay especialistas en la red del plan que cubran un servicio que necesita, llame al plan para obtener información sobre dónde ir para obtener este servicio a costos compartidos dentro de la red.

If you have any trouble getting information from our plan in a format that is accessible and appropriate for you, please call to file a grievance with Member Services at **602-586-1730** or **1-877-436-5288** (TTY **711**). Representatives are available 8:00 a.m. – 8:00 p.m., 7 days a week. You may also file a complaint with Medicare by calling 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) or directly with the Office for Civil Rights 1-800-368-1019 or TTY 1-800-537-7697.

Si tiene usted cualquier problema obteniendo información de nuestro plan en un formato accesible y apropiado para usted, por favor llame a Servicios al Miembro para presentar una queja al **602-586-1730** ó al **1-877-436-5288** (TTY al 711). Los representantes están disponibles de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., 7 días de la semana. Usted también puede presentar una queja con Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) ó directamente con la Oficina de Derechos Civiles. La información de contacto se incluye en esta Evidencia de Cobertura, o usted puede ponerse en contacto con Servicios al Miembro al **602-586-1730** ó al **1-877-436-5288** (TTY al 711) para información adicional.

Sección 1.2	Debemos asegurarnos de que tiene acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos
--------------------	--

Tiene derecho a elegir un proveedor de atención primaria (PCP) de la red del plan que brinde y coordine los servicios cubiertos. También tiene derecho a consultar con un especialista en salud de la mujer (como un ginecólogo) sin necesidad de una remisión.

Tiene derecho a programar citas con los proveedores de la red del plan y recibir los servicios cubiertos que estos le hayan proporcionado *dentro de un plazo razonable*. Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunos de los especialistas cuando necesite dicha atención. También tiene derecho a obtener sus medicamentos con receta o a resurtirlos en cualquiera de las farmacias de nuestra red, sin demoras prolongadas.

Si cree que no está recibiendo su atención médica o los medicamentos de la Parte D dentro de un tiempo razonable, el Capítulo 9 le indica qué puede hacer.

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

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

- Su “información personal de salud” incluye la información personal que nos suministró cuando se inscribió en este plan, así como sus registros médicos y otra información médica y de salud.
- Usted tiene derechos relacionados con su información y la forma en que se utiliza su información de salud. Le enviamos un aviso por escrito, que se denomina “Notice of Privacy Practice” (Aviso sobre prácticas de privacidad), en el que se le informa sobre estos derechos y se le explica cómo protegemos la privacidad de la información de salud.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información de salud?

- Nos aseguramos de que personas no autorizadas no vean ni cambien sus registros.
- Excepto por las circunstancias indicadas a continuación, si nuestra intención es proporcionarle su información de salud a otra persona que no le brinda atención ni paga por ella, *tenemos la obligación de pedirle su autorización por escrito a usted o a alguien a quien usted le haya dado el poder legal de tomar decisiones por usted primero.*
- Hay ciertas excepciones que no nos obligan a obtener antes su permiso por escrito. Estas excepciones las permite o exige la ley.
 - Se nos exige dar a conocer información de salud a agencias del Gobierno que controlan la calidad de la atención.
 - Dado que usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, se nos requiere proporcionarle a Medicare su información de salud, incluida la información acerca de sus medicamentos con receta de la Parte D. Si Medicare publica su información para investigación u otros usos, esto se hará de acuerdo con los estatutos y las reglamentaciones federales; por lo general, esto requiere que la información que lo identifica de manera única no sea compartida.

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

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

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

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

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

Aviso sobre prácticas de privacidad

Este aviso describe cómo puede usarse y divulgarse su información médica y cómo puede acceder usted a esta información. Revíselo detenidamente.

A qué nos referimos cuando decimos “información de salud”

Empleamos la frase “información de salud” cuando nos referimos a información que lo identifica. Algunos ejemplos son los siguientes:

- Nombre
- Fecha de nacimiento
- Atención médica recibida
- Montos pagados por la atención

Cómo utilizamos y compartimos su información de salud

Como ayuda para cuidar de usted: Podemos utilizar su información de salud para ayudar con su atención médica. También la utilizamos para decidir qué servicios están cubiertos por sus beneficios. Podemos decirle qué servicios puede obtener, como controles o exámenes médicos. También podemos recordarle sus citas. Podemos compartir su información de salud con otras personas que le brindan atención, como médicos o farmacias. Podemos usar un sitio web privado de Internet para compartir su información de salud con las personas que le brindan atención. Si ya no forma parte de nuestro plan, le daremos, con su autorización, su información de salud a su nuevo médico.

Con familiares y amigos: Podemos compartir su información de salud con alguien que le brinde ayuda. Es posible que se trate de personas que lo ayuden con su atención o a pagar por ella. Por ejemplo, si usted sufre un accidente, es posible que necesitemos hablar con una de esas personas. Si usted no desea que divulguemos su información de salud, llámenos.

Si es menor de dieciocho años y no desea que divulguemos su información de salud a sus padres, llámenos. Podemos brindar ayuda en algunos casos si lo permite la ley estatal.

Para el pago: Es posible que les brindemos su información de salud a las personas que pagan su atención. Su médico debe entregarnos un formulario de reclamación que incluya su información de salud. Además, podemos utilizar su información de salud para revisar la atención que le brinda su médico. También podemos controlar los servicios de salud que usted utiliza.

En operaciones de atención médica: Podemos utilizar su información de salud para hacer nuestro trabajo. Por ejemplo, podemos utilizar esta información para lo siguiente:

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

- Promoción de la salud
- Administración de casos
- Mejora de la calidad
- Prevención de fraude
- Prevención de enfermedades
- Asuntos legales

Es posible que un administrador de casos trabaje con su médico. Este puede informarle sobre programas o lugares que puedan ayudarlo con su problema de salud. Si nos llama para hacernos alguna pregunta, necesitamos consultar su información de salud para poder darle una respuesta.

Cómo compartimos su información con otras empresas

Es posible que compartamos su información de salud con otras empresas. Lo hacemos por los motivos que explicamos anteriormente. Por ejemplo, puede que el transporte esté cubierto en su plan. Entonces, es posible que compartamos su información de salud con los responsables del transporte para ayudarlo a asistir al consultorio del médico. Si usted está en una silla de ruedas con motor, se lo informaremos para que envíen una camioneta en vez de un automóvil a buscarlo.

Otros motivos por los que podríamos compartir su información de salud

También es posible que compartamos su información de salud por los siguientes motivos:

- Seguridad pública: para brindar ayuda con asuntos como el abuso infantil y las amenazas a la salud pública.
- Investigación: con investigadores, después de tomar los recaudos necesarios para proteger su información.
- Socios comerciales: con las personas que nos brindan servicios. Estas se comprometen a mantener su información segura.
- Reglamentaciones para la industria: con las agencias federales y estatales que nos controlan para asegurarse de que estemos haciendo un buen trabajo.
- Cumplimiento de la ley: con el personal federal, estatal y local responsable del cumplimiento de las leyes.
- Acciones legales: con los tribunales por asuntos legales o demandas.

Motivos por los que necesitaremos su autorización escrita

Excepto en los casos mencionados anteriormente, le pediremos su autorización antes de utilizar o compartir su información de salud. Por ejemplo, le pediremos autorización en las siguientes circunstancias:

- Por motivos de comercialización que no tengan ninguna relación con su plan de salud.
- Antes de compartir cualquier nota de psicoterapia.
- Para la venta de su información de salud.
- Por otros motivos requeridos por la ley.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

Puede retirar su autorización en cualquier momento. Para retirar su autorización, escríbanos. No podemos utilizar ni compartir su información genética cuando tomamos la decisión de brindarle un seguro de atención médica.

Cuáles son sus derechos

Tiene derecho a revisar su información de salud.

- Puede pedirnos una copia de su información de salud.
- Puede solicitar sus registros médicos. Llame al consultorio de su médico o al lugar donde recibió atención.

Tiene derecho a solicitarnos que modifiquemos su información de salud.

- Puede solicitarnos que modifiquemos su información de salud si considera que es incorrecta.
- Si nosotros no estamos de acuerdo con la modificación que usted pidió, solicítenos presentar una declaración escrita de desacuerdo.

Tiene derecho a obtener una lista de las personas o los grupos con quienes hemos compartido su información de salud.

Tiene derecho a solicitarnos que nos comuniquemos con usted de un modo privado.

- Si considera que el modo en el que nos comunicamos con usted no es lo suficientemente privado, llámenos.
- Haremos todo lo posible para comunicarnos con usted de un modo que sea más privado.

Tiene derecho a solicitarnos que tengamos un cuidado especial en cuanto al modo en que utilizamos o compartimos su información de salud.

- Es posible que utilicemos o compartamos su información de salud de las maneras que se describen en este aviso.
- Puede solicitarnos que no utilicemos ni compartamos su información de estas maneras. Esto incluye compartir la información con personas que estén involucradas en su atención médica.
- No es necesario que estemos de acuerdo, pero lo consideraremos con detenimiento.

Tiene derecho a saber si se compartió su información de salud sin su autorización.

- Si esto ocurre, se lo informaremos por medio de una carta.

Llámenos sin cargo al **1-800-624-3879**, (TTY 711) para lo siguiente:

- Solicitarnos que hagamos algo de lo mencionado anteriormente.
- Solicitarnos una copia impresa de este aviso.
- Hacernos preguntas sobre este aviso.

También tiene derecho a enviarnos un reclamo. Si considera que se han infringido sus derechos, escríbanos a la siguiente dirección:

Mercy Care

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

Attn: Compliance
4500 E. Cotton Center Blvd.
Phoenix, AZ 85040

También puede presentar un reclamo ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Sociales. Llámenos para pedirnos la dirección.

Si usted no está conforme y se lo comunica a la Oficina de Derechos Civiles, no perderá la membresía del plan ni los servicios de atención médica. No utilizaremos el reclamo en su contra.

Cómo protegemos su información

Protegemos su información de salud con procedimientos específicos. Por ejemplo, protegemos los accesos a nuestras computadoras y las entradas a nuestras instalaciones. Esto nos ayuda a bloquear los ingresos no autorizados. Cumplimos con todas las leyes federales y estatales aplicables para proteger su información de salud.

Modificaciones de este aviso

Por ley, debemos mantener la privacidad de su información de salud. Debemos cumplir con lo que se establece en este aviso. También tenemos derecho a efectuar cambios en este aviso. Si lo hacemos, estos se aplicarán a toda su información que tengamos ahora u obtengamos en el futuro. Puede obtener una copia del aviso más reciente.

Sección 1.4	Debemos proporcionarle información acerca del plan, su red de proveedores y sus servicios cubiertos
--------------------	--

Como miembro de Mercy Care Advantage, usted tiene derecho a obtener de nosotros varios tipos de información.

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

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera del plan.
- **Información acerca de nuestros proveedores y farmacias de la red.** Usted tiene derecho a obtener información sobre las calificaciones de los proveedores y las farmacias de nuestra red y cómo pagamos a los proveedores de nuestra red.
- **Información acerca de su cobertura y las normas que debe seguir para usarla.** Los Capítulos 3 y 4 proporcionan información sobre los servicios médicos. Los Capítulos 5 y 6 proporcionan información sobre la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.
- **Información sobre los motivos por lo que algo no está cubierto y lo que puede hacer al respecto.** En el Capítulo 9, se incluye información sobre 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 tiene algún tipo de restricción. El Capítulo 9 también proporciona información sobre cómo solicitarnos que cambiemos una decisión, también denominada una apelación.

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

Usted tiene derecho a conocer sus opciones de tratamiento y participar en las decisiones sobre su atención médica

Tiene derecho a obtener la información completa de sus médicos y de otros proveedores de atención médica. Sus proveedores deben explicar su afección médica y sus opciones de tratamiento *de manera que usted pueda comprender*.

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

- **Saber acerca de todas sus opciones.** Usted tiene el derecho a que se le informe sobre todas las opciones de tratamiento que se recomiendan para su afección, independientemente de su costo o si son cubiertas por nuestro plan. También incluye la información sobre los programas que nuestro plan ofrece para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos y usarlos de forma segura.
- **Saber acerca de los riesgos.** Usted tiene el derecho a que se le informe sobre los riesgos involucrados en su atención médica. Se le debe informar por adelantado si alguna atención médica o tratamiento propuesto es parte de un experimento de investigación. Usted siempre tiene la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.
- **El derecho a decir “no”.** Usted tiene el derecho a rechazar cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a retirarse de un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja quedarse. También tiene el derecho a dejar de tomar su medicamento. Desde luego que si rechaza el tratamiento o deja de tomar los medicamentos, usted acepta la responsabilidad plena de lo que le ocurra a su cuerpo como consecuencia de ello.

Usted tiene derecho a dar instrucciones sobre lo que debe hacerse si está inhabilitado para tomar decisiones médicas por usted mismo

A veces, las personas no pueden tomar decisiones sobre su atención médica por sí solas a causa de algún accidente o enfermedad grave. Usted tiene derecho a decir lo que desea que suceda si está en esta situación. Esto significa que, *si así lo desea*, usted puede realizar lo siguiente:

- Llenar un formulario por escrito para otorgarle a **alguien la autoridad legal para tomar decisiones médicas por usted** en caso de que alguna vez no tenga la capacidad de tomar decisiones por sí mismo.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

- **Darles a sus médicos instrucciones por escrito** acerca de cómo desea que manejen su atención médica en caso de que no tenga la capacidad para tomar decisiones por sí mismo.

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

Si desea utilizar una “instrucciones anticipadas”, para dar a conocer sus instrucciones, esto es lo que debe hacer:

- **Obtener el formulario.** Puede obtener un formulario de instrucciones anticipadas de su abogado, del asistente social, o puede conseguir uno en algunas tiendas de artículos para oficina. A veces se pueden obtener formularios de instrucciones anticipadas de organizaciones que ofrecen información sobre Medicare. También puede comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros y solicitar los formularios.
- **Completarlo y firmarlo.** Independientemente del lugar donde obtenga este formulario, tenga en cuenta que se trata de un documento legal. Debe considerar solicitarle a un abogado que lo ayude a prepararlo.
- **Entregarles copias a las personas pertinentes.** Debe entregarles una copia del formulario a su médico y a la persona que nombre en el formulario que puede tomar decisiones por usted si usted no puede. Quizás desee darles copias a algunos amigos cercanos o miembros de la familia. Guarde una copia en casa.

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

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

¿Qué pasa si sus instrucciones no se siguen?

Si ha firmado instrucciones anticipadas y cree que un médico o el hospital no han respetado las instrucciones que allí menciona, puede presentar un reclamo ante la División de Derechos Civiles de la Oficina del Procurador General de Arizona al: 602-542-5263 o al 1-877-491-5742, TDD 602-542-5002.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

RECURSOS

Existen grupos que puede contactar para que actúen como su defensor. La defensa de salud implica un servicio directo para usted y su familia, que puede ayudar a promover la salud y el acceso para la atención médica. Un defensor es alguien que apoya y protege sus derechos.

A continuación, se mencionan varios recursos de defensa.

Oficina del Procurador General de Arizona
2005 N. Central Ave.
Phoenix, AZ 85004
602-542-5025
www.azag.gov

Oficina del Procurador General de Arizona - Tucson
400 W. Congress, Ste. 315
Tucson, AZ 85701
520-628-6504

Departamento de Seguridad Económica
Administración de Servicios para Adultos y Personas de la Tercera Edad
1789 W. Jefferson St.
Phoenix, AZ 85007
602-542-4446
<https://des.az.gov/>

Es posible que su Agencia de Área sobre el Envejecimiento local o su centro para personas de edad avanzada local también tengan formularios e información.

La siguiente organización nacional también proporciona información y formularios de directrices de atención médica:

AARP
601 E. St., N.W.
Washington, D.C. 20049
1-888-687-2277
<https://states.aarp.org/arizona/>

Las siguientes organizaciones proporcionarán información y responderán preguntas sobre las instrucciones de atención médica y los asuntos legales relacionados:

Arizona Senior Citizens Law Project
(Ofrece asistencia a personas mayores en el condado de Maricopa)
4146 N 12th St.
Phoenix, AZ 85014
602-252-6710

Community Legal Services
305 S. 2nd Ave.
Phoenix, AZ 85003
602-258-3434
www.clsaz.org

**Sección 1.6 Usted tiene derecho a presentar reclamos y pedirnos
reconsiderar decisiones que hayamos tomado**

Si tiene algún problema, inquietud o reclamos y necesita solicitar cobertura, o presentar una apelación, el Capítulo 9 de este documento le indica qué puede hacer. Independientemente de lo que haga, ya sea solicitar una decisión de cobertura, presentar una apelación o un reclamo, **estamos obligados a tratarlo con imparcialidad.**

**Sección 1.7 ¿Qué puede hacer si cree que está siendo tratado
injustamente o que sus derechos no son respetados?**

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

Si siente que no se le ha tratado con imparcialidad o que no se han respetado sus derechos debido a cuestiones de 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 Sociales al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a su Oficina de Derechos Civiles local.

¿Se trata de algo diferente?

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

- Puede **llamar al Departamento de Servicios para miembros.**
- Puede **llamar al SHIP.** Para obtener detalles, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
- O bien, **puede llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos

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

- Puede **llamar al Departamento de Servicios para miembros.**
- Puede **llamar al SHIP.** Para obtener detalles, 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).
- También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan

Lo que tiene que hacer como miembro del plan se enumera a continuación. Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros.

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las normas que debe seguir para obtenerlos.** En esta Evidencia de cobertura, aprenderá lo que está cubierto y las normas que debe cumplir para obtener estos servicios cubiertos.
 - Los Capítulos 3 y 4 dan más detalles sobre sus servicios médicos.
 - En los Capítulos 5 y 6 se proporcionan detalles sobre la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.
- **Si, además de nuestro plan, tiene cobertura de otro seguro de salud u otra cobertura para medicamentos con receta, debe comunicárnoslo.** El Capítulo 1 le informa sobre la coordinación de estos beneficios.
- **Dígalos a su médico y a otros proveedores de atención médica que está inscrito en nuestro plan.** Muestre la tarjeta de miembro del plan y su tarjeta de AHCCCS (Medicaid) cada vez que obtenga atención médica o medicamentos con receta de la Parte D.
- **Permita que sus médicos y otros proveedores le ayuden dándole información, haciendo preguntas y realizando un seguimiento de su atención médica.**
 - Para ayudar a obtener la mejor atención, infórmele a sus médicos y a otros proveedores de salud sobre sus problemas de salud. Siga las instrucciones y planes de tratamiento que usted y sus médicos acordaron.
 - Asegúrese de que los médicos conozcan todos los medicamentos que está tomando, incluidos los medicamentos de venta libre, las vitaminas y los suplementos
 - Si tiene preguntas, 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.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:
 - Debe seguir pagando las primas de Medicare para seguir 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 el monto adicional por la Parte D debido a sus ingresos más elevados (como se informa en su última declaración de impuestos), debe seguir pagando este monto directamente al gobierno para seguir siendo miembro del plan.
- **Si se muda *dentro* del área de servicio, debemos saberlo** para mantener actualizado su registro de membresía y para saber cómo podemos ponernos en contacto con usted.
- **Si se muda *fuera* del área de servicio de nuestro plan, no puede seguir siendo miembro del plan.**
- Si se muda, también es importante que se lo comunique al Seguro Social (o a la Junta de jubilación para ferroviarios).

CAPÍTULO 9:

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

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

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Lo que debe hacer si tiene un problema o una inquietud

Este capítulo explica los procesos para el manejo de problemas e inquietudes. El proceso que utilice para manejar su problema depende de dos aspectos:

1. Si su problema está relacionado con los beneficios cubiertos por **Medicare** o AHCCCS (**Medicaid**). Si necesita ayuda para decidir si debe usar el proceso de Medicare o el proceso de AHCCCS (Medicaid), o ambos, póngase en contacto con el Departamento de Servicios para Miembros.
2. El tipo de problema que tenga:
 - Para algunos problemas, debe utilizar el **proceso de decisiones de cobertura y apelaciones**.
 - Para otros problemas, debe utilizar el **proceso de presentación de reclamos**; también denominado quejas.

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

La guía de la Sección 3 le ayudará a identificar el proceso correcto para seguir y lo que debe hacer.

Sección 1.2 Acerca de los términos legales

Existe terminología legal para algunas de las normas, los procedimientos y los tipos de plazos que se explican en este capítulo. Muchos de estos términos son desconocidos para la mayoría de las personas y pueden ser difíciles de entender. Para facilitar la comprensión, este capítulo:

- Usa palabras más simples en vez de utilizar ciertos términos legales. Por ejemplo, en este capítulo aparece “presentar un reclamo” en lugar de “interponer una queja”, “decisión de cobertura” en lugar de “determinación de la organización”, “determinación de cobertura” o “determinación de riesgo”, y “organización de revisión independiente” en lugar de “Entidad de revisión independiente”.
- También se evita al máximo el uso de abreviaturas.

Sin embargo, puede ser útil, y a veces muy importante, que usted sepa los términos legales correspondientes. Saber qué términos usar lo ayudará a comunicarse con mayor precisión para obtener la ayuda o la información correctas para su situación. Para ayudarlo a saber qué términos utilizar, incluimos términos legales cuando damos los detalles para el manejo de determinados tipos de situaciones.

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

Sección 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada

Siempre estamos a su disposición para ayudarlo. Incluso si tiene un reclamo sobre nuestro tratamiento para usted, tenemos la obligación de respetar su derecho a quejarse. Por lo tanto, siempre debe comunicarse 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 en seguros de salud (SHIP)

Cada estado tiene un programa gubernamental que cuenta 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 el proceso que debe utilizar para tratar el problema que tenga. Además, ellos también pueden responder sus preguntas, darle más información y orientarlo sobre lo que debe hacer.

Los servicios ofrecidos por los asesores del SHIP son gratuitos. Encontrará los números de teléfono y las direcciones URL del sitio web en la Sección 3 del Capítulo 2 de este documento.

Medicare

También puede comunicarse con Medicare para obtener ayuda. Para comunicarse con Medicare:

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

Puede obtener ayuda e información de AHCCCS (Medicaid)

- Puede llamar al 602-417-4000 o al 1-800-654-8713.
- Puede visitar el sitio web de AHCCCS (Medicaid) (www.azahcccs.gov).

También puede obtener ayuda e información de Livanta (la Organización para la mejora de la calidad de Arizona)

- Puede llamar al 1-877-588-1123 (TTY 1-855-887-6668).
- Puede visitar el sitio web de Livanta (www.livantaqio.com).

También puede obtener ayuda e información de la Oficina de Asistencia para Ciudadanos del Defensor del Pueblo de Arizona

- Puede llamar al 602-277-7292 o al 1-800-872-2879.
- Puede visitar el sitio web del Defensor del Pueblo de Arizona (www.azoca.gov).

SECCIÓN 3 ¿Qué proceso debe utilizar para resolver su problema?

Debido a que usted tiene Medicare y recibe asistencia de AHCCCS (Medicaid), cuenta con diferentes procesos que puede usar para manejar un problema o un reclamo. El proceso que utilice dependerá de si el problema está relacionado con los beneficios de Medicare o con los beneficios de AHCCCS (Medicaid). Si su problema está relacionado con un beneficio cubierto por Medicare, entonces deberá usar el proceso de Medicare. Si su problema está relacionado con un beneficio cubierto por AHCCCS (Medicaid), entonces deberá usar el proceso de AHCCCS (Medicaid). Si necesita ayuda para decidir si debe usar el proceso de Medicare o el proceso de AHCCCS (Medicaid) póngase en contacto con el Departamento de Servicios para Miembros.

El proceso de Medicare y el proceso de AHCCCS (Medicaid) se describen en diferentes partes de este capítulo. Para saber qué parte debería leer, consulte la siguiente tabla.

¿Su problema está relacionado con los beneficios de Medicare o con los beneficios de AHCCCS (Medicaid)?

Si necesita ayuda para decidir si su problema está relacionado con los beneficios de Medicare o con los beneficios de AHCCCS (Medicaid) póngase en contacto con el Departamento de Servicios para Miembros.

Mi problema está relacionado con los beneficios de **Medicare**.

Vaya a la siguiente sección de este capítulo, **Sección 4, “Manejo de problemas relacionados con sus beneficios de Medicare”**.

Mi problema es sobre la cobertura de **AHCCCS (Medicaid)**.

Vaya a la **Sección 12** de este capítulo, **“Manejo de problemas relacionados con sus beneficios de AHCCCS (Medicaid)”**.

PROBLEMAS RELACIONADOS CON SUS BENEFICIOS DE MEDICARE

SECCIÓN 4 Manejo de problemas relacionados con sus beneficios de Medicare

Sección 4.1	¿Debe usar el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones? ¿O debe utilizar el proceso para presentar reclamos?
--------------------	---

Si tiene un problema o una inquietud, solo necesita leer las partes del capítulo que se aplican a su situación. La siguiente tabla le ayudará a encontrar la sección correcta de este capítulo sobre problemas o reclamos relacionados con los **beneficios cubiertos por Medicare**.

Para saber qué parte de este capítulo le ayudará con su problema o inquietud sobre sus beneficios de **Medicare**, utilice esta tabla:

¿Su problema o inquietud tiene que ver con sus beneficios o cobertura?

Esto incluye los problemas sobre si la atención médica o los medicamentos con receta 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 sección siguiente de este capítulo, **Sección 5, “Una guía para los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones”**.

No.

Vaya a la **Sección 11** al final de este capítulo: **“Cómo presentar un reclamo sobre la calidad de la atención, los plazos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes”**.

SECCIÓN 5 Guía para los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones

Sección 5.1	Cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: panorama general
--------------------	---

Las decisiones de cobertura y las apelaciones tratan los problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura, 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.

Cómo solicitar decisiones de cobertura antes de recibir servicios

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y la cobertura, o con relación al monto que pagaremos por sus servicios médicos o medicamentos. Tomamos una decisión de cobertura cada vez que decidimos lo que está cubierto para usted y cuánto tenemos que pagar. Por ejemplo, su médico de la red del plan toma una decisión de cobertura (favorable) para usted, siempre que reciba atención médica de él/ella o si su médico de la red lo remite a un especialista. Usted o su médico también puede contactarnos y pedirnos una decisión de cobertura si su médico no está seguro de si cubriremos un servicio médico particular o nos rehusamos a brindarle la atención médica que usted cree que necesita. En otras palabras, si usted quiere saber si cubriremos un servicio médico antes de recibirlo, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura para usted. En circunstancias limitadas, se rechazará una solicitud de una decisión de cobertura, que implica que no revisaremos la solicitud. Los ejemplos de cuándo se rechazará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si presenta la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo o si usted pide que se retire su solicitud. Si rechazamos una solicitud de una decisión de cobertura, le enviaremos un aviso en el que se expliquen los motivos del rechazo y cómo pedir su revisión.

En algunos casos, podríamos decidir que el servicio o el medicamento no está cubierto o que ya no tiene cobertura de Medicare para usted. Si está en desacuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura y no está satisfecho, usted puede “apelar” la decisión. Una apelación es una manera formal de pedirnos revisar y modificar 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 a los que tomaron la decisión original.

Cuando apela una decisión por primera vez, esto se denomina apelación de Nivel 1. En este tipo de apelación, revisamos la decisión de cobertura que hemos tomado para comprobar si seguimos correctamente las normas. Cuando hayamos completado la revisión, le comunicaremos nuestra decisión.

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

En circunstancias limitadas, se rechazará una solicitud de una apelación de Nivel 1, que implica que no revisaremos la solicitud. Los ejemplos de cuándo se rechazará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si presenta la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo o si usted pide que se retire su solicitud. Si rechazamos una solicitud de una apelación de Nivel 1, le enviaremos un aviso en el que se expliquen los motivos del rechazo y cómo pedir su revisión.

Si rechazamos la totalidad o parte de su apelación de Nivel 1, su apelación se enviará automáticamente al Nivel 2. A la apelación de Nivel 2 la evalúa organización de revisión independiente que no está conectada con nuestro plan.

- No es necesario que haga nada para comenzar una apelación de Nivel 2. Las normas de Medicare requieren que enviemos automáticamente su apelación al Nivel 2 si no estamos totalmente de acuerdo con su apelación de Nivel 1.
- Consulte la **Sección 6.4** de este capítulo para obtener más información sobre las apelaciones de Nivel 2.

Si no está satisfecho con la decisión de la apelación de Nivel 2, es posible que pueda avanzar a niveles adicionales de apelación (la Sección 10 de este capítulo explica los procesos de apelaciones de Nivel 3, 4 y 5).

Sección 5.2	Cómo obtener ayuda cuando está pidiendo una decisión de cobertura o presentando una apelación
--------------------	--

Entre los recursos que puede utilizar si decide solicitar algún tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión, se encuentran los siguientes:

- **Puede llamarnos al Departamento de Servicios para Miembros.**
- **Puede obtener ayuda gratuita** de su Programa estatal de asistencia en seguros de salud.
- **Su médico puede realizar la solicitud por usted.** Si su médico ayuda con una apelación superior al Nivel 2, se lo deberá designar como su representante. Comuníquese con el Departamento de Servicios para 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 o en nuestro sitio web en www.MercyCareAZ.org).
- Para la atención médica, su médico puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si se deniega su apelación de Nivel 1, esta se enviará automáticamente al Nivel 2.
- Para los medicamentos con receta de la Parte D, su médico u otra persona autorizada a dar recetas pueden solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si se deniega su apelación de Nivel 1, su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden solicitar una apelación de Nivel 2.

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

- **Puede solicitar que alguien actúe en su nombre.** Si así lo desea, puede designar a otra persona para que actúe en su nombre como su “representante”, para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
 - Si desea que un amigo, familiar u otra persona sea su representante, llame al Departamento de Servicios para Miembros y pida 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 o en nuestro sitio web en www.MercyCareAZ.org). El formulario le otorga a esa persona la autorización de actuar en su nombre. El formulario debe estar firmado por usted y por la persona que usted desea que actúe en su nombre. Usted debe darle al plan una copia del formulario firmado.
 - Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos comenzar ni terminar nuestra revisión si no lo recibimos. Si no recibimos el formulario dentro de los 44 días calendario después de recibir la solicitud de apelación (nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación), su solicitud de apelación será rechazada. Si esto sucede, le enviaremos un aviso por escrito en el que se explicará su derecho a solicitar que una organización de revisión independiente revise nuestra decisión de desestimar su apelación.
- **También tiene derecho a contratar a un abogado.** Puede comunicarse con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado de su colegio de abogados local u otro servicio de remisión. También existen grupos que le proporcionarán servicios legales gratuitos si usted reúne los requisitos. Sin embargo, **no es obligatorio que contrate a un abogado** para que pida algún tipo de decisión de cobertura o apelación de una decisión.

Sección 5.3	¿Cuál sección de este capítulo proporciona los detalles de su situación?
--------------------	---

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

- **Sección 6** de este capítulo: “Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación”.
- **Sección 7** de este capítulo: “Sus medicamentos con receta de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación”.
- **Sección 8** de este capítulo: “Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto”.
- **Sección 9** de este capítulo: “Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo algunos servicios médicos si cree que su cobertura está finalizando demasiado pronto” (*Se aplica solo a estos servicios*: servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada y servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos [CORF]).

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

Si no está seguro de qué sección debe estar usando, llame al Departamento de Servicios para Miembros. También puede obtener ayuda o información de las organizaciones gubernamentales, como su Programa estatal de asistencia en seguros de salud.

SECCIÓN 6 Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura

Sección 6.1	Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura para atención médica o si desea que le reembolsemos nuestra parte del costo de su atención
--------------------	--

En esta sección se describen los beneficios que tiene en cuanto a servicios y atención médica. Estos beneficios se detallan en el Capítulo 4 de este documento: *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)*. Para simplificar las cosas, en general, hablaremos de “cobertura de atención médica” o “atención médica”, que incluye productos y servicios médicos, y medicamentos con receta de la Parte B de Medicare. En algunos casos, se aplican diferentes normas para la solicitud de un medicamento con receta de la Parte B. En estos casos, le explicaremos cómo las normas de los medicamentos con receta de la Parte B son diferentes de las normas para los productos y servicios médicos.

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

1. No está recibiendo la atención médica que quiere y cree que nuestro plan cubre dicha atención. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 6.2.**
2. Nuestro plan no aprobará la atención médica que desea brindarle su médico u otro proveedor médico, y usted cree que el plan cubre dicha atención. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 6.2.**
3. Recibió atención médica que cree que el plan debería cubrir, pero le hemos comunicado que no pagaremos dicha atención. **Presente una apelación. Sección 6.3.**
4. Recibió atención médica y pagó por ella, y cree que el plan debería cubrirla, por lo que quiere solicitar que nuestro plan le reembolse el costo de esta atención. **Envíenos la factura. Sección 6.5.**
5. Se le comunica que la cobertura que tenía para determinados servicios de atención médica que estaba recibiendo se reducirá o interrumpirá, y usted cree que esto podría perjudicar su salud. **Presente una apelación. Sección 6.3.**

Nota: Si la cobertura que se va a interrumpir es para atención hospitalaria, servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF), debe leer las Secciones 7 y 8 de este capítulo. Se aplican normas especiales a estos tipos de atención.

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

Sección 6.2 Paso a paso: cómo solicitar una decisión de cobertura

Términos legales

Cuando una decisión de cobertura incluye su atención médica, se la denomina una **“determinación de la organización”**.

Una “decisión rápida de cobertura” se denomina una **“determinación acelerada”**.

Paso 1: Decida si necesita una “decisión estándar de cobertura” o una “decisión rápida de cobertura”.

Por lo general, se toma una “decisión estándar de cobertura” dentro de los 14 días o 72 horas para los medicamentos de la Parte B. Generalmente, se toma una “decisión rápida de cobertura” dentro de las 72 horas, por servicios médicos, o durante las 24 horas para los medicamentos de la Parte B. Para obtener una decisión rápida de cobertura, debe cumplir dos requisitos:

- Es posible que *solo* pida la cobertura de 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 le dice que su salud requiere una “decisión rápida de cobertura”, automáticamente aceptaremos proporcionarle una decisión rápida de cobertura.**
- **Si nos pide usted mismo la decisión rápida de cobertura, sin el apoyo de su médico, decidiremos si su salud requiere que tomemos una decisión rápida de cobertura.** Si no aprobamos una decisión rápida de cobertura, le enviaremos una carta en la que se explica lo siguiente:
 - Explicar que usaremos los plazos estándares
 - Explica también que, si su médico solicita la decisión rápida de cobertura, automáticamente le daremos una decisión rápida de cobertura
 - Explicar que puede presentar un “reclamo rápido” sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión estándar de cobertura en lugar de la decisión rápida de cobertura que solicitó

Paso 2: Pida a nuestro plan tomar una decisión de cobertura o una decisión rápida de cobertura.

- Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o brindemos cobertura para la atención médica que desea. Usted, o su médico, o su representante pueden hacer esto. En el Capítulo 2 se incluye la información de contacto.

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

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

Para las decisiones estándares de cobertura, usamos los plazos estándares.

Esto significa que le daremos una respuesta en un plazo de 14 días calendario después de recibida su solicitud **de un producto o servicio médico**. Si su solicitud es para un **medicamento con receta de la Parte B de Medicare**, le daremos una respuesta en un plazo de **72 horas** después de recibida su solicitud.

- **No obstante**, si usted solicita más tiempo o si necesitamos más información que podría beneficiarle, **podemos tomarnos hasta 14 días adicionales** si su solicitud es de un producto o servicio médico. Si tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos demorar 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 un “reclamo rápido”. Le daremos respuesta a su reclamo tan pronto como tomemos la decisión. (El proceso para presentar un reclamo es diferente del proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Consulte la Sección 11 de este capítulo para obtener información sobre reclamos).

Para las decisiones rápidas de cobertura, usamos un plazo acelerado.

Una decisión rápida de cobertura significa que responderemos en un plazo de 72 horas si su solicitud es de un producto o servicio médico. Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, responderemos en un plazo de 24 horas.

- **No obstante**, si usted solicita más tiempo o si necesitamos más tiempo que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días adicionales**. Si tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos demorar 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 un “reclamo rápido”. (Consulte la Sección 11 de este capítulo para obtener información sobre reclamos). 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 apelar.

Si la rechazamos, tiene derecho a pedirnos reconsiderar esta decisión mediante la presentación de una apelación. Esto significa pedir otra vez la cobertura de atención médica que desea. Si presenta una apelación, significa que está avanzando al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)**Sección 6.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1****Términos legales**

Una apelación al plan acerca de una decisión de cobertura sobre atención médica se llama una **“reconsideración”** del plan.

Una “apelación rápida” también se denomina **“reconsideración acelerada”**.

Paso 1: Decida si necesita una “apelación estándar” o una “apelación rápida”.

Generalmente, se presenta una “apelación estándar” dentro de los 30 días.

Generalmente, se presenta una “apelación rápida” dentro de las 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 rápida de cobertura” que aparecen en la Sección 6.2 de este capítulo.

Paso 2: Solicite una apelación o una apelación rápida a nuestro plan

- **Si solicita una apelación estándar, envíe su apelación estándar por escrito.** También puede solicitarnos una apelación por teléfono. En el Capítulo 2 se incluye la información de contacto.
- **Si solicita una apelación rápida, realice su apelación por escrito o llámenos.** En el Capítulo 2 se incluye la información de contacto.
- **Debe presentar su solicitud de apelación en el plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso por escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si se vence este plazo y tiene una razón válida para haberlo dejado vencer, explique la razón de la tardanza al presentar su apelación. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Entre los ejemplos de una causa válida se pueden incluir una enfermedad grave que le impidió contactarnos o si le brindamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo límite para solicitar una apelación.
- **Puede pedir una copia de la información sobre su decisión médica. Usted y su médico pueden agregar más información para respaldar su apelación.** Estamos autorizados a cobrar un cargo por las copias y el envío de esta información.

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

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

- Mientras nuestro plan revisa su apelación, hacemos una revisión cuidadosa de toda la información. Verificamos si seguimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud.
- Recopilaremos más información si fuera necesario, posiblemente nos comunicaremos con usted o con su médico.

Plazos para una “apelación rápida”

- Para las apelaciones rápidas, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación**. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
 - Si usted solicita más tiempo o si necesitamos más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es de un producto o servicio médico. Si tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
 - Si no le damos una respuesta en 72 horas (o al final de la extensión del plazo, en caso de que tomemos días adicionales), estamos obligados a enviar automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que será revisada por una organización de revisión independiente. La Sección 6.4 explica el proceso de apelaciones de Nivel 2.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos autorizar o brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos nuestra decisión por escrito y enviaremos 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 estándares, debemos darle una respuesta **en un plazo de 30 días calendario** después de recibida su apelación. Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare que aún no recibió, le daremos nuestra respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de recibida su apelación. Le daremos nuestra decisión antes si su afección así lo exige.
 - No obstante, si usted solicita más tiempo o si necesitamos más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es de un producto o servicio médico. Si tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos demorar 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 un “reclamo rápido”. Cuando presenta un reclamo rápido, le damos respuesta a su reclamo en un plazo de 24 horas. (Consulte la Sección 11 de este capítulo para obtener información sobre reclamos).

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

- Si no le damos una respuesta para el plazo límite (o al final de la extensión del plazo), le enviaremos su solicitud a una apelación de Nivel 2 en la que una organización de revisión independiente revisará la apelación. La Sección 6.4 explica el proceso de apelaciones de Nivel 2.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos autorizar o brindar la cobertura en el plazo de 30 días calendario si su solicitud es de un producto o servicio médico, o **en un plazo de 7 días calendario** si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

Si rechazamos una parte o la totalidad de su apelación, le enviaremos automáticamente su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.

Sección 6.4 Paso a paso: Cómo se realiza una apelación de Nivel 2

Término legal

El nombre formal para la “organización de revisión independiente” es “**entidad de revisión independiente**”. A veces se la denomina “**IRE**”.

La **organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare**. No está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización determina si la decisión que tomamos es correcta o si 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 su “archivo de caso”. **Tiene derecho a pedirnos una copia del archivo de su caso**. Estamos autorizados a cobrar un cargo por las copias y el envío de esta información.
- Usted tiene derecho a proporcionarle a la organización de revisión independiente información adicional para respaldar su apelación.
- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente toda 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** de recibida su apelación.
- Si su solicitud es de un producto o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita reunir más información que pueda beneficiarlo, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales**. La organización de revisión independiente no

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

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

Si se le concedió una apelación “estándar” en el Nivel 1, también se le concederá una apelación “estándar” en el Nivel 2

- Para la “apelación estándar”, si su solicitud es de un producto o servicio médico, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 30 días calendario** de haber recibido su apelación.
- Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** de haber recibido su apelación.
- Si su solicitud es de un producto o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita reunir más información que pueda beneficiarlo, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales**. La organización de revisión independiente no puede tomar tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es de un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

Paso 2: La organización de revisión independiente le da su respuesta.

La organización de revisión independiente le comunicará su decisión por escrito y los motivos que la fundamentan.

- **Si la organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de su solicitud de un producto o servicio médico**, debemos autorizar la cobertura de la atención médica **en un plazo de 72 horas** o brindar el servicio en un plazo de **14 días calendario** después de recibida la decisión de la organización de revisión independiente para solicitudes estándares o brindar el servicio **en un plazo de 72 horas** desde la fecha en que el plan recibe la decisión de la organización de revisión independiente para **solicitudes aceleradas**.
- **Si la organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de la solicitud para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare**, debemos autorizar o brindar el medicamento con receta de la Parte B de Medicare **en un plazo de 72 horas** después de recibida la decisión de la organización de revisión independiente para **solicitudes estándares** o **dentro de 24 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión independiente para **solicitudes aceleradas**.
- **Si esta organización rechaza parte o la totalidad de su apelación**, significa que están de acuerdo con nuestro plan en que su solicitud (o parte de su solicitud) para la cobertura de atención médica no debe ser aprobada. (Esto se llama “confirmar la decisión” o “rechazar su apelación”). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta por los siguientes motivos:
 - Explicar su decisión.

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

- Notificarle a usted sobre el derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de atención médica que está solicitando cumple con un cierto mínimo. El aviso por escrito que recibe de la organización de revisión independiente le indicará el monto en dólares que debe alcanzar para continuar con el proceso de apelaciones.
- Le indica 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 (hasta un total de cinco niveles de apelación). Si desea consultar una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacerlo están en el aviso por escrito que recibe después de su apelación de Nivel 2.
- Un juez administrativo o un abogado mediador gestiona la apelación de Nivel 3. La Sección 10 de este capítulo explica los Niveles 3, 4 y 5 procesos de apelaciones.

Sección 6.5

¿Qué sucede si nos está pidiendo que le reembolsemos nuestra parte de una factura que ha recibido por concepto de atención médica?

Si ya ha pagado por un servicio o producto de AHCCCS (Medicaid) cubierto por el plan, puede pedirle a nuestro plan que le devuelva el dinero (por lo general, la acción de devolver el dinero se denomina “reembolso”). Es su derecho que nuestro plan le reembolse cada vez que usted haya pagado más del monto que le corresponde de los costos por servicios médicos o medicamentos que están cubiertos por el plan. Cuando nos envíe la factura que ya pagó, la examinaremos y decidiremos si los servicios deben ser cubiertos. Si decidimos que deben ser cubiertos, le reembolsaremos los costos de los servicios o los medicamentos.

La solicitud de reembolso implica una decisión de cobertura de parte nuestra

Si nos envía la documentación correspondiente para solicitar un reembolso, está pidiendo una decisión de cobertura. Para tomar esta decisión, comprobaremos si la atención médica que pagó es un servicio cubierto. También comprobaremos si ha seguido 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 el plazo de 60 días calendario 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 informamos que no pagaremos por los servicios y las razones.

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

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 hacer esta apelación, siga el proceso de apelaciones que se describe en la Sección 5.3.

Para las apelaciones sobre el reembolso, tenga en cuenta lo siguiente:

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

SECCIÓN 7 Medicamentos con receta de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Sección 7.1	Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para recibir un medicamento de la Parte D o si quiere que le reembolsemos un medicamento de la Parte D
--------------------	---

Los beneficios incluyen la cobertura para muchos medicamentos con receta. Para estar cubierto, su medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. (Consulte el Capítulo 5 para obtener información sobre cómo obtener una indicación médicamente aceptada). Para obtener más detalles sobre los medicamentos de la Parte D, las normas, las restricciones y los costos, 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 externos” o “medicamento de la Parte D”. También usamos 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 las normas, puede preguntarnos. Algunos medicamentos requieren que obtenga nuestra aprobación antes de que lo cubramos.
- Si su farmacia le dice que su receta no puede presentarse como está escrita, la farmacia le proporcionará un aviso por escrito en el que se explica cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.

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

Decisiones y apelaciones de cobertura 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 con respecto a sus beneficios y la cobertura, o sobre el monto que pagaremos por sus medicamentos. Esta sección le indica lo que puede hacer si se encuentra en cualquiera de las situaciones siguientes:

- Nos solicita cubrir un medicamento de la Parte D que no figura en la *Lista de medicamentos cubiertos* del plan. **Pida una excepción. Sección 7.2**
- Pedirnos que no apliquemos una restricción a la cobertura del plan para un medicamento (como límites en la cantidad de medicamento que puede obtener). **Pida una excepción. Sección 7.2**
- Pedirnos pagar un monto de costo compartido menor por un medicamento cubierto en un nivel de costo compartido mayor. **Pida una excepción. Sección 7.2**
- Pedir la aprobación previa de un medicamento. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 7.4**
- Pagar por un medicamento con receta que ya compró. **Solicítenos un reembolso. Sección 7.4**

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 7.2 ¿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.

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

Para que consideremos su solicitud de excepción, su médico o la persona autorizada a dar recetas tendrán que explicar las razones médicas por las que necesita que se apruebe la excepción. Estos son dos ejemplos de excepciones que usted, su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden pedirnos que hagamos:

- 1. Cubrir un medicamento de la Parte D para usted que no figura en nuestra Lista de medicamentos.** Si aceptamos cubrir un medicamento que no figura en la Lista de medicamentos, deberá pagar el costo compartido que se aplica a todos nuestros medicamentos. No puede solicitar que hagamos una excepción al monto de costo compartido que le pediremos que pague 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 determinados medicamentos que figuran en nuestra Lista de medicamentos.

Sección 7.3	Aspectos importantes que debe saber acerca de pedir excepciones
--------------------	--

Su médico debe explicarnos las razones médicas

Su médico o la persona autorizada a dar recetas deben darnos una declaración que explique las razones médicas para solicitar una excepción. Para que tomemos la decisión más rápido, incluya esta información médica de su médico o de la persona autorizada a dar recetas cuando pida la excepción.

Habitualmente, la Lista de medicamentos incluye más de un medicamento para tratar una 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.

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 una revisión de nuestra decisión mediante la presentación de una apelación.

Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)**Sección 7.4 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: Decida si necesita una “decisión estándar de cobertura” o una “decisión rápida de cobertura”.

Las “**decisiones estándares de cobertura**” se toman en un plazo de **72 horas** después de recibir la declaración de su médico. Las “**decisiones rápidas de cobertura**” se toman en un plazo de **24 horas** después de recibir la declaración de su médico.

Si su salud lo requiere, pídanos que tomemos una “decisión rápida de cobertura” Para obtener una **decisión rápida de cobertura**, debe cumplir dos requisitos:

- Debe pedir un *medicamento que aún no ha recibido*. (No puede solicitar que se le reembolse la decisión rápida de cobertura para un medicamento que ya compró).
- Usar las vías de plazos estándares podría *poner su salud en grave peligro o dañar su capacidad funcional*.
- **Si su médico u otra persona autorizada a dar recetas nos indican que su salud requiere una “decisión rápida de cobertura”, automáticamente le daremos una decisión rápida de cobertura.**
- **Si usted mismo nos pide la decisión rápida de cobertura, sin el apoyo de su médico ni de la persona autorizada a dar recetas, nosotros decidiremos si su salud requiere que tomemos una decisión rápida de cobertura.** Si no aprobamos una decisión rápida de cobertura, le enviaremos una carta en la que se explica lo siguiente:
 - Que usaremos los plazos estándares.
 - Que, si su médico solicita la decisión rápida de cobertura, automáticamente le daremos una decisión rápida de cobertura.
 - Que puede presentar un “reclamo rápido” sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión estándar de cobertura en lugar de la decisión rápida de cobertura que solicitó.

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

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

Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o brindemos 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, que está disponible en nuestro sitio web. En el Capítulo 2 se incluye la información de contacto. Para ayudarnos a procesar su solicitud, asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información que identifica la reclamación denegada está siendo apelada.

Usted, o su médico, (u otra persona autorizada a dar recetas) 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 que se haga una excepción, proporcione la “declaración de respaldo”,** que son los motivos médicos para la excepción. Su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden enviarnos por fax o correo la declaración. O su médico o la persona autorizada a dar recetas puede llamarnos por teléfono y hacer un seguimiento mediante el envío de la declaración escrita, ya sea por fax o por correo, si fuera necesario.

Paso 3: Consideramos su solicitud y le damos nuestra respuesta.

Plazos para una “decisión rápida de cobertura”

- Generalmente, debemos darle una respuesta en un **plazo de 24 horas** después de recibir su solicitud.
 - Para las excepciones, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas después de recibir la declaración de respaldo de su médico. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
 - Si no cumplimos este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** tenemos que brindarle la cobertura que hemos aceptado brindarle en un plazo de 24 horas después de haber recibido su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito, en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

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

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

- Generalmente, debemos darle una respuesta en un **plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud.
 - Para las excepciones, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibir la declaración de respaldo de su médico. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
 - Si no cumplimos este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, tenemos que **brindarle la cobertura** que hemos aceptado brindarle en un **plazo de 72 horas** después de haber recibido su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito, en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos límite para una decisión de cobertura “estándar” sobre el pago de un medicamento que ya compró

- Debemos darle una respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.
 - Si no cumplimos este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos parte o a la totalidad de lo que solicitó**, también debemos pagarle en un plazo de 14 días calendario después de haber recibido su solicitud.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito, en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

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

- Si la rechazamos, tiene derecho a pedirnos reconsiderar esta decisión mediante la presentación de una apelación. Esto significa pedir otra vez que obtenga la cobertura para medicamentos que quiere. Si presenta una apelación, significa que está avanzando al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

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

Sección 7.5 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos legales

Una apelación al plan sobre la decisión de cobertura de un medicamento de la Parte D se llama una “redeterminación” del plan.

Una “apelación rápida” también se llama una “redeterminación acelerada”.

Paso 1: Decida si necesita una “apelación estándar” o una “apelación rápida”.

Generalmente, se presenta una “apelación estándar” dentro de los 7 días. Generalmente, se presenta una “apelación rápida” dentro de las 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 dar recetas tendrán que decidir si necesita una “apelación rápida”.
- Los requisitos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que para obtener una “decisión rápida de cobertura” que aparecen en la Sección 6.4 de este capítulo.

Paso 2: Usted, su representante, su médico u otra persona autorizada a dar recetas deben comunicarse con nosotros y presentar una apelación de Nivel 1. Si su salud exige una respuesta rápida, debe solicitar una “apelación rápida”.

- **Para las apelaciones estándares, envíe una solicitud por escrito** o llámenos. En el Capítulo 2 se incluye la información de contacto.
- **Para apelaciones rápidas, envíe su apelación por escrito o llámenos al 602-586-1730** o al 1-877-436-5288. En el Capítulo 2 se incluye la información de contacto.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito**, incluida una solicitud enviada en el formulario de solicitud de determinación de cobertura modelo de CMS, que está disponible en nuestro sitio web. Asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información sobre su reclamación para ayudarnos en el procesamiento de su solicitud.
- **Debe presentar su solicitud de apelación en el plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso por escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si se vence este plazo y tiene una razón válida para haberlo dejado vencer, explique la razón de la tardanza al presentar su apelación. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Entre los ejemplos de una causa válida se pueden incluir una enfermedad grave que le impidió contactarnos o si le brindamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo límite para solicitar una apelación.

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

- **Puede pedir una copia de la información de su apelación y añadir más información.** Usted y su médico pueden agregar más información para respaldar su apelación. Estamos autorizados a cobrar un cargo por las copias y el envío de esta información.

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

- Mientras nuestro plan revisa su apelación, hacemos otra revisión cuidadosa de toda la información sobre su solicitud de cobertura. Verificamos si seguimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud. Es posible que nos pongamos en contacto con su médico o la persona autorizada a dar recetas para obtener más información.

Plazos para una “apelación rápida”

- Para las apelaciones rápidas, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación.** Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
 - Si no le damos una respuesta en el plazo de 72 horas, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que la revisará una organización de revisión independiente. La Sección 6.6 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito, en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos límite para una apelación “estándar” para un medicamento que aún no ha recibido

- Para las apelaciones estándares, debemos darle una respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de recibida 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 calendario, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que la revisará una organización de revisión independiente. La Sección 6.6 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos brindar la cobertura tan pronto como lo requiera su salud, pero no en una fecha posterior a los **7 días calendario** después de recibida su apelación. **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito, en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

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

Plazos límite para una “apelación estándar” sobre el pago para un medicamento que ya compró

- Debemos darle una respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.
 - Si no cumplimos este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos parte o a la totalidad de lo que solicitó**, también debemos pagarle en un plazo de 30 días calendario después de haber recibido su solicitud.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito, en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

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

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

Sección 7.6	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2
--------------------	---

Término legal

El nombre formal para la “organización de revisión independiente” es “ entidad de revisión independiente ”. A veces se la denomina “ IRE ”.

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

Paso 1: Usted (o su representante, su 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 en el plazo aplicable, o tomamos una decisión desfavorable respecto de una determinación “en riesgo” conforme a nuestro programa de administración de medicamentos, enviaremos automáticamente su reclamación a la IRE.

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

- Le enviaremos a esta organización la información sobre su apelación. A esta información se la denomina su “archivo de caso”. **Tiene derecho a pedirnos una copia del archivo de su caso.** Estamos autorizados a cobrar un cargo por las copias y el envío de esta información.
- Usted tiene derecho a proporcionarle 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 toda la información relacionada con su apelación.

Plazos límite para una apelación “rápida”

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

Plazos límite para una “apelación estándar”

- Para las apelaciones estándares, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación si es para un medicamento que usted todavía no ha recibido. Si está solicitando que le reembolsemos un medicamento que ya compró, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 14 días calendario** después de recibir su solicitud.

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

Para las “apelaciones rápidas”:

- **Si la organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos brindar la cobertura para medicamentos que aprobó la organización de revisión **en un plazo de 24 horas** después de recibida la decisión de parte de dicha organización.

Para “apelaciones estándares”:

- **Si la organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de su solicitud de cobertura,** debemos **brindar la cobertura para medicamentos** que aprobó la organización de revisión **en un plazo de 72 horas** después de recibida la decisión de parte de dicha organización.
- **Si la organización de revisión independiente 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 calendario** después de recibida la decisión de parte de dicha organización.

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

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

Si esta organización rechaza 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 llama “confirmar la decisión” o “rechazar su apelación”). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta por los siguientes motivos:

- Explicará su decisión.
- Le notificará sobre el derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura para el medicamento que está solicitando cumple un cierto mínimo. Si el valor en dólares de la cobertura para medicamentos que está solicitando es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación y la decisión del Nivel 2 es final.
- Le indica el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelaciones.

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 (hasta un total de cinco niveles de apelación).
- Si quiere pasar a la apelación de Nivel 3, tendrá los detalles de cómo hacerlo en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de apelación de Nivel 2.
- Un juez administrativo o un abogado mediador gestiona la apelación de Nivel 3. La Sección 10 de este Capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto

Cuando es ingresado en un hospital, tiene derecho a obtener todos los servicios hospitalarios cubiertos que sean necesarios para el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad o lesión.

Durante su hospitalización cubierta, su médico y el personal del hospital colaborarán con usted para prepararlo para el día en que le den el alta. Ayudarán a coordinar la atención que pueda necesitar cuando se vaya.

- El día en que se va del hospital es la “**fecha del alta**”.
- Cuando se decida la fecha del alta, su médico o el personal del hospital se lo indicarán.
- Si cree que le están pidiendo que deje el hospital demasiado pronto, puede pedir una hospitalización más prolongada y se considerará su solicitud.

Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)**Sección 8.1 Durante la hospitalización, recibirá un aviso por escrito de Medicare donde se le explicarán sus derechos**

En un plazo de dos días después de haber ingresado en el hospital, recibirá un aviso por escrito denominado *An Important Message from Medicare about Your Rights* (Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos). Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de este aviso. Si no recibe el aviso de alguien en el hospital (por ejemplo, de un asistente social u enfermero), pídaselo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame al Departamento de Servicios para Miembros o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. (TTY 1-877-486-2048).

- 1. Lea atentamente este aviso y consulte cualquier duda que tenga.** En él se explica lo siguiente:
 - Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su hospitalización, según lo solicite su médico. Esto incluye el derecho a saber cuáles son esos servicios, quién pagará por ellos y dónde puede obtenerlos.
 - Su derecho a participar en cualquier decisión sobre su hospitalización.
 - 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. Esta es una manera legal y formal de pedir un retraso en la fecha de su alta para que su atención hospitalaria esté cubierta más tiempo.
- 2. Debe firmar el aviso por escrito para demostrar que lo recibió y que comprende sus derechos.**
 - Se le pedirá a usted o a alguien que actúe en su nombre que firme el aviso.
 - Firmar este aviso *solo* demuestra que ha recibido la información sobre sus derechos. El aviso no le informa sobre su fecha del alta. Firmar el aviso **no significa que** esté de acuerdo con la fecha del alta.
- 3. Guarde la copia** del aviso para que tenga a mano la información sobre cómo presentar una apelación (o comunicar alguna inquietud sobre la calidad de la atención) en caso de que la necesite.
 - Si firma el aviso más de dos días antes de la fecha de su alta, recibirá otra copia antes de que esté programado que le den el alta.
 - Para ver una copia de este aviso por adelantado, puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede ver el aviso en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeappealNotices.

Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)**Sección 8.2 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha del alta del hospital**

Si desea pedir que los servicios hospitalarios para pacientes internados estén cubiertos por nosotros durante un tiempo más prolongado, tendrá que usar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que debe hacer y los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda en cualquier momento, llame al Departamento de Servicios para Miembros. O bien, llame al Programa estatal de asistencia en seguros de salud, una organización del gobierno 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 del alta es médicamente apropiada para usted.

La **Organización para la mejora de la calidad** es un grupo de médicos y otros profesionales de salud 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 que tienen Medicare. Esto incluye revisar las fechas del alta del hospital para las personas que tienen Medicare. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad de su estado y solicite una revisión inmediata de su alta del hospital. Debe actuar rápidamente.

Cómo puede comunicarse con esta organización

- El aviso por escrito que recibió (*An Important Message from Medicare About Your Rights [Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos]*) le explica cómo puede ponerse en contacto con esta organización. O bien, encuentre el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la mejora de la calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe rápido:

- Para presentar la apelación, debe ponerse en contacto con la Organización para la mejora de la calidad *antes* de que se vaya del hospital y **no más tarde de la medianoche del día del alta.**
 - **Si usted cumple con este plazo**, se le autorizará a permanecer en el hospital *después* de la fecha del alta *sin que deba pagar por ello*, mientras espera la decisión sobre su apelación por parte de la Organización para la mejora de la calidad.

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

- **Si no cumple con este plazo** y decide quedarse en el hospital después de la fecha prevista del alta, *es posible que deba pagar todos los costos correspondientes* a la atención hospitalaria que reciba con posterioridad a la fecha prevista del alta.
- Si se vence el plazo para ponerse en contacto con la Organización para la mejora de la calidad y aún desea presentar una apelación, debe presentarla directamente ante nuestro plan. Para obtener detalles sobre esta otra forma de presentar su apelación, consulte la Sección 8.4 de este Capítulo.

Una vez que solicite una revisión inmediata del alta del hospital, la Organización para la mejora de la calidad se comunicará con nosotros. Antes del mediodía del día después de que nos comuniquemos con usted le daremos un **Aviso detallado del alta**. Este aviso proporciona su fecha prevista del alta y explica en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros consideramos que es adecuado (médicamente apropiado) que le den el alta en esa fecha.

Puede obtener una muestra del Aviso detallado del alta llamando al Departamento de Servicios para Miembros o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). O puede ver un aviso de muestra 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 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 después de que los revisores nos informen sobre su apelación, recibirá un aviso por escrito de parte nuestra donde se le indicará su fecha prevista del alta. Este aviso también explica en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros consideramos que es adecuado (médicamente apropiado) que le den el alta en esa fecha.

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

Paso 3: en un plazo de un día completo después de tener toda la información necesaria, la Organización para la mejora de la calidad le dará la respuesta a su apelación.

¿Qué sucede si la aceptan?

- Si la organización de revisión la *acepta*, **debemos seguir brindándole servicios hospitalarios para pacientes internados cubiertos durante el tiempo que sean médicamente necesarios.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Además, es posible que haya limitaciones en sus servicios hospitalarios cubiertos.

¿Qué sucede si la rechazan?

- Si la organización de revisión la *rechaza*, significa que la fecha prevista del alta es médicamente apropiada. En caso de que esto suceda, **nuestra cobertura para los servicios hospitalarios para pacientes internados finalizará** al mediodía del día *posterior* al día en que la Organización para la mejora de la calidad le dé su respuesta a la apelación.
- Si la organización de revisión *rechaza* su apelación y usted decide permanecer en el hospital, **es posible que deba pagar el costo total** de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día posterior a que la Organización para la mejora de la calidad le dé su respuesta a su apelación.

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

- Si la Organización para la mejora de la calidad *rechaza* su apelación y usted permanece en el hospital después de su fecha prevista del alta, puede presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que pasa al “Nivel 2” del proceso de apelaciones.

Sección 8.3	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha del alta del hospital
--------------------	---

Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para la mejora de la calidad que analice de nuevo su decisión sobre su primera apelación. Si la Organización para la mejora de la calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que deba pagar el costo total de la hospitalización con posterioridad a la fecha prevista del alta.

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

Paso 1: Comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad de nuevo y pida otra revisión.

- Debe pedir esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** después del día en que la Organización para la mejora de la calidad *rechazó* su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si permanece en el hospital después de la fecha en la que finalizó su cobertura de atención médica.

Paso 2: la Organización para la mejora de la calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para la mejora de la calidad harán otra revisión cuidadosa de toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: Los revisores decidirán, en un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud para una apelación de Nivel 2, sobre su apelación y le informarán su decisión.

Si la organización de revisión la acepta:

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

Si la organización de revisión la rechaza:

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

Paso 4: si la rechazan, tendrá que decidir si quiere continuar con la apelación y presentar una apelación de Nivel 3.

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (hasta un total de cinco niveles de apelación). Si desea continuar con una apelación de Nivel 3, encontrará los detalles de cómo hacerlo en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de apelación de Nivel 2.
- Un juez administrativo o un abogado mediador gestiona la apelación de Nivel 3. La Sección 10 de este Capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 8.4 ¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar una apelación de Nivel 1?**Término legal**

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

En su lugar, puede presentar una apelación ante nosotros

Como se explica anteriormente, debe actuar rápido para comenzar su apelación de Nivel 1 de su alta del hospital. Si se vence el plazo para comunicarse con la Organización para la 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**Paso 1: comuníquese con nosotros y pídanos 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”. En el Capítulo 2 se incluye la información de contacto.

Paso 2: hacemos una revisión “rápida” de su fecha prevista del alta y verificamos si es médicamente apropiada.

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

Paso 3: Le comunicamos nuestra decisión dentro de un plazo de 72 horas después de pedir una “revisión rápida”.

- **Si aceptamos su revisión rápida,** significa que estamos de acuerdo en que necesita permanecer en el hospital después de la fecha del alta. Seguiremos brindándole servicios hospitalarios para pacientes internados cubiertos durante el tiempo que sean médicamente necesarios. También significa que hemos aceptado reembolsarle la parte que nos corresponde de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura. (Debe pagar la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura).

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

- **Si rechazamos su apelación rápida**, estamos diciendo que su fecha prevista del alta era médicamente apropiada. Nuestra cobertura de los servicios hospitalarios para pacientes internados finaliza el día en que dijimos que finalizaría la cobertura.
 - Si permaneció en el hospital *después* de su fecha prevista del alta, entonces es **posible que tenga que pagar el costo total** de la atención hospitalaria que recibió después de la fecha prevista del alta.

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

Paso a paso: Proceso de apelaciones *alternativas* de Nivel 2

Término legal
El nombre formal para la “organización de revisión independiente” es “ entidad de revisión independiente ”. A veces se la denomina “ IRE ”.

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

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

- Estamos obligados a enviar la información para su apelación de Nivel 2 a la organización de revisión independiente en un plazo de 24 horas a partir del momento en que le informamos que vamos a rechazar su primera apelación. (Si cree que no estamos cumpliendo con este plazo o con otros, puede presentar un reclamo. La Sección 11 de este capítulo le indica cómo presentar un reclamo).

Paso 2: La organización de revisión independiente hace una “revisión rápida” de su apelación. Los revisores le darán una respuesta dentro de un plazo de 72 horas.

- 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 la parte que nos corresponde de la atención hospitalaria que recibió desde la fecha prevista del alta. Nosotros debemos seguir brindando cobertura para sus servicios hospitalarios para pacientes internados durante el tiempo que sean médicamente necesarios. Usted deberá seguir pagando la parte que le corresponde de los costos. Si corresponden límites de cobertura, estos podrían limitar cuánto le reembolsaremos o durante cuánto tiempo seguiremos cubriendo sus servicios.
- **Si esta organización rechaza su apelación**, significa que está de acuerdo con nosotros en que la fecha prevista del alta del hospital era médicamente apropiada.

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

- El aviso por escrito que reciba de la organización de revisión independiente le indicará cómo comenzar una apelación de Nivel 3, que está a cargo de un juez administrativo o un abogado mediador.

Paso 3: Si la organización de revisión independiente rechaza su apelación, puede elegir si desea continuar con su apelación.

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (hasta un total de cinco niveles de apelación). Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 2, usted decide si desea aceptar su decisión o ir a una apelación de Nivel 3.
- La Sección 10 de este Capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 9 Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo algunos servicios médicos si cree que su cobertura está terminando demasiado pronto

Sección 9.1	<i>Esta sección trata solo acerca de tres servicios: Servicios de atención médica a domicilio, en un centro de atención de enfermería especializada y servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF)</i>
--------------------	---

Cuando está recibiendo **servicios de atención médica a domicilio, atención de enfermería especializada o atención de rehabilitación (centro de rehabilitación integral para pacientes externos)**, tiene derecho a seguir recibiendo sus servicios cubiertos para ese tipo de atención, siempre que la atención sea necesaria para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Cuando decidimos que es hora de dejar de cubrir alguno de los tres tipos de atención, estamos obligados a decírselo por anticipado. Cuando finalice su cobertura para esa atención, *dejaremos de pagar la parte que nos corresponde del costo de su atención.*

Si cree que estamos terminando la cobertura para su atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión.** Esta sección le indica cómo solicitar una apelación.

Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)**Sección 9.2 Le comunicaremos por adelantado cuándo se cancelará su cobertura****Término legal**

“Aviso de la no cobertura de Medicare”. Le dice cómo puede solicitar una **“apelación de vía rápida”**. Solicitar una apelación acelerada es una forma legal y formal de solicitar un cambio a nuestra decisión de cobertura sobre cuándo dejar de prestar atención médica.

- 1. Recibirá un aviso por escrito** al menos dos días antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención. En el aviso se le indica lo siguiente:
 - La fecha en la que dejamos de cubrir su atención.
 - Cómo solicitar una “apelación acelerada” para solicitarnos que sigamos cubriendo su atención durante un período más largo.
- 2. Usted, o alguien que actúe en su nombre, deberá firmar 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. **Firmarlo no significa que esté de acuerdo** con la decisión del plan de interrumpir la atención.

Sección 9.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo

Si desea pedirnos que cubramos su atención durante un período más largo, deberá usar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que debe hacer y los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda en cualquier momento, llame al Departamento de Servicios para Miembros. O bien, llame al Programa estatal de asistencia en seguros de salud, una organización del gobierno 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 apropiada.

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

Paso 1: Solicite su apelación de Nivel 1: comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad y pida una apelación de vía rápida. Debe actuar rápidamente.

Cómo puede comunicarse con esta organización.

- El aviso por escrito que recibió (Aviso de la no cobertura de Medicare) le explica cómo puede comunicarse con esta organización. (O bien, encuentre el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la mejora de la calidad de su estado en el Capítulo 2).

Actúe rápido:

- Para iniciar la apelación, debe ponerse en contacto con la Organización para la mejora de la calidad **antes del mediodía del día anterior a la fecha de entrada en vigencia** que figura en el Aviso de la no cobertura de Medicare.

Su plazo para comunicarse con esta organización.

- Si se vence el plazo para ponerse en contacto con la Organización para la mejora de la calidad y usted aún desea presentar una apelación, debe presentarla directamente ante nuestro plan. Para obtener detalles acerca de esta otra forma de presentar su apelación, consulte la Sección 9.5 de este Capítulo.

Paso 2: la Organización para la mejora de la calidad realiza una revisión independiente de su caso.

Término legal
“ Explicación detallada de no cobertura ”. Aviso que proporciona detalles sobre las razones para la cancelación de la cobertura.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de 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 informan sobre su apelación, usted recibirá la **Explicación detallada de no cobertura** de parte nuestra donde se explican detalladamente las razones por las que queremos finalizar la cobertura de sus servicios.

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

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

¿Qué sucede si los revisores aceptan su apelación?

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

¿Qué sucede si los revisores rechazan su apelación?

- Si los revisores *rechazan* su apelación, **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 se cancela su cobertura, **deberá pagar el costo total** de esta atención.

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

- 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 9.4	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo
--------------------	--

Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para la mejora de la calidad que analice de nuevo la decisión sobre su primera apelación. Si la Organización para la mejora de la calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que deba pagar el costo total de los servicios de atención médica a domicilio, de los servicios en un centro de atención de enfermería especializada o de los servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) *después* de la fecha en la que le informamos que termina su cobertura.

Paso 1: Comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad de nuevo y pida otra revisión.

- Debe pedir esta revisión **en un plazo de 60 días** después del día en que la Organización para la mejora de la calidad *rechazó* su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si siguió recibiendo la atención después de la fecha en la que finalizó su cobertura.

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

Paso 2: la Organización para la mejora de la calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para la mejora de la calidad harán otra revisión cuidadosa de toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: los revisores decidirán, en un plazo de 14 días después de recibir su solicitud de apelación, sobre su apelación y le informarán su decisión.

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

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de la atención que ha recibido 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.
- 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 en su apelación de Nivel 1.
- En el aviso que recibirá se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles para continuar con el siguiente nivel de apelación, que está a cargo de un juez administrativo o un abogado mediador.

Paso 4: si la rechaza, tendrá que decidir si quiere continuar con la apelación.

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, lo que representa un total de cinco niveles de apelación. Si quiere continuar con una apelación de Nivel 3, tendrá los detalles de cómo hacerlo en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de apelación de Nivel 2.
- Un juez administrativo o un abogado mediador gestiona la apelación de Nivel 3. La Sección 10 de este Capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 9.5	¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar una apelación de Nivel 1?
--------------------	--

En su lugar, puede presentar una apelación ante nosotros

Como se explica anteriormente, debe actuar rápido para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad y comenzar su primera apelación (en un día o dos, como máximo). Si se vence el plazo para comunicarse con esta organización, hay otra forma de presentar su apelación.

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

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: comuníquese con nosotros y pídanos 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”. En el Capítulo 2 se incluye la información de contacto.

Paso 2: Hacemos una revisión “rápida” de la decisión que tomamos sobre dejar de cubrir sus servicios.

- Durante esta revisión, volvemos a revisar toda la información sobre su caso. Comprobamos si seguimos todas las normas cuando establecimos la fecha para finalizar la cobertura del plan de los servicios que estaba recibiendo.

Paso 3: Le comunicamos nuestra decisión dentro de un plazo de 72 horas después de pedir una “revisión rápida”.

- **Si aceptamos** su apelación, significa que hemos aceptado que necesita esos servicios durante más tiempo y seguiremos brindándole servicios cubiertos mientras sigan siendo médicamente necesarios. También significa que hemos aceptado reembolsarle la parte que nos corresponde de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura. (Debe pagar la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura).
- **Si rechazamos su apelación**, su cobertura finalizará en la fecha que le indicamos y no pagaremos ninguna parte de los costos después de esa fecha.
- Si continuó recibiendo servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) *después* de la fecha en la que le informamos que su cobertura terminaría, **deberá pagar el costo total** de esta atención usted mismo.

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

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

Término legal
El nombre formal para la “organización de revisión independiente” es “entidad de revisión independiente”. A veces se la denomina “IRE”.

Paso a paso: Proceso de apelaciones *alternativas* de Nivel 2

Durante la apelación de Nivel 2, la **organización de revisión independiente** revisa la decisión que tomamos al rechazar su “apelación rápida”. Esta organización determina si se debe cambiar la decisión. **La organización de revisión independiente es una organización independiente externa que contrata Medicare.** Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una empresa que elige Medicare para ser la organización de revisión independiente. Medicare supervisa su trabajo.

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

- Estamos obligados a enviar la información para su apelación de Nivel 2 a la organización de revisión independiente en un plazo de 24 horas a partir del momento en que le informamos que vamos a rechazar su primera apelación. (Si cree que no estamos cumpliendo con este plazo o con otros, puede presentar un reclamo. La Sección 11 de este capítulo le indica cómo presentar un reclamo).

Paso 2: La organización de revisión independiente hace una “revisión rápida” de su apelación. Los revisores le darán una respuesta dentro de un plazo de 72 horas.

- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.
- **Si esta organización acepta su apelación,** debemos reembolsarle la parte que nos corresponde de los costos de la atención que recibió a partir de la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura. También debemos seguir cubriendo la atención mientras sea médicamente necesaria. Usted deberá seguir pagando la parte que le corresponde de los costos. Si corresponden límites de cobertura, estos podrían limitar cuánto le reembolsaremos o durante cuánto tiempo seguiremos cubriendo los servicios.
- **Si esta organización rechaza su apelación,** significa que está de acuerdo con la decisión que tomó el plan respecto de la primera apelación y no la modificará.
- En el aviso que reciba de la organización de revisión independiente se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con una apelación de Nivel 3.

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

Paso 3: Si la organización de revisión independiente rechaza su apelación, puede elegir si desea continuar con su apelación.

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, lo que representa un total de cinco niveles de apelación. Si quiere continuar con una apelación de Nivel 3, tendrá los detalles de cómo hacerlo en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de apelación de Nivel 2.
- Un juez administrativo o un abogado mediador revisa una apelación de Nivel 3. La Sección 10 de este Capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 10 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y más allá

Sección 10.1 Apelaciones de nivel 3, 4 y 5 para solicitudes de servicios médicos

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y Nivel 2, y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor en dólares del producto o servicio médico sobre el que ha apelado cumple con ciertos niveles mínimos, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. Si el valor en dólares es inferior al nivel mínimo, no puede seguir apelando. La respuesta por escrito que usted reciba para su apelación de Nivel 2 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 estas personas en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3 Un juez administrativo o un abogado mediador que trabajan para el gobierno federal revisarán su apelación y le darán una respuesta.

- **Si el juez administrativo o el abogado mediador aceptan su apelación, el proceso de apelaciones puede concluir o puede no concluir.** A diferencia de la decisión tomada en una apelación de Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 favorable para usted. Si decidimos apelarla, se enviará a una apelación de Nivel 4.
 - Si decidimos *no* apelar, debemos autorizar o brindarle el servicio en un plazo de 60 días calendario después de recibir la decisión del juez administrativo o del abogado mediador.
 - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 con los documentos relacionados. Es posible que esperemos la decisión de la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o brindar el servicio en cuestión.

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

- **Si el juez administrativo o el abogado mediador rechaza su apelación, el proceso de apelaciones *puede concluir o puede no concluir*.**
 - Si decide aceptar la decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación concluye.
 - Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. En el aviso que recibirá se le indicará qué hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4: El Consejo de apelaciones (Consejo) de Medicare revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es positiva o si el Consejo rechaza nuestra solicitud de revisar una decisión favorable a una apelación de Nivel 3, el proceso de apelaciones *puede concluir o puede no concluir*.** A diferencia de la decisión tomada en el Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 4 favorable para usted. Decidiremos si será necesario apelar esta decisión en el Nivel 5.
 - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o brindarle el servicio en un plazo de 60 días calendario después de recibir la decisión del Consejo.
 - Si decidimos apelar la decisión, se lo comunicaremos por escrito.
- **Si la respuesta es negativa o si el Consejo rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones *puede concluir o puede no concluir*.**
 - Si decide aceptar la decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación concluye.
 - Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, en el aviso que reciba se le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5 y cómo seguir con una apelación de Nivel 5.

Apelación de Nivel 5 Un juez del Tribunal federal de distrito revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si le *pagaremos* o *rechazará* su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación después del Tribunal federal de distrito.

Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)**Sección 10.2 Apelaciones de nivel 3, 4 y 5 para solicitar medicamentos de la Parte D**

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y Nivel 2, y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor del medicamento sobre el que ha apelado cumple con un monto en dólares determinado, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. Si el monto en dólares es menor, no puede seguir apelando. En la respuesta escrita que usted reciba para su apelación de Nivel 2 se explicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los tres últimos niveles de apelación funcionan más o menos de la misma manera. La revisión de su apelación la gestionan estas personas en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3 Un juez administrativo o un abogado mediador que trabajan para el gobierno federal revisarán su apelación y le darán una respuesta.

- **Si la apelación se acepta, el proceso de apelaciones concluye.** Debemos **autorizar o brindar la cobertura para medicamentos** que fue aprobada por el juez administrativo o el abogado mediador **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago, a más tardar, dentro de los 30 días calendario** después de recibir la resolución.
- **Si la apelación se rechaza, el proceso de apelaciones *puede concluir o puede no concluir.***
 - Si decide aceptar la decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación concluye.
 - Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. En el aviso que recibirá se le indicará qué hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4 El Consejo de apelaciones (Consejo) de Medicare revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si la apelación se acepta, el proceso de apelaciones concluye.** Debemos **autorizar o brindar la cobertura para medicamentos** que fue aprobada por el Consejo **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago, a más tardar, dentro de los 30 días calendario** después de recibir la resolución.
- **Si la apelación se rechaza, el proceso de apelaciones *puede concluir o puede no concluir.***

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

- Si decide aceptar la decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación concluye.
- Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación o su solicitud para revisar la apelación, en el aviso se le indicará si las normas le permiten continuar con una apelación de Nivel 5. También le indicará con quién comunicarse y qué hacer a continuación si decide continuar con su apelación.

Apelación de Nivel 5 Un juez del **Tribunal federal de distrito** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si le pagaremos o rechazará su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación después del Tribunal federal de distrito.

SECCIÓN 11 **Cómo presentar un reclamo sobre la calidad de la atención, los plazos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes**

Sección 11.1 **¿Qué tipos de problemas se tratan en el proceso de reclamos?**

El proceso de reclamos *solo* se aplica a 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. A continuación, encontrará algunos ejemplos de los tipos de problemas que pueden gestionarse a través del proceso de reclamos.

Reclamo	Ejemplo
Calidad de su atención médica	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Está insatisfecho con la calidad de atención que ha recibido (incluida la atención en el hospital)?
Respeto de su privacidad	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Alguien no respetó el derecho a su privacidad o compartió información confidencial?
Falta de respeto, mal servicio al cliente u otro comportamiento negativo	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Ha sido alguien descortés o le ha faltado el respeto? • ¿Está insatisfecho con nuestro Departamento de Servicios para Miembros? • ¿Le parece que lo están alentando a dejar nuestro plan?

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

Reclamo	Ejemplo
Tiempos de espera	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Está teniendo problemas para conseguir una cita, o tiene que esperar demasiado para conseguirla? • ¿Ha tenido que esperar demasiado a médicos, farmacéuticos u otros profesionales de salud? ¿O por el Departamento de Servicios para Miembros u otro personal de nuestro plan? <ul style="list-style-type: none"> ○ Entre los ejemplos se incluye esperar demasiado al teléfono, en la sala de espera o en la sala de exámenes, u obtener un medicamento con receta.
Limpieza	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Está insatisfecho con la limpieza o el estado de una clínica, hospital o consultorio de un médico?
Información que obtiene de nosotros	<ul style="list-style-type: none"> • ¿No le hemos dado un aviso obligatorio? • ¿Nuestro documento por escrito es difícil de comprender?
Puntualidad (Todos estos tipos de reclamos se relacionan con la <i>puntualidad</i> de nuestras actividades respecto de las decisiones de cobertura y las apelaciones)	<p>Si ha pedido una decisión de cobertura o presentado una apelación, y le parece que no estamos respondiendo lo suficientemente rápido, puede presentar un reclamo por nuestra lentitud. Estos son algunos ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nos ha pedido una “decisión rápida de cobertura” o una “apelación rápida” y rechazamos su solicitud; puede presentar un reclamo. • Cree que no estamos cumpliendo los plazos para decisiones de cobertura o apelaciones; puede presentar un reclamo. • Cree que no estamos cumpliendo con los plazos para cubrir o reembolsarle ciertos servicios médicos o medicamentos que se aprobaron; puede presentar un reclamo. • Cree que no hemos cumplido los plazos obligatorios para enviar su caso a la organización de revisión independiente; puede presentar un reclamo.

Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)**Sección 11.2 Cómo presentar un reclamo****Términos legales**

- Un “**reclamo**” también se denomina “**queja**”.
- “**Presentar un reclamo**” también se denomina “**interponer una queja**”.
- “**Usar el proceso para reclamos**” también se denomina “**usar el proceso para interponer una queja**”.
- Un “**reclamo rápido**” también se denomina una “**queja acelerada**”.

Sección 11.3 Paso a paso: presentación de un reclamo**Paso 1: comuníquese con nosotros de inmediato, ya sea por escrito o por teléfono.**

- **Habitualmente, el primer paso consiste en llamar al Departamento de Servicios para Miembros.** Si hay algo que necesite hacer, el Departamento de Servicios para Miembros se lo indicará.
- **Si no desea llamar (o si llamó y no quedó satisfecho), puede presentar su reclamo por escrito y enviárnoslo.** Si presentó su reclamo por escrito, le responderemos por escrito.
- Si presenta un reclamo por escrito, le responderemos por escrito en un plazo de 30 días desde la recepción de su reclamo. Si su reclamo es sobre un problema de calidad de la atención, debemos responderle por escrito, incluso si usted nos llamó para presentar su reclamo. Tiene derecho a solicitar un reclamo “rápido” si le denegamos una “decisión rápida de cobertura” o una “apelación rápida”. Cuando solicita un reclamo “rápido”, debemos responderle en un plazo de 24 horas desde la recepción de su reclamo.

Si solicita una respuesta por escrito, si presenta una queja por escrito o si su reclamo es sobre la calidad de la atención, le responderemos por escrito.

Si no podemos resolver su reclamo por teléfono, le responderemos en un plazo de 30 días calendario.

- El **plazo** para presentar un reclamo es de 60 días calendario a partir del momento en que tuvo el problema sobre el que quiere reclamar.

Paso 2: analizamos su reclamo y le damos una respuesta.

- **De ser posible, le daremos una respuesta de inmediato.** Si nos llama por un reclamo, tal vez podamos darle una respuesta durante esa misma llamada telefónica.

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

- **La mayoría de los reclamos se responden dentro de los 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora es para su conveniencia o si usted pide más tiempo, podemos demorarnos hasta 14 días calendario más (44 días calendario en total) en responder a su reclamo. Si decidimos tomar días adicionales, se lo notificaremos por escrito.
- **Si presenta un reclamo porque denegamos su solicitud de una “decisión rápida de cobertura” o una “apelación rápida”, automáticamente le concederemos un “reclamo rápido”.** Si se le ha concedido un “reclamo rápido”, quiere decir que le daremos **una respuesta en un plazo de 24 horas.**
- **Si no estamos de acuerdo** con la totalidad o parte del reclamo, o si no nos hacemos responsables por el problema del que se está quejando, incluiremos nuestras razones en nuestra respuesta a usted.

Sección 11.4	También puede presentar reclamos sobre la calidad de la atención ante la Organización para la mejora de la calidad
---------------------	---

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

- **Puede presentar su reclamo directamente ante 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 cuales el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare. En el Capítulo 2 se incluye la información de contacto.

O bien

- **Puede presentar su reclamo ante la Organización para la mejora de la calidad y ante nosotros al mismo tiempo.**

Sección 11.5	También puede informarle a Medicare de su reclamo
---------------------	--

Puede presentar un reclamo sobre Mercy Care Advantage directamente ante Medicare. Para presentar un reclamo 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.

PROBLEMAS RELACIONADOS CON SUS BENEFICIOS DE MEDICAID**SECCIÓN 12 Manejo de problemas relacionados con sus beneficios de AHCCCS (Medicaid)****Quejas y apelaciones para miembros elegibles para los Titles 19/21 del AHCCCS****APELACIONES**

Si no está de acuerdo con la decisión en la carta del Aviso de determinación adversa de beneficios, tiene derecho a solicitar una apelación. Una apelación es un proceso formal por el que se nos solicita que revisemos la solicitud nuevamente y confirmemos si la decisión original fue correcta. Durante este proceso, puede enviar documentos de respaldo adicionales o información que crea que apoyaría un resultado y una decisión diferentes.

Usted, su representante o un proveedor que cuente con su autorización por escrito, pueden solicitarnos una apelación. Si necesita ayuda para presentar su apelación, tiene algún problema auditivo, necesita los servicios de un intérprete o le gustaría recibir la información brindada en un formato o idioma alternativo, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Mercy Care de lunes a viernes, de 07:00 a. m. a 06:00 p. m., al **602-263-3000** o al **1-800-624-3879** (TTY/TDD **711**). Si decide presentar una apelación, debe entregarla dentro de los 60 días calendario a partir de la fecha de la carta del Aviso de determinación adversa de beneficios. La apelación se puede enviar por escrito o por teléfono. No tomaremos represalias en su contra o en contra de su proveedor por haber presentado una apelación.

Para presentar una apelación, llame o envíe la solicitud por fax usando los siguientes datos:

Mercy Care
Grievance System Department
4500 E. Cotton Center Blvd.
Phoenix, AZ 85040
Teléfono: **602-586-1719** o **1-866-386-5794**
Fax: **602-351-2300**

Solicitud de una apelación estándar

Cuando recibamos su apelación, le enviaremos una carta dentro de los cinco (5) días hábiles. Esta carta le informará que tenemos su apelación y cómo nos puede brindar más información. Si usted está apelando servicios que desea que continúen mientras se revisa su caso, deberá presentar su apelación antes de los 10 días calendario a partir de la fecha que figura en la carta del Aviso de determinación adversa de beneficios.

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

En la mayoría de los casos, resolveremos su apelación dentro en un plazo de 30 días calendario. En algunas ocasiones, podríamos necesitar más información para tomar una decisión. Cuando esto ocurra y consideremos que esto es lo más conveniente para usted, solicitaremos una extensión de la apelación. Una extensión nos brinda 14 días calendario adicionales para completar nuestra revisión y tomar una decisión. Si solicitamos una extensión, le enviaremos un aviso escrito por correo que le explicará esto y le indicaremos qué información seguimos necesitando. Si pedimos una extensión, usted podrá presentar una queja de miembro. En la carta se le explicarán sus derechos y cómo puede presentar un reclamo. Si no recibimos la información adicional en este plazo, podemos denegar la apelación. Usted también puede solicitar una extensión de 14 días calendario si necesita más tiempo para recolectar la información de la apelación.

Una vez que hayamos completado la revisión de la apelación, le enviaremos una carta con nuestra decisión. La carta le informará sobre nuestra decisión y le explicará cómo se la tomó. Si denegamos su apelación, puede solicitar que el AHCCCS revise nuestra decisión a través de una audiencia imparcial del estado. Usted puede solicitar este próximo paso siguiendo las instrucciones que brindamos en la carta de la decisión. Tiene 120 días a partir de la fecha en la carta de denegación de la apelación para solicitar una audiencia imparcial del estado.

Si solicita una audiencia imparcial del estado, recibirá información del AHCCCS sobre qué debe hacer. Reenviaremos su archivo de apelación y documentación relacionada al AHCCCS a la Oficina de Servicios Legales Administrativos.

Después de la audiencia imparcial del estado, el AHCCCS tomará una decisión. Si establecen que la decisión de denegar su apelación fue correcta, es posible que usted tenga que pagar los servicios que recibió mientras su apelación se estaba revisando. Si el AHCCCS decide que nuestra decisión sobre su apelación fue incorrecta, autorizaremos y proporcionaremos oportunamente los servicios.

Solicitud de una resolución acelerada

Usted o su representante pueden solicitar una resolución acelerada para su apelación si considera que el plazo de una resolución estándar puede perjudicar su vida, salud o capacidad de lograr, mantener o recuperar la función máxima de una persona. Le podemos solicitar que nos envíe documentación de respaldo de su proveedor. Si su proveedor está de acuerdo, aceleraremos la resolución de su apelación. Además, automáticamente aceleraremos la resolución de su apelación si consideramos que seguir el proceso de resolución estándar podría perjudicar su vida o salud.

Si decidimos que no aceleraremos la resolución de su apelación, se lo informaremos de inmediato. Intentaremos llamarlo y le enviaremos por correo con un aviso escrito en un plazo de dos (2) días calendario que explique este resultado. Para obtener más información, consulte “Solicitud de una apelación estándar” en el manual de Mercy Care. Si cambiamos la urgencia de nuestra apelación de “acelerada” a “estándar”, usted podrá presentar una queja de miembro. Le explicaremos esto cuando lo llamemos. Incluiremos información acerca de cómo presentar una queja de miembro en la carta que le enviaremos.

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

Cuando aceleremos la resolución de su apelación, resolveremos su apelación en un plazo de 72 horas. En algunas ocasiones, podemos necesitar más información para tomar una decisión. Cuando esto ocurra y consideremos que esto es lo más conveniente para usted, solicitaremos una extensión de la apelación. Una extensión nos brinda 14 días calendario adicionales para completar nuestra revisión y tomar una decisión. Si solicitamos una extensión, le enviaremos un aviso escrito por correo en el que le explicaremos esto y le informaremos qué información necesitamos. Si no recibimos la información adicional en este plazo, podemos denegar la apelación. Usted también puede solicitar una extensión de 14 días calendario si necesita más tiempo para recopilar información para la apelación.

Una vez que hayamos completado la revisión de la apelación, le enviaremos una carta con nuestra decisión. La carta le informará sobre nuestra decisión y le explicará cómo se la tomó. Si denegamos su apelación, puede solicitar que el AHCCCS revise nuestra decisión a través de una audiencia imparcial del estado. Usted puede solicitar este próximo paso siguiendo las instrucciones que brindamos en la carta de la decisión. Tiene 120 días a partir de la fecha en la carta de denegación de la apelación para solicitar una audiencia imparcial del estado.

Si solicita una audiencia imparcial del estado, recibirá información del AHCCCS sobre qué debe hacer. Reenviaremos su archivo de apelación y documentación relacionada al AHCCCS a la Oficina de Servicios Legales Administrativos.

Después de la audiencia imparcial del estado, el AHCCCS tomará una decisión. Si establecen que la decisión de denegar su apelación fue correcta, es posible que usted tenga que pagar los servicios que recibió mientras su apelación se estaba revisando. Si el AHCCCS decide que nuestra decisión sobre su apelación fue incorrecta, autorizaremos y proporcionaremos oportunamente los servicios.

Consejos rápidos sobre denegación, reducción, suspensión o finalización de servicios y apelaciones

- Se le enviará una carta (Aviso de determinación adversa de beneficios) cuando se haya denegado o cambiado un servicio.
- Si desea solicitar una revisión (apelación) de la acción de Mercy Care, siga las instrucciones de su carta de notificación.
- Para solicitar la continuación de los servicios, debe presentar su apelación en un plazo máximo de 10 días desde la fecha de su carta de notificación o en el plazo que se indica en su carta de notificación.

Si la carta de Aviso de determinación adversa de beneficios no resuelve sus inquietudes por completo, puede ponerse en contacto con la Administración médica del AHCCCS escribiendo a la dirección MedicalManagement@azahcccs.gov.

Apelaciones para miembros elegibles para los Titles 19/21 del AHCCCS

Si es elegible para los Titles 19/21 del AHCCCS, tiene derecho a solicitar una revisión de las siguientes acciones:

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

- El rechazo o la aprobación limitada de un servicio solicitado por su proveedor o equipo clínico
- La reducción, suspensión o finalización de un servicio que estaba recibiendo
- La denegación parcial o total del pago de un servicio
- El incumplimiento en la provisión de servicios de manera oportuna
- El incumplimiento de los plazos para resolver una apelación o un reclamo
- La denegación de una solicitud de servicios fuera de la red de proveedores cuando dichos servicios no se encuentran disponibles dentro de la red de proveedores

¿Qué sucede después de presentar una apelación?

Como parte del proceso de apelación, tiene derecho a proporcionar evidencia que respalde su apelación. Puede proporcionar la evidencia a Mercy Care en persona o por escrito. A fin de prepararse para su apelación, puede examinar el archivo de su caso, los registros médicos y otros documentos y registros que puedan utilizarse antes y durante el proceso de apelación, siempre y cuando los documentos no estén protegidos de la divulgación por ley. Si desea revisar estos documentos, comuníquese con su proveedor o con Mercy Care. La evidencia que proporcione a Mercy Care se utilizará para decidir la resolución de la apelación. Puede comunicarse con el Departamento del Sistema de Quejas de Mercy Care al **602-586-1719** o al **866-386-5794** (TTY/TDD 711).

¿Cómo se resuelve mi apelación?

Mercy Care debe brindarle una decisión, que se denomina Aviso de resolución de apelación, en persona o por correo certificado en el plazo de 30 días calendario desde la recepción de su apelación en el caso de las apelaciones estándar o, para las apelaciones aceleradas, antes de las 72 horas. El Aviso de resolución de apelación es una carta escrita donde se le informan los resultados de su apelación.

Los plazos en que Mercy Care debe proporcionarle el Aviso de resolución de apelación pueden extenderse hasta los 14 días calendario. Usted o Mercy Care puede solicitar más tiempo a fin de recopilar más información. Si Mercy Care le solicita más tiempo, se le enviará un aviso por escrito respecto del motivo del retraso.

El Aviso de resolución de apelación le informará lo siguiente:

- Los resultados del proceso de apelación
- La fecha en que se completó el proceso de apelación

Si se denegó su apelación, en parte o totalmente, el Aviso de resolución de apelación también le informará lo siguiente:

- Cómo puede solicitar una audiencia imparcial del estado
- Cómo solicitar la continuación de los servicios durante el proceso de la audiencia imparcial del estado, en caso de que corresponda
- El motivo por el que se denegó su apelación y los motivos legales que se tuvieron en cuenta para rechazar su apelación
- La posibilidad de que deba pagar los servicios que reciba durante el proceso de audiencia imparcial del estado si se deniega su apelación en la audiencia imparcial del estado

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

¿Qué puedo hacer si no estoy satisfecho con los resultados de mi apelación?

Puede solicitar una audiencia imparcial del estado si no está satisfecho con los resultados de una apelación. Si su apelación fue acelerada, puede solicitar una audiencia imparcial del estado acelerada. Tiene derecho a que un representante de su elección lo asista en la audiencia imparcial del estado.

¿Cómo puedo solicitar una audiencia imparcial del estado?

Debe solicitar la audiencia imparcial del estado por escrito en el plazo de 120 días desde la recepción del Aviso de resolución de apelación. Esto incluye las solicitudes tanto estándares como aceleradas de audiencia imparcial del estado. Las solicitudes para las audiencias imparciales del estado para las decisiones emitidas por Mercy Care se deben enviar por correo postal a:

Mercy Care
Grievance System Department
4500 E. Cotton Center Blvd.
Phoenix, AZ 85040

Las instrucciones para apelar una decisión emitida por el AHCCCS estarán indicadas en el Aviso de resolución de apelación.

¿Cuál es el proceso de mi audiencia imparcial del estado?

Recibirá un Aviso de audiencia imparcial del estado con, al menos, 30 días calendario de anticipación a la fecha programada para su audiencia. El Aviso de audiencia imparcial del estado es una carta escrita que le informará lo siguiente:

- La hora, el lugar y la naturaleza de la audiencia
- El motivo de la audiencia
- La autoridad legal y jurisdiccional que exige la audiencia
- Las leyes específicas que se relacionan con la audiencia

¿Cómo se resuelve mi audiencia imparcial del estado?

En el caso de las audiencias imparciales del estado estándares, recibirá una Decisión del director del AHCCCS antes de los 90 días después de la primera presentación de su apelación. Este período de 90 días no incluye lo siguiente:

- Cualquier extensión de plazos que haya solicitado
- La cantidad de días entre la fecha en que recibió el Aviso de resolución de apelación y la fecha en que presentó su solicitud de audiencia imparcial del estado

La Decisión del director del AHCCCS le brindará el resultado de la audiencia imparcial del estado y la decisión final acerca de sus servicios.

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

En el caso de las audiencias imparciales del estado aceleradas, recibirá la Decisión escrita del director del AHCCCS en el plazo de 3 días hábiles desde la fecha en que el AHCCCS reciba su archivo del caso y la información de apelación de Mercy Care. El AHCCCS también tratará de llamarlo para notificarle sobre la Decisión del director del AHCCCS.

¿Continuarán mis servicios durante el proceso de apelación o audiencia imparcial del estado?

Puede solicitar que los servicios que ya estaba recibiendo continúen durante el proceso de apelación o de audiencia imparcial del estado. Si desea seguir recibiendo los mismos servicios, debe solicitarlo por escrito. Si el resultado de la apelación o la audiencia imparcial del estado es aceptar la medida de finalizar o reducir sus servicios, es posible que deba pagar los servicios recibidos durante el proceso de apelación o de audiencia imparcial del estado.

Apelaciones para miembros con discapacidades del desarrollo que tienen una enfermedad mental grave (SMI) comprobada

Una enfermedad mental grave (SMI) es un trastorno mental grave y persistente en personas de 18 años o mayores. Crisis Response Network, un proveedor que tiene un contrato con Mercy Care, realizará una determinación de enfermedad mental grave luego de recibir una remisión o solicitud. Los miembros que solicitan una determinación de enfermedad mental grave y los miembros que tienen una enfermedad mental grave comprobada pueden apelar el resultado de una determinación de enfermedad mental grave.

Crisis Response Network le enviará una carta por correo para informarle la decisión final en su determinación de SMI. Esta carta se denomina Aviso de decisión. La carta incluirá información sobre sus derechos y cómo apelar la decisión. Si no está de acuerdo con los resultados de la determinación de elegibilidad de SMI, puede presentar una apelación. Para presentar una apelación, puede llamar a Crisis Response network al **1-855-832-2866**.

Los miembros que tienen una enfermedad mental grave comprobada también pueden apelar las siguientes decisiones adversas:

- Elegibilidad inicial para los servicios de SMI.
- Una decisión respecto de las tarifas o las exenciones.
- El informe de evaluación y los servicios recomendados en el plan de servicios o el tratamiento o plan de alta individual.
- La denegación, reducción, suspensión o finalización de cualquier servicio cubierto financiado con fondos que no sean de los Titles 19/21.
- La capacidad de tomar decisiones, la necesidad de un tutor o de otros servicios de protección, o la necesidad de asistencia especial.
- La decisión de que el miembro ya no es elegible para los servicios de SMI.
- Una determinación de Evaluación de preadmisión y revisión del residente (PASRR) en el contexto de una evaluación de preadmisión o una revisión anual del residente, que tenga un efecto adverso sobre el miembro.

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

Para registrar una apelación, usted debe llamar o enviar una carta a la siguiente dirección:

Mercy Care
Grievance System Department
4500 E. Cotton Center Blvd.
Phoenix, AZ 85040
602-586-1719 o 1-866-386-5794
Fax: **602-351-2300**

Si presenta una apelación¹, recibirá un aviso por escrito donde se le informará que se recibió su apelación en el plazo de 5 días hábiles desde la recepción por parte de Mercy Care. Tendrá una conferencia informal con Mercy Care en el plazo de 7 días hábiles desde la presentación de la apelación.

La conferencia informal debe realizarse a una hora y en un lugar convenientes para usted. Tiene derecho a elegir un representante designado que lo ayudará durante la conferencia. Usted y cualquier otro participante recibirá la información sobre la hora y el lugar de la conferencia por escrito con, al menos, dos días hábiles de anticipación a la conferencia. Puede participar en la conferencia por teléfono.

En el caso de una apelación acelerada, recibirá un aviso escrito donde se le informará que se recibió su apelación en el plazo de 1 día hábil desde la recepción por parte de Mercy Care, y la conferencia informal debe realizarse en el plazo de 2 días hábiles desde la presentación de la apelación.

Si la apelación se resuelve en su favor en la conferencia informal, recibirá un aviso por escrito donde se describirá el motivo de la apelación, los problemas involucrados, la resolución que se alcanzó y la fecha en que se implementará dicha resolución.

Si no hay una resolución de la apelación durante esta conferencia informal, el siguiente paso es una segunda conferencia informal con el AHCCCS. No obstante, puede renunciar al segundo nivel de conferencia informal y proceder a la audiencia imparcial del estado. Si renuncia al segundo nivel de conferencia informal con el AHCCCS, Mercy Care le ayudará a presentar una solicitud de una audiencia imparcial del estado al finalizar la conferencia informal de Mercy Care.

Si no se llega a una resolución de la apelación durante la segunda conferencia informal con el AHCCCS, se le brindará información acerca de cómo obtener una audiencia administrativa. La Oficina de quejas y apelaciones en AHCCCS maneja las solicitudes de audiencias imparciales del estado luego de finalizado el segundo nivel de conferencias informales.

Si presenta una apelación, seguirá recibiendo cualquier servicio que ya estuviera recibiendo, salvo en estos casos:

- Un médico calificado decide que reducir o interrumpir los servicios es mejor para usted.
- O bien, usted acepte por escrito reducir o interrumpir los servicios.

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

Si la apelación no se decide en su favor, es posible que Mercy Care le solicite pagar los servicios que recibió durante el proceso de apelación.

Si aun así usted o su representante no comprenden la carta del Aviso de determinación adversa de beneficios, tienen derecho a comunicarse con la administración médica del AHCCCS por medio de correo electrónico a **MedicalManagement@azahcccs.gov**.

¹Las personas que tienen una enfermedad mental grave comprobada no pueden apelar una decisión de denegación, suspensión o finalización de los servicios que ya no están disponibles debido a una reducción en la financiación estatal.

QUEJAS DE LOS MIEMBROS

Una queja de un miembro es una expresión de insatisfacción relacionada con la atención médica recibida que no está definida como una apelación. Una queja de un miembro también se denomina reclamo. Puede que tenga una inquietud con un médico o que sienta que el personal del consultorio lo trató mal. Puede haber recibido una factura de su especialista o tenido alguna dificultad para conseguir una compañía de transporte para que lo lleve a su hogar. Una queja de un miembro puede incluir inquietudes por la calidad de la atención médica que usted recibió. Infórmenos si tiene inquietudes como esta o necesita ayuda con otro problema. La forma más rápida de presentar una queja de un miembro es llamando al Departamento de Sistemas de Quejas de Mercy Care de lunes a viernes, de 08:00 a. m. a 05:00 p. m., al **602-586-1719 o al 1-866-386-5794 (TTY/TDD 711)**. También se podrá comunicar con el Departamento de Servicios para Miembros si necesita ayuda para presentar su queja de miembro, si tiene algún problema auditivo, si necesita servicios de un intérprete o si le gustaría recibir la información brindada en un formato o idioma alternativo. Un representante registrará su queja de miembro. Es importante que proporcione tantos detalles como sea posible. El representante le explicará el proceso de resolución de quejas de miembros y responderá cualquier otra pregunta que usted pueda tener. También necesitaremos volverlo a llamar para brindarle actualizaciones o pedirle más información. Queremos asegurarnos de que esté recibiendo la atención y los servicios que necesita.

Si prefiere presentar su queja de miembro por escrito, envíe el reclamo a esta dirección:

Mercy Care
Grievance System Department
4500 E. Cotton Center Blvd.
Phoenix, AZ 85040

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

Presentar una queja de miembro no afectará sus servicios de atención médica ni la disponibilidad de los servicios. Queremos conocer sus inquietudes para que podamos mejorar los servicios que ofrecemos.

- Cuando llame para informar una queja de miembro, trataremos de ayudarlo a resolver cualquier inquietud que tenga de inmediato. Si envía su queja de miembro por escrito, le enviaremos una carta dentro de los cinco (5) días hábiles. La carta reconoce la recepción de su queja de miembro y explica cómo se le notificará la resolución.
- Si su queja de miembro involucra inquietudes sobre la calidad de la atención o el tratamiento médico que recibió, enviaremos el caso a nuestro Departamento de Administración de la Calidad.
- Cuando no podamos resolver su queja de miembro de inmediato, le informaremos y explicaremos los próximos pasos. Durante la investigación de sus inquietudes, trabajaremos con otros departamentos de Mercy Care y con sus proveedores de atención médica.
- Durante nuestra investigación, es posible que necesitemos hablar con usted nuevamente. Podemos tener más preguntas o podemos desear confirmar que sus necesidades inmediatas estén cubiertas.
- Una vez que la revisión de su queja de miembro esté completa, le notificaremos la resolución.
- Si el Departamento de Administración de la Calidad revisó su queja de miembro, recibirá la resolución por escrito.
- Para otros casos, lo llamaremos y le explicaremos la resolución de su queja de miembro. Si no podemos contactarlo, le enviaremos una resolución por escrito.
- Estamos comprometidos con la resolución de sus inquietudes tan rápido como sea posible y en no más de 90 días desde la fecha en que presentó su queja de miembro.

El Sistema de Contención de Costos de Atención Médica de Arizona (AHCCCS) está comprometido con garantizarle la disponibilidad de atención médica de salud conductual de calidad y de forma oportuna. Si aún tiene preguntas o problemas para acceder a los servicios, llame al Equipo de resolución clínica del AHCCCS al **602-364-4558** o **1-800-867-5808**.

También puede informarnos de sus inquietudes acerca de la calidad de la atención enviando un correo electrónico a CQM@azahcccs.gov.

Queja o solicitud de investigación para miembros que tienen una enfermedad mental grave (SMI) comprobada

A un miembro que tenga una enfermedad mental grave (SMI) comprobada le corresponden amplios derechos, entre los que se incluyen los siguientes:

- El derecho a no sufrir maltrato ni abuso.
- El derecho a un plan de servicios por escrito que puede incluir administración de caso, servicios en casos de crisis, apoyo de pares, asistencia familiar, medicación y servicios para pacientes internados o externos.
- El derecho a brindar consentimiento a recibir tratamiento o negarse a este, a menos que esté indicado por medio de una orden judicial o esté bajo el cuidado de un tutor legal.
- El derecho a revisar los registros médicos a menos que un médico determine que no será beneficioso para el miembro.

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

Una queja de SMI es una solicitud para investigar si se infringieron los derechos de un miembro. Cualquier persona puede completar esta solicitud, pero debe ser entregada dentro de los 12 meses a partir de la fecha del incidente. Es importante que proporcione todos los detalles de tales eventos: nombre de las personas involucradas, cargo, agencias y fechas. También es importante que se enfoque en los hechos y que mencione la resolución que desea. Puede solicitar una queja de SMI de forma verbal comunicándose con Mercy Care. Si desea presentar una queja de SMI por escrito, envíe su apelación por correo a Mercy Care a la dirección que se encuentra en esta sección.

Si necesita ayuda para escribir su queja, comuníquese con su proveedor de salud conductual o con la Oficina de Derechos Humanos (OHR) del AHCCCS, al **602-364-4585** (Phoenix), **520-770-3100** (Tucson) o al **928-214-8231** (Flagstaff). Si necesita documentos para respaldar su queja, como registros médicos o planes de servicio individual, tiene derecho a solicitar esos registros.

Las quejas que se relacionen con el abuso físico, el abuso sexual o la muerte de una persona deben ser investigadas por el AHCCCS. Para presentar una queja que se relacione con el abuso físico, el abuso sexual o la muerte de una persona, comuníquese con la Oficina de Quejas y Apelaciones del AHCCCS:

AHCCCS Office of Grievance and Appeals
801 E. Jefferson
MD 6200
Phoenix, AZ 85034
Teléfono: **602-364-4575**
Fax: **602-364-4591**

Las personas sordas o con dificultades auditivas pueden llamar al Servicio de Retransmisión de Arizona al 711 o al 1-800-367-8939 para obtener ayuda para comunicarse con el AHCCCS.

Si presenta una queja o solicitud de investigación de SMI, la calidad de su atención no sufrirá ninguna consecuencia.

El Sistema de Contención de Costos de Atención Médica de Arizona (AHCCCS) está comprometido con garantizarle la disponibilidad de atención médica de salud conductual de calidad y de forma oportuna. Si aún tiene preguntas o problemas para acceder a los servicios, llame al Equipo de resolución clínica del AHCCCS al **602-364-4558** o **1-800-867-5808**. También puede informarnos de sus inquietudes acerca de la calidad de la atención enviando un correo electrónico a **CQM@azahcccs.gov**.

CAPÍTULO 10:

*Cancelación de su membresía
en el plan*

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

La finalización de su membresía en Mercy Care Advantage puede ser **voluntaria** (su elección) o **involuntaria** (cuando no es su elección):

- Es posible que deje nuestro plan porque ha decidido que *quiere* dejarlo. Las Secciones 2 y 3 proporcionan información sobre la cancelación de su membresía de manera voluntaria.
- También hay situaciones limitadas en las que no decide dejarlo, pero nos vemos obligados a cancelar su membresía. La Sección 5 describe situaciones en las que podemos finalizar su membresía.

Si está dejando nuestro plan, nuestro plan debe continuar brindando su atención médica y sus medicamentos con receta y seguirá pagando su costo compartido hasta que finalice su membresía.

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

Sección 2.1	Es posible que pueda finalizar su membresía porque tiene Medicare y AHCCCS (Medicaid)
--------------------	--

La mayoría de las personas con Medicare pueden finalizar su membresía solo durante ciertos momentos del año. Debido a que tiene Medicaid, es posible que pueda cancelar su membresía en nuestro plan o cambiar a un plan diferente, una vez durante cada uno de los siguientes Períodos de inscripción especial:

- De enero a marzo
- De abril a junio
- De julio a septiembre

Si se unió a nuestro plan durante uno de estos períodos, deberá esperar el próximo período para cancelar su membresía o cambiar a un plan diferente. No puede utilizar este Período de inscripción especial para cancelar su membresía en nuestro plan entre octubre y diciembre. Sin embargo, todas las personas con Medicare pueden realizar cambios durante el Período de inscripción anual desde el 15 de octubre al 7 de diciembre. La Sección 2.2 le brinda más información sobre el Período de inscripción anual.

- Elija cualquiera de los siguientes tipos de planes de Medicare:
 - Otro plan de salud de Medicare con o sin cobertura para medicamentos con receta
 - Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare
 - Original Medicare sin un plan separado de medicamentos con receta de Medicare

- Si elige esta opción, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar de la inscripción automática.

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

Comuníquese con la oficina de Medicaid del estado para obtener información sobre las opciones de planes de Medicaid (los números de teléfono se encuentran en la Sección 6 del Capítulo 2 de este documento).

- **¿Cuándo finalizará su membresía?** Su membresía se cancelará normalmente el primer día del mes después de que recibamos su solicitud para cambiar su plan. Su inscripción en su nuevo plan también comenzará este día.
- **¿Qué sucede con mi membresía en mi plan de AHCCCS (Medicaid)?** Cuando cancele su membresía en Mercy Care Advantage, aún estará inscrito en AHCCCS (Medicaid) a menos que pierda su elegibilidad.

Sección 2.2	Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción anual
--------------------	--

Usted puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción anual (también conocido como “Período de inscripción abierta anual”). Durante este tiempo, revise su cobertura de salud y de medicamentos y decida sobre la cobertura para el próximo año.

- **El Período de inscripción anual** va del **15 de octubre al 7 de diciembre**.
- **Elija 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.
 - Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare

O BIEN

 - Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
- **Su membresía finalizará en nuestro plan** cuando comience la cobertura de su nuevo plan, el 1 de enero.

Si recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar los medicamentos con receta: Si se pasa a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos con receta de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar de la inscripción automática.

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

Sección 2.3 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 anual de Medicare Advantage** va del 1 de enero al 31 de marzo.
- **Durante el Período de inscripción abierta anual de Medicare Advantage**, puede realizar lo siguiente:
 - Cambiarse a otro plan Medicare Advantage con o sin cobertura para medicamentos con receta.
 - Cancelar su inscripción en nuestro plan y obtener la cobertura mediante Original Medicare. Si elige cambiarse a Original Medicare en este período, también puede inscribirse en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare en ese momento.
- **Su membresía finalizará** el primer día del mes después de que se inscriba en un plan Medicare Advantage diferente o de que recibamos su solicitud de cambio a Original Medicare. Si también elige inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare, su membresía en el plan de medicamentos comenzará el primer día del mes después de que el plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

Sección 2.4 En ciertas situaciones, puede cancelar su membresía durante un Período de inscripción especial

En ciertas situaciones, puede ser elegible para cancelar su membresía en otros momentos del año. Esto se conoce como **Período de inscripción especial**.

Es posible que sea elegible para finalizar su membresía durante el Período de inscripción especial si alguna de las siguientes situaciones se aplica en su caso. 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 AHCCCS (Medicaid).
- Si es elegible para recibir “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos con receta de Medicare.

- Si rompemos nuestro contrato con usted.
- Si está recibiendo atención en una institución, como un hogar de convalecencia o un hospital de atención a largo plazo (LTC).

Nota: si participa en un programa de administración de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de plan. Encontrará más información sobre los programas de administración de medicamentos en la Sección 10 del Capítulo 5.

Nota: la Sección 2.1 le brinda más información sobre el período de inscripción especial para personas con AHCCCS (Medicaid).

- **Los períodos de tiempo de inscripción varían** según cada caso.
- **Para saber si es elegible para un Período de inscripción especial**, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si es elegible para cancelar su membresía debido a una situación especial, puede elegir cambiar tanto su cobertura de salud como su cobertura para medicamentos con receta de Medicare. Puede elegir lo siguiente:
- Otro plan de salud de Medicare con o sin cobertura para medicamentos con receta.
- Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare

O BIEN

- Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.

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

Si recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar los medicamentos con receta: Si se pasa a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos con receta de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar de la inscripción automática.

Generalmente, su membresía finalizará el primer día del mes después de que se recibe su solicitud para cambiar su plan.

Nota: las Secciones 2.1 y 2.2 le brindan más información sobre el período de inscripción especial para personas con AHCCCS (Medicaid) y Ayuda adicional.

Sección 2.5 ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía?

Si tiene alguna pregunta sobre la cancelación de su membresía, puede realizar lo siguiente:

- **Llamar al Departamento de Servicios para Miembros**
- Encuentre la información en el manual *Medicare & You 2023* (Medicare y usted para 2023).
- Comuníquese con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. (TTY 1-877-486-2048).

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

La siguiente tabla explica cómo debe cancelar su membresía en nuestro plan.

Si desea cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
Otro plan de salud de Medicare	<ul style="list-style-type: none">• Inscribirse en el nuevo plan de salud de Medicare. Su nueva cobertura entrará en vigencia el primer día del siguiente mes.• Automáticamente, se cancelará su inscripción en Mercy Care Advantage cuando comience la cobertura del nuevo plan.
Original Medicare <i>con</i> un plan separado de medicamentos con receta de Medicare	<ul style="list-style-type: none">• Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos con receta de Medicare. Su nueva cobertura entrará en vigencia el primer día del siguiente mes.• Automáticamente, se cancelará su inscripción en Mercy Care Advantage cuando comience la cobertura del nuevo plan.

Si desea cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
<p>Original Medicare <i>sin</i> un plan separado de medicamentos con receta de Medicare</p> <ul style="list-style-type: none">○ Si se pasa a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos con receta de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar de la inscripción automática.○ Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos con receta de Medicare y no tiene otra cobertura acreditable para medicamentos con receta durante 63 días seguidos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía para inscribirse más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.	<ul style="list-style-type: none">● Envíenos una solicitud por escrito para cancelar su inscripción Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros.● También puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana y pedir que cancelen su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.● Se cancelará su inscripción en Mercy Care Advantage cuando comience su cobertura de Original Medicare.

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

Si tiene preguntas sobre sus beneficios de AHCCCS (Medicaid), comuníquese con AHCCCS al 602-417-4000 o al 1-800-654-8713, (TTY 1-800-367-8939), de 08:00 a. m. a 05:00 p. m., de lunes a viernes (excepto los feriados estatales). Puede llamar al Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP) de Arizona al 602-542-4446 o al 1-800-432-4040. En Arizona, el SHIP se llama División de Servicios para Personas Adultas y de Edad Avanzada del Departamento de Seguridad Económica. Pregunte cómo la inscripción en otro plan o el regreso a Original Medicare afecta el modo en que obtiene su cobertura de AHCCCS (Medicaid).

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 de Mercy Care Advantage y comience su nueva cobertura de Medicare, debe continuar recibiendo su atención médica y sus medicamentos con receta a través de nuestro plan.

- **Siga usando nuestros proveedores de la red para recibir atención médica.**
- **Siga usando las farmacias o el *pedido por correo* de nuestra red para obtener sus medicamentos con receta.**
- **Si está hospitalizado el día que finaliza su membresía, su hospitalización estará cubierta por nuestro plan hasta que le den el alta** (incluso si le dan el alta después de que comience su nueva cobertura médica).

SECCIÓN 5 Mercy Care Advantage debe finalizar su membresía en el plan en determinadas situaciones

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos cancelar su membresía en el plan?
--

Mercy Care Advantage debe finalizar su membresía en el plan en cualquiera de los siguientes casos:

- Si ya no tiene las Partes A y B de Medicare.
- Si ya no es elegible para AHCCCS (Medicaid). Como se indica en la Sección 2.1 del Capítulo 1, nuestro plan es para personas que son elegibles para Medicare y AHCCCS (Medicaid). Si pierde su elegibilidad para AHCCCS (Medicaid), su cobertura con Mercy Care Advantage finalizará 2 meses después de su fecha de finalización de AHCCCS (Medicaid), si no recupera la elegibilidad para dicha cobertura.
- Si se muda fuera del área de servicio.
 - Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio durante más de seis meses. Si se muda o realiza un viaje largo, llame al Departamento de Servicios para Miembros para averiguar si el lugar a donde se muda o al que viaja está en el área de nuestro plan.
- Si es encarcelado (va a prisión).
- Si ya no es ciudadano de los Estados Unidos ni residente legal de los Estados Unidos.
- Si miente o retiene información sobre otro seguro que tenga que le ofrece cobertura para medicamentos con receta.
- Si nos da intencionalmente información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).

- Si permanentemente se comporta de una forma que es perturbadora y hace que sea difícil que les brindemos atención médica a usted y a otros miembros del plan. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
- Si deja que otra persona use su tarjeta de miembro para obtener atención médica. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
 - Si finalizamos su membresía por esta razón, es posible que Medicare haga que el Inspector general investigue su caso.
- Si usted debe pagar un monto adicional para la Parte D debido a sus ingresos y no lo hace, Medicare cancelará su inscripción en el plan.

¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene alguna pregunta o desea recibir más información sobre cuándo podemos finalizar su membresía, llame al Departamento de Servicios para Miembros.

Sección 5.2	<u>No podemos pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con la salud</u>
--------------------	---

Mercy Care Advantage no está autorizado a pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con la salud.

¿Qué debe hacer si sucede esto?

Si considera que le están pidiendo que cancele su inscripción en nuestro plan por un motivo relacionado con la salud, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) durante las 24 horas, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

Sección 5.3	Tiene derecho a presentar un reclamo si cancelamos su membresía en nuestro plan
--------------------	--

Si finalizamos su membresía en nuestro plan, tenemos la obligación de darle por escrito nuestros motivos de dicha cancelación. También debemos explicarle cómo puede presentar una queja o un reclamo sobre nuestra decisión de cancelar su membresía.

CAPÍTULO 11

Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes vigentes

La ley principal que se aplica a este documento de *Evidencia de cobertura* es el título XVIII de la Ley del Seguro Social y las normas creadas bajo esta Ley por parte de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Además, es posible que se apliquen otras leyes federales y, en determinadas circunstancias, las leyes del estado en el que vive. 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 cuestiones de raza, origen étnico, nacionalidad, color, religión, sexo, género, edad, orientación sexual, discapacidad física o mental, estado de salud, experiencia con reclamaciones, historia clínica, información genética, evidencia de asegurabilidad ni ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que ofrecen planes Medicare Advantage, como nuestro plan, deben cumplir con las leyes federales contra la discriminación, incluido el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley del Cuidado de Salud de Bajo Costo, todas las demás leyes que se aplican a las organizaciones que reciben fondos federales y cualquier otra ley o norma que se aplique por cualquier otra razón.

Si desea obtener más información o tiene alguna inquietud en cuanto a discriminación o un trato que no ha sido imparcial, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Sociales al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a su Oficina de Derechos Civiles local. También puede revisar la información de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Sociales en <https://www.hhs.gov/ocr/index>.

Si usted tiene una discapacidad y necesita ayuda con el acceso a la atención, llámenos al Departamento de Servicios para Miembros. Si tiene un reclamo, como un problema con el acceso para sillas de ruedas, el Departamento de Servicios para Miembros puede ayudarlo.

SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos por Medicare en los que Medicare no es el pagador principal. Según las regulaciones de los CMS en el Título 42, Secciones 422.108 y 423.462 del Código de Regulaciones Federales (CFR), Mercy Care Advantage, como una organización Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que los que la Secretaría ejerce conforme a las regulaciones de los CMS en las subpartes B a D de la parte 411 del Título 42 del CFR, y las normas establecidas en esta sección sustituyen cualquier legislación estatal.

Responsabilidad del inscrito: Los afiliados no serán responsables del pago de ningún cargo que sea obligación legal de Mercy Care Advantage.

Capítulo 11 Avisos legales

En algunas situaciones, otras partes deben pagar por su atención médica antes que su plan de salud Medicare Advantage (MA). En dichas situaciones, su plan Medicare Advantage podría pagar, pero tendrá derecho a cobrarles los pagos a dichos terceros. Los planes Medicare Advantage podrían no ser el pagador principal de la atención médica que recibe. Estas situaciones incluyen aquellas en que el programa federal de Medicare se considera un pagador secundario conforme a las leyes de pagador secundario de Medicare. Para obtener información sobre el programa federal de pagador secundario de Medicare, Medicare redactó un folleto con información general sobre qué sucede cuando las personas con Medicare tienen un seguro adicional. Se llama *Medicare and Other Health Benefits: Your Guide to Who Pays First (Medicare y otros beneficios de salud: su guía sobre quién paga primero)* (número de publicación 02179). Puede obtener una copia llamando al 1-800-MEDICARE, durante las 24 horas, los 7 días de la semana o visitando el sitio web <http://www.medicare.gov>.

Los derechos del plan a recuperar el dinero en estas situaciones se basan en las condiciones de este contrato de plan de salud, así como en las disposiciones de los estatutos federales que rigen el programa de Medicare. La cobertura de su plan MA siempre es secundaria a cualquier pago realizado o que se podría esperar razonablemente que se realice en virtud de lo siguiente:

- una ley o plan de compensación laboral de los Estados Unidos o de un estado;
- un seguro no basado en culpa, incluido seguro automotriz y no automotriz sin culpa y seguro de pagos médicos;
- una póliza o un plan de seguro de responsabilidad (incluido un plan de autoasegurado) emitidos conforme a una póliza o cobertura automotriz o de otro tipo;
- una póliza o un plan de seguro automotriz (incluido un plan de autoasegurado), incluidas, entre otras, coberturas contra conductores no asegurados o con seguro insuficiente.

Dado que su plan MA siempre es secundario a cualquier cobertura automotriz sin culpa (protección contra lesiones personales) o cobertura de pagos médicos, debe revisar sus pólizas de seguro automotriz para asegurar que se hayan seleccionado las disposiciones de póliza adecuadas para que su cobertura automotriz sea principal para su tratamiento médico a raíz de un accidente automovilístico.

Como se detalla en el presente documento, en estas situaciones, su plan MA podría efectuar pagos en su nombre por esta atención médica, sujeto a las condiciones establecidas en esta disposición para que el plan recupere estos pagos de usted o de otras partes. Inmediatamente después de realizar un pago condicional, su plan MA adquirirá (ejercerá) todos los derechos de recuperación que usted tenga frente a cualquier persona, entidad o aseguradora responsable de provocarle una lesión, enfermedad o afección, o frente a cualquier persona, entidad o aseguradora identificada anteriormente como pagador principal.

Además, si recibe pagos de cualquier persona, entidad o aseguradora responsable de provocarle una lesión, enfermedad o afección, o bien si usted recibe pagos de cualquier persona, entidad o aseguradora identificada anteriormente como pagador principal, su plan MA tiene derecho a recuperar y recibir un reembolso de todos los pagos condicionales que el plan haya efectuado o efectuará a raíz de dicha lesión, enfermedad o afección.

Capítulo 11 Avisos legales

Su plan MA tendrá automáticamente un derecho de retención, según el alcance de los beneficios que pagó para el tratamiento de la lesión, enfermedad o afección, hasta su recuperación ya sea mediante acuerdo, sentencia o de otro modo. La retención podría ejercerse contra cualquier tercero que tenga fondos o activos que representen el monto de los beneficios pagados por el plan, incluidos, entre otros, usted, sus representantes o agentes, otra persona, entidad o aseguradora responsable de provocarle una lesión, enfermedad o afección, u otra persona, entidad o aseguradora identificada anteriormente como pagador principal.

Si acepta los beneficios (ya sea que el pago de dichos beneficios se le efectúe a usted o en su nombre a un proveedor de atención médica) de su plan MA, usted reconoce que los derechos de recuperación del plan constituyen una reclamación prioritaria y que deben pagarse al plan antes que cualquier otra reclamación por los daños que haya sufrido. El plan tendrá derecho a recibir un reembolso completo sobre la base del primer dólar de cualquier pago, incluso si dicho pago al plan resulta en una recuperación para usted que es insuficiente para resarcirlo por completo o compensarlo en parte o en su totalidad por los daños que sufrió. Su plan MA no está obligado a participar o a pagar costos procesales ni honorarios de abogados contratados por usted para ejercer su reclamación por daños.

Su plan MA está autorizado a la recuperación total, independientemente de la admisión de responsabilidad de pago de cualquier persona, entidad o aseguradora responsable de provocarle una lesión, enfermedad o afección; o de cualquier persona, entidad o aseguradora identificada anteriormente como pagador principal. El plan tiene derecho a recuperar la totalidad de lo pagado, independientemente de si el arreglo o la sentencia que usted recibió identifica los beneficios médicos que el plan proporcionó o tiene la intención de asignar una parte de dicho arreglo o sentencia al pago de gastos que no sean gastos médicos. El plan MA tiene derecho a la recuperación de todos y cada uno de los acuerdos o sentencias, incluso de aquellos designados en concepto de dolor y sufrimiento, daños no económicos o daños generales únicamente.

Usted y sus representantes legales deben colaborar plenamente con los esfuerzos del plan por recuperar los beneficios pagados. Tiene la obligación de notificarle al plan dentro de los 30 días de la fecha en la que se entrega el aviso a cualquiera de las partes, incluidos una compañía aseguradora o un abogado, acerca de su intención de entablar un procedimiento o investigar un reclamo para recuperar daños u obtener una compensación debido a una lesión, enfermedad o afección. Usted y sus agentes o representantes deben proporcionar toda la información solicitada por el plan o sus representantes. No podrá hacer nada para perjudicar el interés de subrogación o recuperación de su plan MA, o para perjudicar la capacidad del plan de ejercer las condiciones de esta disposición. Esto incluye, entre otros aspectos, abstenerse de realizar acuerdos u obtener recuperaciones que intenten reducir o excluir el costo total de todos los beneficios proporcionados por el plan.

Si no se entrega la información solicitada o no se brinda asistencia al plan MA para ejercer sus derechos de subrogación o recuperación, usted podría resultar personalmente responsable de reembolsarle al plan los beneficios pagados en relación con la lesión, enfermedad o afección, así como los honorarios razonables de los abogados del plan y los costos incurridos para obtener el reembolso de usted. Para obtener más información, consulte el inciso 42 del Código de Estados Unidos § 1395y(b)(2)(A)(ii) y los estatutos de Medicare.

CAPÍTULO 12:

Definiciones de palabras importantes

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

AHCCCS: (Sistema de Contención de Costos de Atención Médica de Arizona) es la agencia estatal que administra el programa Medicaid en Arizona con fondos federales y estatales. El AHCCCS celebra contratos con planes de salud de cuidado administrado y contratistas de programas para proporcionar servicios médicos y de atención a largo plazo a miembros elegibles.

Apelación: una apelación es un recurso que usted presenta si no está de acuerdo con la decisión de denegarle una solicitud de cobertura para servicios de atención médica o medicamentos con receta, o pagos por servicios o medicamentos que ya ha recibido. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con una decisión de interrumpir los servicios que está recibiendo.

Área de servicio: es un área geográfica donde debe vivir para inscribirse en un plan de salud en particular. Para los planes que limitan qué médicos y hospitales puede utilizar, también es generalmente el área donde puede obtener servicios de rutina (no emergencias). El plan debe cancelar su inscripción si se muda fuera del área de servicio del plan de manera permanente.

Atención de emergencia: corresponde a los servicios cubiertos que: (1) brindados por un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia; y (2) son necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia.

Atención en un centro de atención de enfermería especializada (SNF): son los servicios de atención de enfermería especializada o rehabilitación especializada brindados todos los días en un centro de atención de enfermería especializada. Los ejemplos de la atención incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo pueden ser aplicadas por un enfermero certificado o un médico.

Autorización previa: la aprobación por adelantado para obtener servicios o determinados medicamentos. En la Tabla de beneficios del Capítulo 4, se señalan los servicios cubiertos que necesitan autorización previa. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el Formulario.

Auxiliar de atención médica en el hogar: una persona que brinda servicios que no necesitan las habilidades de enfermeros o terapeutas certificados, como ayudar con la atención personal (por ejemplo, bañarse, usar el baño, vestirse o realizar ejercicios prescritos).

Ayuda adicional: un programa estatal o Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos con receta de Medicare, como las primas, los deducibles y el coseguro.

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

Centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF): un centro que brinda principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, como servicios médicos, fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios de patología del habla y del lenguaje, además de servicios de evaluación del entorno en el hogar.

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Centro quirúrgico ambulatorio: un centro quirúrgico ambulatorio es una entidad que funciona exclusivamente con el propósito de brindar servicios quirúrgicos a pacientes externos que no requieren hospitalización y que esperan no pasar más de 24 horas en el centro asistencial.

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

Cobertura acreditable para medicamentos con receta: cobertura para medicamentos con receta (por ejemplo, de un empleador o un sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura, cuando pasan a ser elegibles para Medicare, pueden normalmente mantener esa cobertura sin pagar una multa si deciden inscribirse más tarde en un plan de cobertura para medicamentos con receta de Medicare.

Cobertura para medicamentos con receta de Medicare (Parte D de Medicare): seguro que lo ayuda a pagar medicamentos con receta para pacientes externos, vacunas, productos biológicos y algunos suministros que no cubren la Parte A ni la Parte B de Medicare.

Copago: un monto que es posible que deba pagar como su parte del costo de un servicio o suministro médico, como una consulta con el médico, una consulta como paciente externo en un hospital o un medicamento con receta. Un copago es un monto establecido (por ejemplo, \$10) más que un porcentaje.

Coseguro: es un monto que se le pedirá que pague, expresado como un porcentaje (por ejemplo, el 20%) como la parte que le corresponde de los costos por servicios o medicamentos con receta.

Costo compartido diario: es posible que se aplique un “costo compartido diario” cuando su médico le recete un suministro de determinados medicamentos para menos de un mes completo, y usted debe pagar un copago. El costo compartido diario es el copago dividido por la cantidad de días de un suministro para un mes. A continuación, le presentamos un ejemplo: si su copago para un suministro de un medicamento para un mes es de \$30, y un suministro para un mes en su plan tiene 30 días, su “costo compartido diario” es de \$1 por día.

Costo compartido: el costo compartido se refiere a los montos que un miembro tiene que pagar cuando obtiene servicios o medicamentos. El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) cualquier monto deducible que puede imponer un plan antes de cubrir los servicios o medicamentos; (2) cualquier monto fijo de “copago” que un plan exige cuando se recibe un medicamento o servicio específico o (3) cualquier monto de “coseguro”, un porcentaje del monto total pagado por un servicio o medicamento que un plan exige cuando se recibe un medicamento o servicio específico.

Costo de suministro: una tarifa que se cobra cada vez que un medicamento cubierto se entrega para pagar el costo de obtener un medicamento con receta, tales como el tiempo que le insume al farmacéutico preparar y envolver el medicamento con receta.

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Costos que paga de su bolsillo: consulte la definición de “costo compartido” más arriba. El requisito de costo compartido de un miembro para pagar una parte de los servicios o medicamentos recibidos también se conoce como el requisito de costo que un miembro “paga de su bolsillo”.

Cuidado asistencial: el cuidado asistencial es la atención personal brindada en un hogar de convalecencia, hospicio u otro centro cuando usted no necesite atención médica o de enfermería especializada. El cuidado asistencial, proporcionado por personas que no tienen habilidades ni preparación profesional, incluyen ayuda con actividades de la vida diaria, como bañarse, vestirse, alimentarse, acostarse y levantarse de la cama o de la silla, desplazarse y utilizar el baño. Puede incluir el tipo de atención relacionada con la salud que la mayoría de las personas realizan por sí mismas, como por ejemplo, usar gotas para los ojos. Medicare no paga el cuidado asistencial.

Deducible: el monto que debe pagar por los medicamentos con receta o por la atención médica antes de que nuestro plan pague.

Departamento de Servicios para Miembros: un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder a sus preguntas sobre su membresía, beneficios, quejas y apelaciones.

Determinación de cobertura: una decisión para determinar si un medicamento que le recetaron está cubierto por el plan y el monto, si lo hubiera, que deberá pagar por el medicamento con receta. En general, si usted lleva su receta a la farmacia y allí le indican que el medicamento con receta no está cubierto por su plan, eso no es una determinación de cobertura. Deberá llamar o escribir a su plan para pedir una decisión de cobertura formal. Las determinaciones de cobertura también se llaman “decisiones de cobertura” en este documento.

Determinación de la organización: una decisión que nuestro plan toma sobre si los productos o servicios están cubiertos o sobre cuánto le corresponde pagar a usted por los productos o servicios cubiertos. Las determinaciones de la organización se denominan “decisiones de cobertura” en este documento.

Dispositivos ortésicos y protésicos: dispositivos médicos que incluyen, entre otros, dispositivos ortopédicos para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o una función internas del cuerpo, como suministros para ostomía y tratamiento nutricional enteral y parenteral.

Doble elegibilidad Plan de necesidades especiales (D-SNP): D-SNP inscribe a personas que tienen derecho a Medicare (título XVIII de la Ley del Seguro Social) y a asistencia médica de un plan estatal en virtud de Medicaid (título XIX). Los estados cubren algunos costos de Medicare, según el estado y la elegibilidad de la persona.

Emergencia: una emergencia médica es cuando usted o cualquier persona prudente, con un conocimiento promedio de salud y medicina, creen que presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar perder la vida, (y, si es una mujer embarazada, la pérdida de un niño no nacido), la pérdida de una extremidad o la función de una extremidad, o la pérdida

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

o discapacidad grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección que se agrava rápidamente.

Equipos médicos duraderos (DME): ciertos equipos médicos indicados por su médico por razones médicas. Los ejemplos incluyen andadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, bombas de infusión intravenosa, dispositivos para la generación del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital recetadas por un médico para usar en el hogar.

Etapa de cobertura en situaciones catastróficas: es la etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D en la que no paga un copago o coseguro por sus medicamentos después de que usted o alguna persona calificada en su nombre haya gastado \$7,400 en concepto de medicamentos cubiertos durante el año de cobertura.

Etapa de cobertura inicial: es la etapa antes de que el monto total de los costos de sus medicamentos, incluidos los montos que usted ha pagado y lo que el plan ha pagado en su nombre para el año, alcance \$7,400.

Evidencia de cobertura (EOC) y Divulgación de información: en este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro documento adjunto, cláusula adicional u otra cobertura opcional seleccionada, se explica su cobertura, lo que debemos hacer, sus derechos y lo que debe hacer usted como miembro de nuestro plan.

Excepción: un tipo de decisión de cobertura que, si se aprueba, le permite recibir un medicamento que no está en nuestro formulario (una excepción al formulario) o un medicamento no preferido a un nivel de costo compartido menor (una excepción de nivel). También puede solicitar una excepción si nuestro plan le obliga a probar otro medicamento antes de recibir el medicamento que está solicitando o si nuestro plan limita la cantidad o dosis del medicamento que está solicitando (una excepción al formulario).

Facturación de saldos: es cuando un proveedor (un médico o el hospital) factura al paciente más que el monto del costo compartido permitido del plan. Como miembro de Mercy Care Advantage, solo tiene que pagar los montos del costo compartido del plan cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores le “facturen el saldo” o cobren, de otra manera, más del monto del costo compartido que su plan indica que debe pagar.

Farmacia de la red: una farmacia que tiene un contrato con nuestro plan en la que los miembros del plan pueden obtener sus 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.

Farmacia fuera de la red: una farmacia que no ha celebrado un contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar los medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. La mayoría de los medicamentos que obtiene en las farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que se cumplan ciertas condiciones.

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Hospicio: es un beneficio que brinda un tratamiento especial para un miembro a quien se ha certificado médicamente que padece una enfermedad terminal, lo que significa tener una esperanza de vida de 6 meses o menos. Nosotros, su plan, debemos brindarle una lista de hospicios en su área geográfica. Si elige un hospicio y continúa pagando las primas, sigue siendo miembro de nuestro plan. Todavía podrá obtener todos los servicios médicamente necesarios, así como los beneficios complementarios que ofrecemos.

Hospitalización: una hospitalización es cuando usted ha sido ingresado formalmente en el hospital para recibir servicios médicos especializados. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un “paciente externo”.

Indicación médicamente aceptada: uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos y respaldado por ciertos libros de referencia.

Ingreso complementario administrado por el Seguro Social (SSI): es un beneficio mensual que paga el Seguro Social a las personas con ingresos y recursos limitados que tienen una discapacidad, están ciegas o tienen 65 años o más. Los beneficios del SSI no son iguales a los beneficios del Seguro Social.

Límite de cobertura inicial: el límite máximo de cobertura en la Etapa de cobertura inicial.

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

Lista de medicamentos cubiertos (Formulario o “Lista de medicamentos”): una lista de medicamentos con receta cubiertos por el plan.

Medicaid (o Asistencia médica): un programa conjunto, estatal y federal, que ayuda a solventar costos médicos de ciertas personas con bajos ingresos y recursos limitados. Los programas estatales de Medicaid varían, pero cubren la mayoría de los costos de atención médica si usted califica para Medicare y Medicaid.

Medicamento necesario: son los servicios, suministros o medicamentos que son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.

Medicamento de marca: medicamento con receta fabricado y vendido por la compañía farmacéutica que originariamente investigó y desarrolló dicho medicamento. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de ingrediente activo que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otros fabricantes de medicamentos y, normalmente, no están disponibles hasta que haya vencido la patente del medicamento de marca.

Medicamento genérico: un medicamento con receta que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA), dado que se considera que tiene los mismos ingredientes

activos que el medicamento de marca. Un medicamento “genérico” suele tener el mismo efecto que un medicamento de marca, pero, por lo general, es más económico.

Medicamentos cubiertos: es el término que se utiliza para referirse a todos los medicamentos con receta que cubre el plan.

Medicamentos de la Parte D: los medicamentos que pueden estar cubiertos por la Parte D. Podemos ofrecer todos los medicamentos de la Parte D o no. Ciertas categorías de medicamentos han sido excluidas de la cobertura de la Parte D por el Congreso. Ciertas categorías de medicamentos de la Parte D deben estar cubiertas por cada plan.

Medicare: el programa federal de seguros de salud destinado a personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas que padecen enfermedad renal terminal (por lo general, las que tienen insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o trasplante de riñón).

Miembro (miembro de nuestro Plan o “miembro del Plan”): una persona con Medicare elegible para recibir servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso (IRMAA): si su ingreso bruto ajustado modificado, como informó en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años, está por encima de cierto monto, pagará el monto estándar de la prima y un monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso, también conocido como IRMAA. IRMAA es un cargo adicional que se agrega a su prima. Menos del 5% de las personas con Medicare se encuentran afectadas, por lo que la mayoría de las personas no pagarán una prima más alta.

Monto máximo que paga de su bolsillo: es el monto máximo que paga de su bolsillo durante el año calendario para los servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B. Los montos que paga por las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare y los medicamentos con receta no se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo. Si es elegible para la asistencia de costo compartido de Medicare conforme a Medicaid, usted no es responsable de pagar ningún costo de su bolsillo para el monto máximo que paga de su bolsillo para los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (**Nota:** Debido a que nuestros miembros también obtienen asistencia de Medicaid, muy pocos alcanzan el monto máximo que pagan de sus bolsillos).

Multa por inscripción tardía de la Parte D: un monto que se suma a su prima mensual por la cobertura de medicamentos de Medicare si no tiene una cobertura acreditable (la cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare) durante un período continuo de 63 días o más después de que se vuelve elegible por primera vez para inscribirse en un plan de la Parte D. Si pierde la “Ayuda adicional”, es posible que deba pagar la multa por inscripción tardía, en caso de que pase 63 días seguidos o más sin la Parte D u otra cobertura para medicamentos con receta acreditable.

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.

Original Medicare (“Medicare tradicional” o Medicare con “pago por servicio”): el plan Original Medicare es ofrecido por el gobierno y no por planes de salud privados, como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos con receta. En Original Medicare, los servicios de Medicare están cubiertos al pagarles a los médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica los montos de pago establecidos por el Congreso. Usted puede consultar con cualquier médico, hospital o proveedor de atención médica que acepte Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga lo que le corresponde de la cantidad aprobada por Medicare, y usted paga lo que le corresponde a usted. Original Medicare tiene dos partes: la Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico), y está disponible en todas partes en los EE. UU.

Parte C: consulte “Plan Medicare Advantage (MA)”.

Parte D: es el Programa voluntario de beneficios de medicamentos con receta de Medicare.

Período de beneficios: la manera en que nuestro plan y Original Medicare miden su uso de los servicios de los hospitales y el centro de atención de enfermería especializada (SNF). El período de beneficios comienza el día en que usted va a un hospital o centro de atención de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza cuando no ha recibido servicios de atención para pacientes internados en un hospital (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si ingresa en el hospital o en el centro de atención de enfermería especializada después de que un período de beneficios haya terminado, comenzará un período de beneficios nuevo. No hay límite en cuanto a la cantidad de períodos de beneficios.

Período de inscripción abierta de Medicare Advantage: el período durante el período del 1 de enero al 31 de marzo, en el que los miembros de un plan Medicare Advantage pueden cancelar sus inscripciones al plan y cambiarse a otro plan Medicare Advantage u obtener cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiarse a Original Medicare en este período, también puede inscribirse en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare en ese momento. El Período de inscripción abierta de Medicare Advantage también está disponible por un período de 3 meses después de que una persona se vuelve elegible para Medicare.

Período de inscripción inicial: el período en el que puede inscribirse en la Parte A y la Parte B de Medicare cuando es elegible por primera vez para recibir Medicare. Si es elegible para Medicare cuando cumpla 65 años, el Período de inscripción inicial es el período de 7 meses, que comienza 3 meses antes del mes en el que cumple 65 años, incluye el mes en el que cumple 65 años y termina 3 meses después del mes en el que cumple 65 años.

Persona con doble elegibilidad: una persona que reúne los requisitos para la cobertura de Medicare y Medicaid.

Plan de necesidades especiales: un tipo especial de plan Medicare Advantage que proporciona una atención médica más enfocada en grupos específicos de personas, como las que tienen

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Medicare y Medicaid, las que residen en un hogar de convalecencia o las que tienen ciertas afecciones médicas crónicas.

Plan de salud de Medicare: un plan de salud de Medicare ofrecido por una empresa privada que tiene un contrato con Medicare para brindar los beneficios de la Parte A y la Parte B a personas con Medicare que se inscriben en el plan. Incluye todos los planes Medicare Advantage, los planes de costos de Medicare, los planes de necesidades especiales, programas piloto/demostraciones y Programas de atención integral para las personas de edad avanzada (PACE).

Plan Medicare Advantage (MA): a veces llamado Parte C de Medicare. Es un plan ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindarle todos sus beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare. Un plan de Medicare Advantage puede ser i) una HMO, ii) una PPO, iii) un Plan privado de pago por servicio (PFFS) o iv) un plan de Cuenta de ahorro para gastos médicos de Medicare (MSA). Además de elegir estos tipos de planes, un plan Medicare Advantage HMO o PPO también puede ser un Plan de necesidades especiales (SNP). En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D (cobertura para medicamentos con receta) de Medicare. Estos planes se llaman **planes de cobertura para medicamentos con receta de Medicare Advantage**.

Póliza “Medigap” (seguro complementario de Medicare): el seguro complementario de Medicare vendido por una compañía de seguros privada para cubrir los “períodos sin cobertura” de Original Medicare. Las pólizas Medigap solo funcionan con Original Medicare. (Un plan Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

Prima: el pago periódico a Medicare, a una empresa de seguros o a un plan de salud para una cobertura de salud o de medicamentos con receta.

Programa de descuentos para el período sin cobertura de Medicare: es un programa que brinda descuentos para la mayoría de los medicamentos de marca cubiertos de la Parte D a los miembros de la Parte D que hayan alcanzado la Etapa del período sin cobertura y que aún no estén recibiendo “Ayuda adicional”. Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y ciertos fabricantes de medicamentos.

Proveedor de atención primaria (PCP): el médico u otro proveedor a quien usted consulta primero para la mayoría de los problemas de salud. En muchos planes de salud de Medicare, usted debe consultar con su proveedor de atención primaria antes de consultar con otro proveedor de atención médica.

Proveedor de la red: “proveedor” es el término general para médicos, otros profesionales de salud, hospitales y otros centros de atención médica que tienen licencia o están certificados por Medicare y por el estado para ofrecer servicios de atención médica. Los “**proveedores de la red**” tienen un convenio con nuestro plan para aceptar nuestro pago como pago total y, en algunos casos, para coordinar y prestar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de la red también se denominan “proveedores del plan”.

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red: un proveedor o centro que no ha celebrado un contrato con nuestro plan para coordinar u ofrecer servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no están empleados, ni son propiedad ni los opera nuestro plan.

Queja: un tipo de reclamo que usted presenta sobre nuestro plan, proveedores o farmacias, incluido un reclamo relacionado con la calidad de la atención brindada. Esto no está relacionado con disputas de cobertura ni de pago.

Reclamo: el nombre formal para “presentar un reclamo” es “interponer una queja”. El proceso de reclamos se aplica *solo* a 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 reclamos si su plan no sigue los períodos de tiempo del proceso de apelaciones.

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

Servicios cubiertos: el término que se utiliza para referirse a todos los servicios y suministros de atención médica cubiertos por nuestro plan.

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

Servicios de urgencia: son los servicios cubiertos que no son servicios de emergencia, proporcionados cuando los proveedores de la red no están disponibles o no es posible comunicarse con ellos temporalmente o cuando el inscrito se encuentra fuera del área de servicio. Por ejemplo, necesita atención inmediata durante el fin de semana. Los servicios deben ser de necesidad inmediata y médicamente necesarios.

Subsidio por bajos ingresos (LIS): consulte “Ayuda adicional”.

Tratamiento escalonado: herramienta de utilización que exige que primero intente tratar su afección con otro medicamento antes de que cubramos el medicamento que le recetó el médico en primer lugar.

Declaración sobre divulgación de la PRA. De acuerdo con la Ley de Reducción de Papel (Paperwork Reduction Act, PRA) de 1995, ninguna persona debe responder a una recopilación de información a menos que presente un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB). El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escríbanos a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

Departamento de Servicios para Miembros de Mercy Care Advantage (HMO SNP)

Método Información de contacto del Departamento de Servicios para Miembros

Llame al **602-586-1730** o **1-877-436-5288**

Las llamadas a estos números son gratuitas. De 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana.

El Departamento de Servicios para Miembros también ofrece servicios gratuitos de interpretación para las personas que no hablan inglés.

TTY **711**

Las llamadas a este número son gratuitas. De 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana

Correro postal Mercy Care Advantage (HMO SNP)
4500 E. Cotton Center Blvd.
Phoenix, AZ 85040

Sitio web www.MercyCareAZ.org

Departamento de Seguridad Económica, División de Servicios para Adultos y Personas de la Tercera Edad (SHIP de Arizona)

La División de Servicios para Adultos y Personas de la Tercera Edad del Departamento de Seguridad Económica es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguro de salud, a nivel local y en forma gratuita, a las personas que tienen Medicare.

Método **Contact Information**

Llame al **602-542-4446** o **1-800-432-4040**

Correro postal Department of Economic Security (DES)
Division of Aging and Adult Services
1789 W. Jefferson St.
Phoenix, AZ 85007

Sitio web <https://des.az.gov>