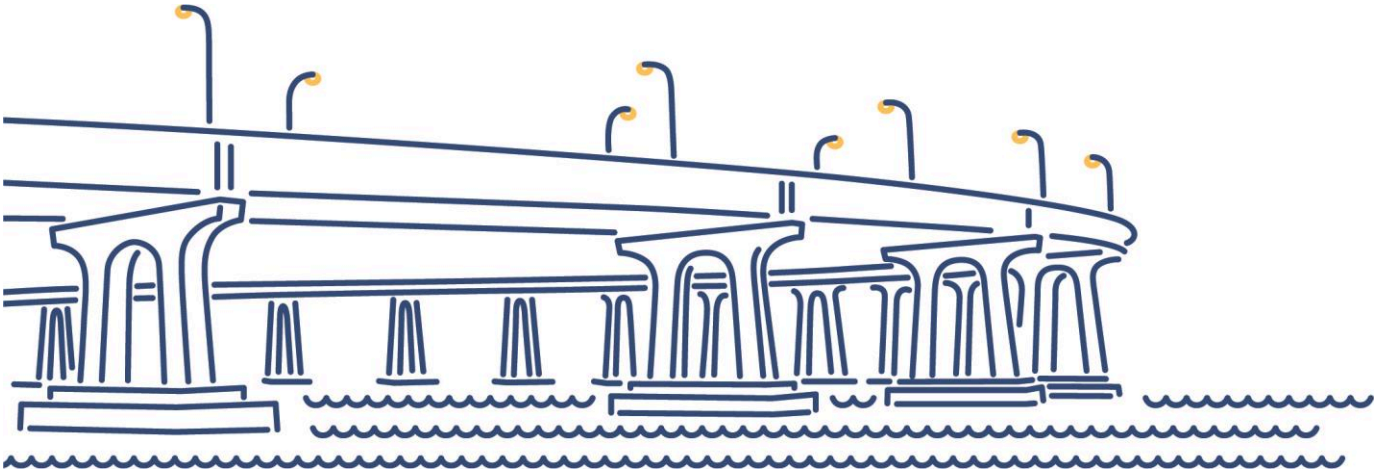
SHARP Health Plan

Sharp Direct Advantage®

2027 Evidencia de cobertura

Sharp Direct Advantage SDPEBA (HMO)

Exclusivo para los jubilados y dependientes de la ciudad de San Diego que cumplan con los requisitos para Medicare;
patrocinado por la Asociación de Beneficios para Empleados Públicos de San Diego (SDPEBA).



de enero 1 al 31 de diciembre de 2027

Evidencia de cobertura para 2027:

Sus beneficios y servicios de salud de Medicare y su cobertura de medicamentos como miembro del plan Sharp Direct Advantage SDPEBA (HMO)

En este documento, le brindamos información detallada sobre su cobertura de atención de salud y de medicamentos de Medicare desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2027. **Este es un documento legal importante. Manténgalo en un lugar seguro.**

Este documento explica sus beneficios y derechos. Utilice este documento para entender:

- La prima de nuestro plan y los costos compartidos
- Los beneficios médicos y de medicamentos
- Cómo presentar una queja si no está satisfecho con un servicio o tratamiento
- Cómo contactarnos
- Otras protecciones que exige la ley de Medicare.

Si tiene preguntas sobre este documento, llame a Servicio al Cliente al 1-855-562-8853 (los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 711). El horario de atención es de 7 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana. Si se comunica fuera del horario de atención, su llamada será atendida por nuestro sistema de correo de voz. Las llamadas son gratuitas.

Este plan, Sharp Direct Advantage SDPEBA (HMO) es ofrecido a través de Sharp Health Plan. (Al utilizar las palabras *“nosotros”, “nos” o “nuestro/a”* en esta Evidencia de cobertura, se hace referencia a Sharp Health Plan. Al plan Sharp Direct Advantage SDPEBA se hace referencia como “plan” o “nuestro plan”).

Este documento está disponible de forma gratuita en español.

Esta información está disponible en letra grande.

Los beneficios, las primas, los deducibles y/o los copagos o el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2027.

Nuestra lista de medicamentos cubiertos (Formulario), red de farmacias y/o red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso de cualquier cambio que pueda afectarle con al menos 30 días de antelación.

Aprobación de OMB 0938-1051 (Vence: Julio 31, 2029)

Índice

CAPÍTULO 1: Comenzar como miembro 6
SECCIÓN 1 Usted es miembro de Sharp Direct Advantage SDPEBA (HMO) 6
SECCIÓN 2 Requisitos de elegibilidad del plan 6
SECCIÓN 3 Materiales importantes para la membresía 7
SECCIÓN 4 Resumen de los costos importantes para 2027 9
SECCIÓN 5 Más información sobre la prima mensual del plan 15
SECCIÓN 6 Mantenga el registro de membresía de su plan actualizado 15
SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan 16

CAPÍTULO 2: Números de teléfono y recursos 18
SECCIÓN 1 Sharp Direct Advantage SDPEBA (HMO): información de contacto 18
SECCIÓN 2 Obtenga ayuda de Medicare 25
SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP) 26
SECCIÓN 4 Organización para el Mejoramiento de la Calidad (Quality Improvement, QIO) 27
SECCIÓN 5 Seguro Social 28
SECCIÓN 6 Medi-Cal 29
SECCIÓN 7 Programas para ayudar a las personas a pagar los medicamentos con receta 30
SECCIÓN 8 Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (Railroad Retirement Board, RRB) 32
SECCIÓN 9 Si tiene un seguro de grupo u otro seguro médico de un empleador 33

CAPÍTULO 3: Cómo usar nuestro plan para recibir servicios médicos 34
SECCIÓN 1 Cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan 34
SECCIÓN 2 Utilice a los proveedores dentro de la red del plan para recibir atención médica 36
SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios en caso de emergencia, catástrofe o necesidad urgente de atención médica 39
SECCIÓN 4 ¿Qué pasa si se le factura directamente el costo total de los servicios cubiertos? 42
SECCIÓN 5 Servicios médicos en un estudio de investigación clínica 42
SECCIÓN 6 Normas para obtener atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica 44
SECCIÓN 7 Normas para la posesión de equipo médico duradero 45

CAPÍTULO 4: Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que paga usted) 47

SECCIÓN 1 Explicación de los costos que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos 47
SECCIÓN 2 En el Cuadro de beneficios médicos se muestran sus beneficios y costos médicos 48
SECCIÓN 3 Servicios que no están cubiertos por nuestro plan (exclusiones) 93

CAPÍTULO 5: Uso de la cobertura del plan para los medicamentos de la Parte D 100
SECCIÓN 1 Normas básicas para la cobertura de la Parte D de nuestro plan 100
SECCIÓN 2 Surta su receta en una farmacia de la red o a través del servicio de venta por correo de nuestro plan 100
SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar en nuestra Lista de medicamentos 105
SECCIÓN 4 Medicamentos con restricciones de cobertura 107
SECCIÓN 5 Qué puede hacer si uno de sus medicamentos no tiene la cobertura que desearía que tuviese 108
SECCIÓN 6 Nuestra Lista de medicamentos puede cambiar durante el año 111
SECCIÓN 7 Tipos de medicamentos que no cubrimos 113
SECCIÓN 8 Cómo surtir una receta 114
SECCIÓN 9 Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales 115
SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad y administración de los medicamentos 116

CAPÍTULO 6: Cuánto paga por los medicamentos de la Parte D 119
SECCIÓN 1 Cuánto paga por los medicamentos de la Parte D 119
SECCIÓN 2 Etapas de pago de medicamentos para los miembros del plan Sharp Direct Advantage SDPEBA (HMO) 121
SECCIÓN 3 En la *Explicación de Beneficios (Explanation of Benefits, EOB)* de la Parte D se explica en qué fase de pago se encuentra usted 122
SECCIÓN 4 No hay deducible para Sharp Direct Advantage SDPEBA (HMO) 123
SECCIÓN 5 La Etapa de cobertura inicial 123
SECCIÓN 6 La Etapa de cobertura catastrófica 130
SECCIÓN 7 Cuánto paga por las vacunas de la Parte D 130

CAPÍTULO 7: Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura por servicios médicos o medicamentos cubiertos 133
SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe solicitarnos que paguemos nuestra parte correspondiente por los servicios o medicamentos cubiertos 133
SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos que le realicemos un reembolso o paguemos una factura que recibió 135

SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y le comunicaremos si fue aprobada o no 136

CAPÍTULO 8: Sus derechos y responsabilidades 137

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y la sensibilidad cultural 137

SECCIÓN 2 Sus responsabilidades como miembro de nuestro plan 143

CAPÍTULO 9: Si tiene algún problema o queja (decisión de cobertura, apelaciones, queja) 145

SECCIÓN 1 Qué debe hacer si tiene un problema o una inquietud 145

SECCIÓN 2 ¿Dónde obtener más información y ayuda personalizada? 145

SECCIÓN 3 ¿Qué proceso debe utilizar para su problema? 146

SECCIÓN 4 Guía de las decisiones de cobertura y apelaciones 146

SECCIÓN 5 Atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.....150

SECCIÓN 6 Medicamentos de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación 157

SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos cobertura para una hospitalización más prolongada si cree que su médico le está dando el alta demasiado pronto.....168

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo algunos servicios médicos si cree que su cobertura está terminando demasiado pronto.....173

SECCIÓN 9 Llevar su apelación a los Niveles 3, 4 y 5 176

SECCIÓN 10 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes 179

CAPÍTULO 10: Finalización de su membresía como miembro de nuestro plan.....183

SECCIÓN 1 Cómo finalizar su membresía en el plan 183

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan?.....183

SECCIÓN 3 Cómo finalizar su membresía en nuestro plan 185

SECCIÓN 4 Hasta que se finalice su membresía, debe seguir recibiendo sus medicamentos, artículos y servicios médicos a través de nuestro.....186

SECCIÓN 5 Sharp Health Plan debe finalizar la membresía en determinadas situaciones.186

CAPÍTULO 11: Avisos legales.....188

SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes vigentes 188

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación.....188

SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación de Medicare como Pagador Secundario.....190

CAPÍTULO 12: Definiciones 191

CAPÍTULO 1: Comenzar como miembro

SECCIÓN 1 Usted es miembro de Sharp Direct Advantage SDPEBA (HMO)

Sección 1.1 Usted está inscrito en Sharp Direct Advantage SDPEBA (HMO), que es un plan de HMO de Medicare

Su cobertura se proporciona a través de un contrato con su empleador, sindicato o fideicomiso anterior. Está cubierto por Medicare y elige obtener la cobertura de salud y medicamentos de Medicare a través de nuestro plan, Sharp Direct Advantage SDPEBA (HMO). Nuestro plan cubre todos los servicios de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, el costo compartido y el acceso de proveedores en este plan son diferentes del Medicare Original.

Sharp Direct Advantage SDPEBA (HMO) es un plan HMO de Medicare Advantage (HMO significa Organización para el Mantenimiento de la Salud) aprobado por Medicare y administrado por una compañía privada.

Sección 1.2 Información legal sobre la *Evidencia de Cobertura*

Esta *Evidencia de cobertura* es parte de nuestro contrato con usted sobre cómo el plan Sharp Direct Advantage SDPEBA (HMO) cubre su atención. Otras partes de este contrato incluyen su formulario de inscripción, la *Lista de medicamentos cubiertos* (formulario), y cualquier aviso que reciba de nosotros sobre cambios en su cobertura o condiciones que afecten su cobertura. Estos avisos a veces se denominan *cláusulas adicionales* o *enmiendas*.

Este contrato tiene vigencia durante los meses en los que usted esté inscrito en el plan Sharp Direct Advantage SDPEBA (HMO), entre el 1 de enero de 2027 y el 31 de diciembre de 2027.

Medicare nos permite realizar cambios en los planes que ofrecemos cada año calendario. Esto significa que podemos cambiar los costos y los beneficios del plan Sharp Direct Advantage SDPEBA (HMO) después del 31 de diciembre de 2027. Además, podemos decidir dejar de ofrecer el plan en su área de servicio después del 31 de diciembre de 2027.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar el plan Sharp Direct Advantage SDPEBA (HMO) cada año. Puede continuar recibiendo la cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan siempre que su empleador, sindicato o fondo fiduciario anteriores decidan continuar ofreciendo el plan y que Medicare renueve su aprobación.

SECCIÓN 2 Requisitos de elegibilidad del plan

Sección 2.1 Requisitos de elegibilidad

Usted es elegible para ser miembro de nuestro plan siempre que cumpla con todas estas condiciones:

- Tiene Medicare Parte A y Medicare Parte B.
- Vive en nuestra zona de cobertura geográfica (descrita en la sección 2.2). Las personas que están encarceladas no se consideran residentes en el área geográfica de servicio, aunque se encuentren físicamente en ella.
- Sea ciudadano estadounidense o tenga presencia legal en los Estados Unidos.
- Cumple con los requisitos de elegibilidad establecidos en la cobertura de salud a través del empleo del patrocinador del grupo del empleador o sindicato.

Sección 2.2 Área de servicio del plan Sharp Direct Advantage SDPEBA (HMO)

Nuestro plan está disponible solamente para las personas que viven en el área de servicio del plan. Para seguir siendo miembro de nuestro plan, debe continuar viviendo en nuestra área de servicio. El área de servicio se describe a continuación.

El área de servicio incluye este condado de California: condado de San Diego

Si se muda fuera del área de servicio de nuestro plan, no podrá seguir siendo miembro de este plan. Llame a Servicio al Cliente al 1-855-562-8853 (los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 711) para consultar si tenemos un plan en su nueva área. Cuando se mude, tendrá un período de inscripción especial para cambiarse a Medicare Original o inscribirse en un plan de salud o de medicamentos de Medicare en su nueva ubicación.

Si se muda o cambia su dirección postal, también es importante llamar al Seguro Social. Llame al Seguro Social al 1-800-772-1213 (los usuarios de TTY llaman al 1-800-325-0778).

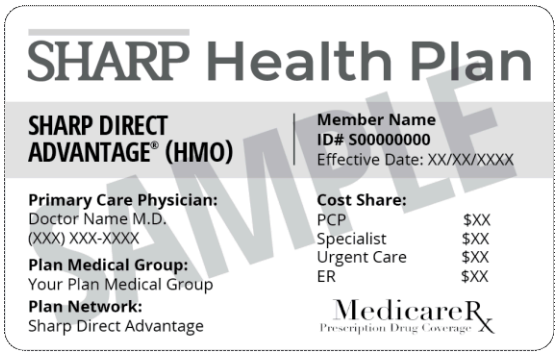
Sección 2.3 Ciudadano o nacional de los EE. UU., o extranjero elegible

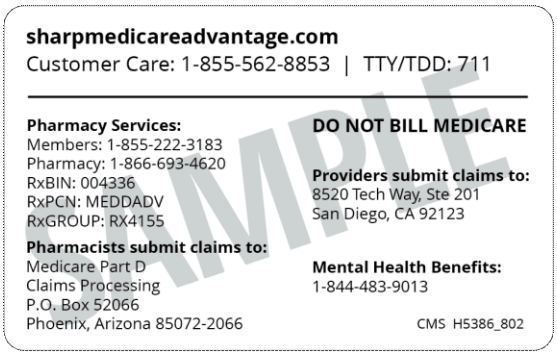
Usted debe ser un ciudadano o nacional de Estados Unidos, o un extranjero elegible para ser un miembro de un plan de salud de Medicare. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) le informará a nuestro plan si usted no es elegible para ser miembro según este requisito. Si no lo cumple, nuestro plan deberá darlo de baja.

SECCIÓN 3 Materiales importantes para la membresía

Sección 3.1 La tarjeta de membresía del plan

Utilice la tarjeta de membresía siempre que reciba servicios cubiertos a través del plan y cuando obtenga medicamentos con receta en farmacias de la red. Si tiene una tarjeta de Medicare, también deberá mostrársela al proveedor. Ejemplo de una tarjeta de membresía del plan:





NO utilice su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para servicios médicos cubiertos mientras sea miembro de este plan. Si usa la tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de membresía del plan Sharp Direct Advantage, es posible que tenga que pagar el costo completo de los servicios médicos. Guarde la tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Es posible que se le solicite que la presente si necesita servicios hospitalarios, servicios de cuidados paliativos y de hospicio o si participa en estudios de investigación clínica aprobados por Medicare (también llamados ensayos clínicos).

Si su tarjeta de membresía del plan se daña, se le pierde o se la roban, comuníquese con Servicio al Cliente al 1-855-562-8853 (los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 711) de inmediato y le enviaremos una nueva.

Sección 3.2 Directorio de proveedores y farmacias

El *Directorio de proveedores y farmacias* sharpmedicareadvantage.com/find-a-provider-or-pharmacy incluye los proveedores y farmacias que actualmente forman parte de la red.

Los proveedores de la red son los médicos y demás profesionales de la salud, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención de salud que tienen contrato con nosotros para aceptar nuestros pagos y los costos compartidos de los planes como pago completo.

Las farmacias de la red son farmacias que aceptan surtir recetas cubiertas para los miembros de nuestro plan. Utilice el *Directorio de farmacias* para encontrar la farmacia de red que desea utilizar. Vaya al capítulo 5, sección 2.5 para obtener información sobre cuándo puede utilizar farmacias que no pertenecen a la red de nuestro plan.

Debe ir a proveedores de la red para recibir atención y servicios médicos. Si consulta a otros proveedores sin la autorización correspondiente, tendrá que pagar el costo total. Las únicas excepciones son casos de emergencias, servicios de urgencia si la red no está disponible (es decir, en situaciones en las que no es posible ni razonable obtener servicios dentro de la red), sesiones de diálisis fuera del área y casos en los que esté autorizado el uso de proveedores fuera de la red conforme a Sharp Direct Advantage SDPEBA (HMO).

Si no tiene un *Directorio de proveedores y farmacias*, puede solicitarle una copia (electrónica o en papel) a Servicio al Cliente al 1-855-562-8853 (los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 711). Si solicita un *Directorio de proveedores y farmacias* en papel, se le enviará por correo en un plazo máximo de 3 días hábiles. También puede encontrar esta información en nuestro sitio web

en sharpmedicareadvantage.com/find-a-provider-or-pharmacy o descargarla desde este sitio web. Servicio al Cliente y el sitio web pueden facilitarle la información más actualizada sobre cambios en los proveedores de la red.

Sección 3.3 Lista de medicamentos (Formulario)

Nuestro plan cuenta con una *Lista de medicamentos cubiertos* (también llamada Lista de medicamentos o Formulario). En la lista, se indica qué medicamentos con receta están cubiertos por el beneficio de la Parte D de nuestro plan. Los medicamentos de esta lista son seleccionados por nuestro plan, con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La Lista de medicamentos cumple con todos los requisitos de Medicare. Los medicamentos con precios negociados en virtud del Programa de Negociación de Precios de Medicamentos de Medicare estarán incluidos en su Lista de medicamentos, salvo que hayan sido eliminados y reemplazados tal como se describe en la sección 6 del capítulo 5. Medicare aprobó la Lista de medicamentos de Sharp Direct Advantage SDPEBA (HMO).

La Lista de medicamentos también indica si existen normas que restringen la cobertura de un medicamento.

Le daremos una copia de la Lista de medicamentos. La Lista de medicamentos incluye información sobre los medicamentos cubiertos más utilizados por nuestros miembros. Sin embargo, también cubrimos otros medicamentos que no están incluidos en la Lista de medicamentos. Si alguno de sus medicamentos no figura en la Lista de medicamentos, visite nuestro sitio web o llame a Servicio al Cliente al 1-855-562-8853 (los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 711) para averiguar si lo cubrimos. Para obtener la información más completa y actualizada sobre qué medicamentos están cubiertos, visite sharpmedicareadvantage.com/druglist o llame a Servicio al Cliente al 1-855-562-8853 (los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 711).

SECCIÓN 4 Resumen de los costos importantes para 2027

	Sus costos en 2027
Prima mensual del plan* * La prima puede ser mayor o menor que este monto. Consulte la sección 4.1 para obtener más información.	**$239**
Monto de desembolso máximo Este es el monto de desembolso máximo que usted pagará por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B (Consulte el capítulo 4, sección 1, para obtener más detalles.)	**$1,500**

	Sus costos en 2027
Visitas al consultorio del proveedor de atención primaria	**$10 por visita**
Visitas al consultorio del especialista	**$10 por visita**
Hospitalizaciones Incluye varias hospitalizaciones de paciente hospitalizado como atención de emergencia, rehabilitación y atención a largo plazo. Una hospitalización de paciente hospitalizado comienza el día en que se le ingresa formalmente por orden médica y termina el día anterior a su alta.	**Hospitalización** **Copago de $0 por internación** **Atención de salud mental con internación (en hospital general)** **Copago de $0 por internación.** **Nuestro plan solo cubre 90 días de internación en un hospital de salud mental por período de beneficios.** **Día 91 en adelante: copago de $0 por cada "día de reserva de por vida" luego del día 90 por cada período de beneficios (hasta 60 días a lo largo de su vida).** **Una vez usados los días de reserva de por vida: usted paga todos los costos.**
Cobertura de medicamentos de la Parte D (Consulte el capítulo 6 para obtener más detalles, incluyendo el deducible anual, la cobertura inicial y la Etapa de cobertura catastrófica).	**Deducible de la cobertura de medicamentos de la Parte D** **$0** **Copago o coseguro según corresponda durante la etapa de cobertura inicial:** **Medicamentos del nivel 1: $10 por un suministro de 1 mes en farmacias minoristas.** **Medicamentos del nivel 2: $10 por un suministro de 1 mes en farmacias minoristas.** **Medicamentos del nivel 3: $20 por un suministro de 1 mes en farmacias minoristas.**

	Sus costos en 2027
	Medicamentos del nivel 4: **$20 por un suministro de 1 mes en farmacias minoristas.** **Medicamentos en el nivel 5:** **25% del costo por un suministro para 1 mes en farmacias minoristas.** **Medicamentos del nivel 6:** **$0 por un suministro para 1 mes en farmacias minoristas.** **No hay deducible de la Parte D para este plan.** **Etapa de cobertura catastrófica:** • **Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D.**

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

- Prima del plan (Sección 4.1)
- Prima mensual de la Parte B de Medicare (Sección 4.2)
- Prima por beneficio suplementario opcional (Sección 4.3)
- Multa por inscripción tardía de la Parte D (Sección 4.4)
- Importe ajustado mensual relacionado con los ingresos (Sección 4.5)
- Monto del plan de pago de medicamentos con receta de Medicare (Sección 4.6)

Sección 4.1 Prima del plan

Como miembro de nuestro plan, usted paga una prima mensual del plan. Para 2027, la prima mensual del plan para Sharp Direct Advantage SDPEBA (HMO) es de $239. Además, debe seguir pagando la prima de Medicare Parte B (a menos que Medi-Cal o un tercero la paguen por usted). Su cobertura se ofrece mediante un contrato con su empleador actual, su empleador anterior o su sindicato. Comuníquese con la Asociación de Beneficios para Empleados Públicos de San Diego (SDPEBA) cal 1-888-315-8027 para obtener información sobre la prima de su plan.

En algunas situaciones, la prima de su plan podría ser menor

La Ayuda Adicional es un programa para ayudar a personas con recursos limitados a pagar sus medicamentos. Obtenga más información sobre este programa en el Capítulo 2, Sección 7. Si reúne los requisitos, afiliarse a este programa podría reducir la prima mensual de su plan.

Si ya recibe ayuda de este programa, **es posible que la información sobre las primas incluida en esta *Evidencia de Cobertura no* se aplique a usted.** Le hemos enviado un documento aparte, llamado *Evidencia de cobertura para personas que reciben Ayuda Adicional para pagar medicamentos con receta* (también conocida como *Cláusula adicional de subsidio para personas de bajos ingresos* o la *Cláusula adicional LIS*), que le informa sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene este documento, llame a Servicio al Cliente al 1-855-562-8853 (los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 711) y solicite la *Cláusula adicional LIS*.

Las primas de la Parte B y la Parte D de Medicare varían para las personas que tienen distintos ingresos. Si tiene preguntas sobre la prima mensual del plan, consulte su copia del manual *Medicare y usted 2027*, en la sección titulada *Costos de Medicare para el 2027*. Descargue una copia del sitio web de Medicare (Medicare.gov/medicare-and-you) o pida una copia impresa por teléfono al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 4.2 Prima mensual de la Parte B de Medicare

A muchos miembros se les exige que paguen otra prima mensual del plan de Medicare.

Además de pagar la prima mensual del plan, usted debe continuar pagando las primas de Medicare para seguir siendo miembro de nuestro plan. Esto incluye la prima correspondiente a la Parte B. También puede pagar una prima de la Parte A si no es elegible para tener la Parte A sin primas.

Sección 4.3 Multa por inscripción tardía de la parte D

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 cualquier momento una vez finalizado su período de inscripción inicial, hubo un período de 63 días seguidos o más en el que no tuvo cobertura de la Parte D u otra cobertura válida de medicamentos. La cobertura acreditable de medicamentos es la que satisface los estándares mínimos de Medicare porque se espera que pague, en promedio, por lo menos lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos de Medicare. El costo de la multa por inscripción tardía depende del tiempo que haya estado sin cobertura de la Parte D u otra cobertura válida de medicamentos. En general, tendrá que pagar esta multa mientras tenga cobertura de la Parte D.

La multa por inscripción tardía de la Parte D se sumará a la prima mensual. Cuando se inscribe por primera vez en Sharp Direct Advantage SDPEBA (HMO), le informamos sobre el monto de la multa.

No tiene que pagar la multa por inscripción tardía en la Parte D si:

- Recibe Ayuda Adicional de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos.

- Pasó menos de 63 días consecutivos sin la parte D o cualquier otra cobertura válida.
- Usted tenía una cobertura de medicamentos acreditable a través de otra fuente (como un antiguo empleador, un sindicato, TRICARE o la Administración de Salud de Veteranos [VA]). Su aseguradora o departamento de recursos humanos le informará cada año si su cobertura de medicamentos es una cobertura acreditable. Es posible que reciba esta información en una carta o en un boletín informativo de ese plan. Guarde esta información, ya que puede necesitarla si más adelante se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.
    - **Nota:** En toda carta o aviso, se debe indicar que usted tenía una cobertura acreditable de medicamento con receta que se espera que con ella se pague lo mismo que con el plan de medicamentos estándar de Medicare.
    - **Nota:** Las tarjetas de descuento para medicamentos recetados, las clínicas gratuitas y los sitios web de descuento en medicamentos no constituyen una cobertura acreditable para medicamentos recetados.

Medicare determina el monto de la multa por inscripción tardía de la Parte D. Así es como funciona:

- Si estuvo 63 días o más sin la Parte D u otra cobertura acreditable de medicamento con receta después de ser elegible por primera vez para inscribirse en la Parte D, nuestro plan contará el número de meses completos en los que no tuvo cobertura.
- A continuación, Medicare determina el importe de la prima mensual media de los planes de medicamentos de Medicare en el país durante el año anterior (prima base nacional para los beneficiarios). Para 2026, este monto promedio de la prima fue de $41.33. Esta cantidad puede cambiar para 2027.
- Para calcular la multa mensual, Medicare multiplica el número de meses no cubiertos (porcentaje de multa) por 1% de la prima básica nacional para beneficiarios y luego redondea ese importe a los 10 céntimos más cercanos. Por ejemplo, si no tuvo cobertura de la Parte D u otra cobertura acreditable durante 14 meses, el porcentaje de la multa será del 14% $41.33, lo que equivale al $5.78. Esto se redondea a $5.80. Este importe se añadiría **a la prima mensual del plan para alguien con la multa por inscripción tardía en la Parte D**.

Tres cosas importantes que debe saber sobre la multa por inscripción tardía mensual en la Parte D:

- **La penalidad puede cambiar cada año** ya que la prima básica nacional para beneficiarios puede cambiar cada año.
- **Por lo general, continuará pagando una multa** cada mes mientras esté inscrito en un plan que incluya beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare, incluso si cambia de plan.
- Si tiene menos de 65 años y está inscripto en Medicare, la multa por inscripción tardía a la parte D se restablecerá cuando cumpla 65. A partir de los 65 años de edad, la multa por

inscripción tardía a la Parte D se calcula en función de los meses en que no tenga cobertura después de su periodo de inscripción inicial para acceder a Medicare debido a su edad.

Si usted no está de acuerdo con la multa por inscripción tardía en la Parte D, usted o su representante puede pedir una reconsideración (apelación) de la multa. La reconsideración está a cargo de un ente de revisión independiente que no está relacionado con nosotros. Por lo general, debe solicitar esta reconsideración en un plazo de **60 días** a partir de la fecha de la primera carta que recibe con el aviso de que debe pagar una multa por inscripción tardía. Sin embargo, si usted estaba pagando una multa antes de unirse a nuestro plan, probablemente no pueda pedir la reconsideración de esa multa por inscripción tardía.

Importante: no deje de pagar la multa por inscripción tardía en la Parte D mientras espera la revisión de la decisión de esta. Si lo hace, podrían darle de baja por no pagar las primas de su plan.

Sección 4.4 Importe de ajuste mensual relacionado con los ingresos

Algunos miembros pueden tener que pagar un cargo adicional, conocido como “monto de ajuste mensual por ingresos” (Income Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA) de la Parte D. El cargo adicional se calcula con sus ingresos brutos ajustados modificados que figuran en su declaración de impuestos del Servicio de Impuestos Internos (IRS) de hace 2 años. Si este monto es superior a cierto monto, pagará el monto de la prima estándar y el IRMAA adicional. Para obtener más información sobre el monto adicional que podría tener que pagar según sus ingresos, visite Medicare.gov/health-drug-plans/part-d/basics/costs.

Si tiene que pagar un IRMAA adicional, el Seguro Social, no su plan de Medicare, le enviará una carta informándole cuál será ese monto adicional. El monto adicional será retenido de su cheque de beneficios del Seguro Social, de la Junta de Jubilación de Empleados 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 su cheque de beneficios no es suficiente para cubrir el monto adicional, recibirá una factura de Medicare. **Debe pagar el IRMAA adicional al gobierno. No se puede pagar con la prima de su plan mensual. Si no paga el IRMAA adicional, se le dará de baja de nuestro plan y perderá la cobertura de medicamento con receta.**

Si no está de acuerdo con el pago de un IRMAA adicional, puede solicitar a la Seguridad Social que revise la decisión. Para saber cómo hacerlo, llame al Seguro Social al 1-800-772-1213 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778).

Sección 4.5 Monto del Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare

Si participa en el Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare, cada mes deberá pagar la prima de su plan (si tiene una) y recibirá una factura de su plan de salud o de medicamentos por su medicamento con receta (en lugar de pagarle a la farmacia). Su factura mensual se basa en lo que adeuda por cualquier receta que reciba, más el saldo del mes anterior, dividido por la cantidad de meses restantes en el año.

En la sección 2 del capítulo 7, se brinda más información sobre el Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare. Si no está de acuerdo con el monto facturado como parte de esta opción de pago, puede seguir los pasos del Capítulo 9 para presentar una queja o apelación.

SECCIÓN 5 Más información sobre la prima mensual del plan

Sección 5.1 Cómo pagar la prima de su plan

Su cobertura se proporciona a través de un contrato con su empleador actual, anterior o sindicato. Para obtener información sobre la prima de su plan, comuníquese con la Asociación de Beneficios para Empleados Públicos de San Diego (SDPEBA) al 1-888-315-8027.

Sección 5.2 La prima mensual de su plan no cambiará durante el año

No podemos cambiar el importe de la prima mensual de nuestro plan durante el año. Si la prima mensual del plan cambia para el próximo año, se lo informaremos antes del nuevo año de beneficios, y la nueva prima entrará en vigor el 1 de enero.

Si usted es elegible para Ayuda Adicional o pierde su elegibilidad para Ayuda Adicional durante el año, es posible que cambie lo que le corresponde pagar como prima de su plan. Si reúne los requisitos para recibir Ayuda Adicional con los costos de su cobertura de medicamentos, la Ayuda Adicional paga parte de la prima mensual de su plan. Si pierde su elegibilidad para la Ayuda Adicional durante el año, deberá comenzar a pagar la prima mensual completa del plan. Para obtener más información sobre la Ayuda Adicional, consulte el capítulo 2, sección 7.

SECCIÓN 6 Mantenga el registro de membresía de su plan actualizado

Su registro de membresía contiene información de su formulario de inscripción, incluyendo su dirección y número de teléfono. Muestra la cobertura específica de su plan, incluido su proveedor de atención primaria o grupo médico.

Los médicos, los hospitales, los farmacéuticos y otros proveedores de la red de su plan **utilizan su registro de membresía para saber qué servicios y medicamentos están cubiertos y su participación en el costo.** Por ello, es muy importante que ayude a mantener su información actualizada.

Si tiene alguno de estos cambios, háganoslo saber:

- Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono
- Cambios en cualquier otra cobertura médica que tenga (por ejemplo, la de su empleador, la del empleador de su cónyuge o pareja de hecho, la indemnización por accidente laboral o Medicaid)
- Cualquier reclamo por responsabilidad civil, como reclamos por un accidente automovilístico
- Si ingresa en una residencia de ancianos
- Si recibe atención en un hospital o sala de urgencias fuera de la zona o fuera de la red

- Si cambia la persona responsable designada por usted (como un cuidador)
- Si participa en un estudio de investigación clínica (**Nota:** no está obligado a informar a nuestro plan sobre los estudios de investigación clínica en los que tiene intención de participar, pero le recomendamos que lo haga)

Si esta información cambia de alguna manera, le pedimos que nos informe llamando a Servicio al Cliente al 1-855-562-8853 (Los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 711).

También es importante ponerse en contacto con el Seguro Social si se muda o cambia su dirección postal. Llame al Seguro Social al 1-800-772-1213 (los usuarios de TTY llaman al 1-800-325-0778).

SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

Medicare nos exige que recopilemos información sobre cualquier otra cobertura médica o farmacéutica que usted tenga para poder coordinar cualquier otra cobertura con los beneficios de nuestro plan. A esto se lo denomina **coordinación de beneficios.**

Una vez al año, le enviaremos una carta con una lista de cualquier otra cobertura médica o de medicamentos de la que tengamos conocimiento. Lea esta información con atención. Si es correcta, no es necesario que haga nada. Si la información no es correcta, o si tiene otra cobertura que no aparece en la lista, llame a Servicio al Cliente al 1-855-562-8853 (los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 711). Puede que necesite proporcionar su número de identificación de miembro del plan a sus otros aseguradores (una vez que confirme su identidad) para que sus facturas sean pagadas en tiempo y forma.

Cuando usted tiene otro seguro (como la cobertura médica del grupo de empleadores), las reglas de Medicare deciden si nuestro plan o su otro seguro pagan primero. El seguro que paga primero (“el pagador principal”) paga hasta los límites de su cobertura. El seguro que paga en segundo lugar (“pagador secundario”) solo paga si quedan gastos sin cubrir por la cobertura primaria. Es posible que el pagador secundario no abone los costos no cubiertos. Si usted tiene otro seguro, infórmele a su médico, hospital y farmacia.

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 (End-Stage Renal Disease, ESRD):
    - Si usted es menor de 65 y tiene una discapacidad, y usted (o un miembro de su familia) sigue trabajando, su plan de salud colectivo pagará primero si la empresa tiene 100 o más empleados, o si al menos una de las empresas participantes en un plan de múltiples empleadores tiene más de 100 empleados.
    - Si tiene más de 65 años y usted (o su cónyuge o pareja de hecho) sigue trabajando, su plan de salud colectivo pagará primero si la empresa tiene 20 o más empleados, o

si al menos una de las empresas participantes en un plan de múltiples empleadores tiene más de 20 empleados.

- Si usted tiene Medicare debido a una ESRD, su plan de salud grupal pagará primero durante los primeros 30 meses luego de haber sido elegible para Medicare.

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

- Seguro sin culpabilidad (incluido el seguro de automóvil).
- Seguro de responsabilidad (incluido el seguro de automóvil).
- Beneficios por la enfermedad del pulmón negro.
- Seguro del trabajador.

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

CAPÍTULO 2: Números de teléfono y recursos

SECCIÓN 1 Sharp Direct Advantage SDPEBA (HMO): información de contacto

Para obtener ayuda con reclamaciones, facturación o preguntas sobre la tarjeta de miembros, llame o escriba al Servicio al Cliente de Sharp Health Plan. Estaremos encantados de ayudarlo.

Servicio al Cliente: información de contacto	
LLAMADAS	1-855-562-8853 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 7 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana. Si se comunica fuera del horario de atención, su llamada será atendida por nuestro sistema de correo de voz. Un representante de Servicio al Cliente le devolverá la llamada el próximo día hábil. Servicio al Cliente 1-855-562-8853 (los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 711) también ofrece servicios gratuitos de interpretación para las personas que no hablen inglés.
TTY/TDD	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para la audición o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 7 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana. Si se comunica fuera del horario de atención, su llamada será atendida por nuestro sistema de correo de voz. Un representante de Servicio al Cliente le devolverá la llamada el próximo día hábil.
Fax	1-619-740-8571
CORREO POSTAL	Sharp Health Plan Attn: Customer Care 8520 Tech Way, Ste. 201 San Diego, CA 92123-1450
SITIO WEB	sharpmedicareadvantage.com

Cómo solicitar una decisión de cobertura sobre su atención médica

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y su cobertura o sobre el monto que pagaremos por sus servicios médicos. Para obtener más información sobre cómo solicitar una decisión de cobertura sobre su atención médica, consulte el capítulo 9.

Información de contacto para la Decisión de cobertura sobre atención médica	
LLAMADAS	1-855-562-8853 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 7 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana. Si se comunica fuera del horario de atención, su llamada será atendida por nuestro sistema de correo de voz. Un representante de Servicio al Cliente le devolverá la llamada el próximo día hábil. Servicio al Cliente también ofrece servicios gratuitos de interpretación para las personas que no hablen inglés.
TTY/TDD	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para la audición o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 7 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana. Si se comunica fuera del horario de atención, su llamada será atendida por nuestro sistema de correo de voz. Un representante de Servicio al Cliente le devolverá la llamada el próximo día hábil.
Fax	1-858-636-2426
CORREO POSTAL	Sharp Health Plan Attn: Health Services 8520 Tech Way, Ste. 201 San Diego, CA 92123-1450

Cómo presentar una apelación relacionada con su atención médica

Una apelación es una forma formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura. Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación relacionada con su atención médica, consulte el capítulo 9.

Información de contacto para apelaciones sobre atención médica	
LLAMADAS	1-855-562-8853 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 7 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana. Si se comunica fuera del horario de atención, su llamada será atendida por nuestro sistema de correo de voz. Un representante de Servicio al Cliente le devolverá la llamada el próximo día hábil. Servicio al Cliente también ofrece servicios gratuitos de interpretación para las personas que no hablen inglés.
TTY/TDD	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para la audición o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 7 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana. Si se comunica fuera del horario de atención, su llamada será atendida por nuestro sistema de correo de voz. Un representante de Servicio al Cliente le devolverá la llamada el próximo día hábil.
Fax	1-858-636-2256
CORREO POSTAL	Sharp Health Plan Attn: Appeal and Grievance Department 8520 Tech Way, Ste. 201 San Diego, CA 92123-1450
SITIO WEB	sharpmedicareadvantage.com

Cómo presentar una queja sobre su atención médica

Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre alguno de nuestros proveedores o farmacias de la red, incluso sobre la calidad de su atención. Este tipo de queja no implica disputas sobre cobertura o pagos. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre su atención médica, consulte el capítulo 9.

Información de contacto para quejas sobre atención médica	
LLAMADAS	1-855-562-8853 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 7 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana. Si se comunica fuera del horario de atención, su llamada será atendida por nuestro sistema de correo de voz. Un representante de Servicio al Cliente le devolverá la llamada el próximo día hábil. Servicio al Cliente también ofrece servicios gratuitos de interpretación para las personas que no hablen inglés.
TTY/TDD	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para la audición o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 7 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana. Si se comunica fuera del horario de atención, su llamada será atendida por nuestro sistema de correo de voz. Un representante de Servicio al Cliente le devolverá la llamada el próximo día hábil.
Fax	1-858-636-2256
CORREO POSTAL	Sharp Health Plan Attn: Appeal and Grievance Department 8520 Tech Way, Ste. 201 San Diego, CA 92123-1450
SITIO WEB DE MEDICARE	Para presentar una queja sobre nuestro plan directamente a Medicare, vaya a Medicare.gov/my/medicare-complaint.

Cómo solicitar una decisión de cobertura sobre los medicamentos de la Parte D

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y su cobertura o sobre el monto que pagaremos por sus medicamentos cubiertos por el beneficio de la Parte D incluido en su plan. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura sobre sus medicamentos de la Parte D, consulte el capítulo 9.

Decisiones de cobertura sobre medicamentos de la Parte D: información de contacto	
LLAMADAS	1-855-222-3183 Las llamadas a este número son gratuitas. Hay representantes disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Servicio al Cliente también ofrece servicios gratuitos de interpretación para las personas que no hablen inglés.
TTY/TDD	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para la audición o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. Hay representantes disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
Fax	1-855-633-7673
CORREO POSTAL	Sharp Health Plan c/o CVS Caremark P.O. Box 52000 MC 109 Phoenix, AZ 85072-2000
SITIO WEB	sharpmedicareadvantage.com

Cómo solicitar una apelación relacionada con sus medicamentos de la Parte D

Una apelación es una forma formal de pedirnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que tomamos. Para obtener más información sobre cómo solicitar una apelación relacionada con sus medicamentos de la Parte D, consulte el capítulo 9.

Apelaciones relacionadas con los medicamentos de la Parte D: información de contacto	
LLAMADAS	1-855-222-3183 Las llamadas a este número son gratuitas. Hay representantes disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Servicio al Cliente también ofrece servicios gratuitos de interpretación para las personas que no hablen inglés.
TTY/TDD	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para la audición o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. Hay representantes disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
Fax	1-855-633-7673
CORREO POSTAL	Sharp Health Plan c/o CVS Caremark Appeals P.O. Box 52000 MC 109 Phoenix, AZ 85072-2000
SITIO WEB	sharpmedicareadvantage.com

Cómo presentar una apelación sobre los medicamentos de la Parte D

Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre alguna de las farmacias de nuestra red, incluso respecto de la calidad de su atención. Este tipo de queja no implica disputas sobre cobertura o pagos. (Si su problema está relacionado con la cobertura o el pago del plan, consulte la sección anterior sobre cómo presentar una apelación). Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación sobre sus medicamentos recetados de la Parte D, consulte el Capítulo 9.

Información de contacto para quejas sobre los medicamentos de la Parte D	
LLAMADAS	1-855-562-8853 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 7 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana. Si se comunica fuera del horario de atención, su llamada será atendida por nuestro sistema de correo de voz. Un representante de Servicio al Cliente le devolverá la llamada el próximo día hábil. Servicio al Cliente también ofrece servicios gratuitos de interpretación para las personas que no hablen inglés.
TTY/TDD	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para la audición o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 7 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana. Si se comunica fuera del horario de atención, su llamada será atendida por nuestro sistema de correo de voz. Un representante de Servicio al Cliente le devolverá la llamada el próximo día hábil.
Fax	1-858-636-2256
CORREO POSTAL	Sharp Health Plan Attn: Appeal and Grievance Department 8520 Tech Way, Ste. 201 San Diego, CA 92123-1450
SITIO WEB DE MEDICARE	Para presentar una queja sobre nuestro plan directamente a Medicare vaya a Medicare.gov/my/medicare-complaint.

Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de la atención médica o un medicamento que usted recibió

Si ha recibido una factura o ha pagado por servicios (como una factura de un proveedor) que cree que deberíamos pagar, es posible que tenga que solicitarnos el reembolso o que paguemos la factura del proveedor. Consulte el capítulo 7 para obtener más información.

Si nos envía una solicitud de pago y rechazamos cualquier parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Consulte el capítulo 9 para obtener más información.

Información de contacto para solicitudes de pago	
CORREO POSTAL	**Para recibir atención médica:** Sharp Health Plan Attn: Customer Care 8520 Tech Way, Ste. 201 San Diego, CA 92123-1450 **Para medicamentos con receta de Medicare Parte D:** Attn: Medicare Part D Paper Claim- CVS Caremark P.O. Box 52066 Phoenix, AZ 85072-2066
SITIO WEB	sharpmedicareadvantage.com

SECCIÓN 2 Obtenga ayuda de Medicare

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

La agencia federal a cargo de Medicare es los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Esta agencia tiene contratos con organizaciones de Medicare Advantage, incluido nuestro plan.

Información de contacto de Medicare	
LLAMADAS	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Las llamadas a este número son gratuitas. Durante las 24 horas, los 7 días de la semana.

Información de contacto de Medicare	
TTY/TDD	1-877-486-2048 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para la audición o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas.
Chat en directo	Chatear en vivo en Medicare.gov/talk-to-someone.
CORREO POSTAL	Escriba a Medicare en la casilla postal 1270, Lawrence, KS 66044
SITIO WEB	Medicare.gov • Obtenga información sobre los planes de salud y medicamentos de Medicare en su área, incluyendo cuánto cuestan y qué servicios ofrecen. • Encuentre médicos u otros proveedores y proveedores de atención médica que participan en Medicare. • Averigüe qué cubre Medicare, incluidos los servicios preventivos (como exámenes de detección, vacunas y visitas anuales de "bienestar"). • Obtenga información y formularios de apelaciones de Medicare. • Obtenga información sobre la calidad de la atención prestada por los planes, residencias de ancianos, hospitales, médicos, agencias de atención domiciliaria, centros de diálisis, centros de cuidados paliativos, centros de rehabilitación para paciente hospitalizado y hospitales de cuidados a largo plazo. • Busque números de teléfono y sitios web útiles. También puede presentar cualquier queja que tenga sobre nuestro plan a Medicare a través de Medicare.gov. **Para presentar una queja a Medicare,** vaya a Medicare.gov/my/medicare-complaint. Medicare toma sus quejas con seriedad y usará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare.

SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP)

El Programa de Asistencia del Seguro de Salud Estatal (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa gubernamental con consejeros capacitados en cada estado que ofrece ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas de Medicare. En California, el

SHIP se conoce como Programa de Orientación y Defensa sobre Seguros de Salud (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) del Departamento de Servicios para Adultos Mayores de California.

El HICAP es un programa estatal independiente (no conectado con ninguna compañía de seguros ni plan de salud) que recibe fondos del gobierno federal para brindar asesoramiento local gratuito sobre seguros de salud a personas que tienen Medicare.

Los asesores del HICAP pueden ayudarlo a entender sus derechos de Medicare, a presentar quejas sobre su atención o tratamiento médicos y a solucionar problemas con sus facturas de Medicare. Además, pueden ayudarlo con sus problemas o preguntas sobre Medicare y a entender las opciones que ofrecen sus planes, y también responder preguntas relacionadas con cambios de plan.

Programa de Orientación y Defensa sobre Seguros de Salud (HICAP) del Departamento de Servicios para Adultos Mayores de California: información de contacto	
LLAMADAS	1-858-565-1392
TTY/TDD	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para la audición o hablar.
CORREO POSTAL	Elder Law and Advocacy 5151 Murphy Canyon Road, Suite 110 San Diego, CA 92123
SITIO WEB	elaca.org/medicare-health-insurance-support/

SECCIÓN 4 Organización para el Mejoramiento de la Calidad (Quality Improvement, QIO)

Una Organización para el Mejoramiento de la Calidad (Quality Improvement Organization, QIO) designada sirve a las personas con Medicare en cada estado. En California, esta organización se llama Livanta, LLC.

Livanta cuenta con un grupo de médicos y otros profesionales de la salud a quienes Medicare les paga para controlar y ayudar a mejorar la calidad de la atención de las personas que tienen Medicare. Livanta es una organización independiente. No está relacionado con nuestro plan.

Contacte a Livanta en cualquiera de las siguientes situaciones:

- Tiene una queja sobre la calidad de la atención que recibe. Algunos ejemplos de problemas relacionados con la calidad de la atención son recibir la medicación equivocada, someterse a pruebas o procedimientos innecesarios o recibir un diagnóstico erróneo.
- Si cree que la cobertura para su hospitalización finaliza demasiado pronto.
- Usted cree que la cobertura de su atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada o servicios de un Centro integral de rehabilitación ambulatoria (CORF) está terminando demasiado pronto.

Livanta, LLC (Organización para el Mejoramiento de la Calidad de California) – información de contacto	
LLAMADAS	1-877-588-1123 El horario de atención es de lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 5:00 p.m., y los fines de semana, de 7:30 a.m. a 4:00 p.m.
TTY/TDD	1-855-887-6668 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para la audición o hablar.
CORREO POSTAL	BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
SITIO WEB	livantaqio.com/en

SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social determina la elegibilidad para Medicare y gestiona la inscripción en Medicare. 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 del Seguro Social en la que se le informa que debe pagar la cantidad adicional y tiene preguntas sobre la cantidad, o si sus ingresos disminuyeron debido a un acontecimiento que le cambió la vida, puede llamar al Seguro Social para solicitar una reconsideración.

Si se muda o cambia su dirección postal, comuníquese con el Seguro Social para informarles.

Información de contacto del Seguro Social	
LLAMADAS	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 7 p.m. Utilice los servicios telefónicos automatizados de la Seguridad Social para obtener información grabada y realizar algunas gestiones 24 horas al día.
TTY/TDD	1-800-325-0778 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para la audición o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 7 p.m.
SITIO WEB	SSA.gov

SECCIÓN 6 Medi-Cal

Medi-Cal es un programa gubernamental conjunto federal y estatal que ayuda a algunas personas que tienen ingresos y recursos limitados a pagar los costos médicos. Algunas personas con Medicare también son elegibles para Medi-Cal. Medi-Cal ofrece programas para ayudar a las personas con Medicare a pagar los costos, como las primas de Medicare. Estos programas de ahorros de Medicare **incluyen:**

- **Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB):** ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare, y otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos). (Algunas personas con el programa QMB también son elegibles para recibir todos los beneficios de Medi-Cal [QMB+]).
- **Beneficiario de Medicare con Bajos Ingresos Especificados (Specified Low-Income Medicare Beneficiary, SLMB):** ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunas personas con SLMB también son elegibles para recibir todos los beneficios de Medi-Cal (SLMB+)).
- **Individuo Calificado (Qualifying Individual, QI):** ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Individuos Calificados Discapacitados y Empleados (Qualified Disabled & Working Individuals, QDWI):** ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Para obtener más información sobre Medi-Cal y los Programas de Ahorros de Medicare, comuníquese con Medi-Cal.

Medi-Cal (programa Medicaid de California): información de contacto	
LLAMADAS	1-800-541-5555 El servicio automático está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Para hablar con un agente, el horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m.
TTY/TDD	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para la audición o hablar.
CORREO POSTAL	Medi-Cal Eligibility Box 997417 MS 4607 Sacramento, CA 95899-7417
SITIO WEB	dhcs.ca.gov/servicios/medi-cal

SECCIÓN 7 Programas para ayudar a las personas a pagar los medicamentos con receta

El sitio web de Medicare (Medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs) tiene información sobre las maneras de reducir los costos de sus medicamentos recetados. Los siguientes programas pueden ayudar a las personas con ingresos limitados.

Ayuda Adicional de Medicare

Medicare y el Seguro Social cuentan con un programa denominado Ayuda Adicional que puede ayudar a pagar los costos por medicamentos a las personas con ingresos y recursos limitados. Si reúne los requisitos, recibirá ayuda para pagar la prima mensual, el deducible anual y los copagos de su plan de medicamentos de Medicare. La Ayuda Adicional también cuenta para sus gastos de bolsillo.

Si usted califica automáticamente para recibir Ayuda Adicional, Medicare le enviará una carta púrpura para informarlo. Si no cumple los requisitos automáticamente, puede presentar su solicitud en cualquier momento. Para ver si usted es elegible para recibir Ayuda Adicional:

- Visite https://secure.ssa.gov/i1020/start para presentar su solicitud en línea
- Llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-325-0778.

Cuando solicite Ayuda Adicional, también puede iniciar el proceso de solicitud para un Programa de Ahorros de Medicare (Medicare Savings Program, MSP). Estos programas estatales

proporcionan ayuda con otros gastos de Medicare. El Seguro Social enviará información a su estado para iniciar una solicitud de MSP, a menos que usted indique lo contrario en la solicitud de Ayuda Adicional.

Si usted es elegible para recibir Ayuda Adicional y cree que está pagando una cantidad incorrecta por su receta en una farmacia, nuestro plan tiene un proceso para ayudarle a obtener la prueba de la cantidad correcta de copago. Si ya tiene evidencia del monto correcto, podemos ayudarle a compartir esta evidencia con nosotros.

- Llame a Servicio al Cliente para solicitar ayuda para obtener la mejor constancia disponible (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual).
- Cuando obtengamos la evidencia que muestre el nivel correcto de copago, actualizaremos nuestro sistema para que pueda pagar la cantidad correcta cuando obtenga su próxima receta. Si paga de más en su copago, le reembolsaremos la diferencia, ya sea mediante un cheque o un crédito para un copago futuro. Si la farmacia no cobró su copago y usted tiene una deuda con ellos, podemos hacer el pago directamente a la farmacia. Si el estado pagó en su nombre, tal vez le paguemos directamente al estado. Puede llamar a Servicio al Cliente al 1-855-562-8853 (los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 711) si tiene preguntas.

¿Qué pasa si tiene Ayuda Adicional y cobertura del Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP)?

El Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a las personas que viven con el VIH/SIDA a acceder a medicamentos contra el VIH que salvan vidas. Los medicamentos de Medicare Parte D que también están en el Formulario del ADAP reúnen los requisitos para recibir ayuda para pagar el costo compartido de los medicamentos con receta a través del Programa de Asistencia para Medicamentos contra el Sida (ADAP) de California.

Nota: para poder optar al ADAP en su estado, las personas deben cumplir ciertos criterios, entre los que se incluyen la prueba de residencia en el estado y el estado serológico respecto al VIH, bajos ingresos (según la definición del estado) y la falta de seguro o un seguro insuficiente. Si cambia de planes, notifíquelo al trabajador de inscripción de ADAP de su localidad para que pueda seguir recibiendo ayuda. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, comuníquese con el Programa de Asistencia para Medicamentos contra el Sida (ADAP).

Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare

El Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare es una opción de pago que funciona con su cobertura actual de medicamentos para ayudarle a gestionar los gastos de bolsillo de los medicamentos cubiertos por nuestro plan, distribuyéndolos a lo largo del **año calendario** (enero-diciembre). Cualquier persona con un plan de medicamentos de Medicare o un plan de salud de Medicare con cobertura de medicamentos (como un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos) puede utilizar esta opción de pago. **Esta opción de pago podría ayudarle a**

administrar sus gastos, pero no le permite ahorrar dinero ni reduce los costos por medicamentos. Si usa el Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare y conserva su plan de la Parte D, su participación en el plan de pago se renovará automáticamente para el año 2027; no necesita enviar una nueva solicitud de elección para seguir participando durante 2027. Para obtener más información sobre esta opción de pago, llame a Servicio al Cliente al 1-855-562-8853 (los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 711) o visite Medicare.gov.

Plan de pago por receta de Medicare: información de contacto	
LLAMADAS	1-855-222-3183 Las llamadas a este número son gratuitas. Hay representantes disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Servicio al Cliente 1-855-562-8853 (los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 711) también ofrece servicios gratuitos de interpretación para las personas que no hablen inglés.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para la audición o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. Hay representantes disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
CORREO POSTAL	Sharp Health Plan c/o CVS Caremark PO Box 7 Pittsburgh, PA 15230
SITIO WEB	caremark.com/mppp

SECCIÓN 8 Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (Railroad Retirement Board, RRB)

La Junta de Jubilación de Empleados 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 usted recibe Medicare a través de la Junta de Jubilación de Empleados

Ferroviarios, infórmeles si se muda o cambia su dirección postal. Si tiene preguntas sobre sus beneficios de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios, comuníquese con la agencia.

Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB): información de contacto	
LLAMADAS	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Presione 0 para hablar con un representante de RRB de 9 a.m. a 3:30 p.m., el lunes, martes, jueves y viernes, y de 9 a.m. a 12 p.m. el miércoles. Pulse “1” para acceder a la línea de ayuda automatizada de RRB y obtener información grabada las 24 horas del día, incluidos fines de semana y festivos.
TTY/TDD	1-312-751-4701 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para la audición o hablar. Las llamadas a este número no son gratis.
SITIO WEB	https://RRB.gov

SECCIÓN 9 Si tiene un seguro de grupo u otro seguro médico de un empleador

Su cobertura de Sharp Health Plan se proporciona a través de un contrato con un empleador, sindicato o fideicomiso anterior. Usted (o su cónyuge o pareja doméstica) también puede obtener cobertura médica a través de otro grupo de empleador o jubilación. Puede llamar al administrador de beneficios del empleador, del sindicato o del fideicomiso si tiene alguna pregunta sobre la coordinación de sus coberturas. Si tiene alguna pregunta, también puede llamar a Servicio al Cliente al 1-855-562-8853 (los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 711). Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) con preguntas sobre su cobertura de Medicare en virtud de este plan. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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

CAPÍTULO 3: Cómo usar nuestro plan para recibir servicios médicos

SECCIÓN 1 Cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan

En este capítulo se explica lo que necesita saber sobre el uso de nuestro plan para obtener cobertura médica. Para obtener más información sobre la atención médica que cubre nuestro plan y cuánto paga cuando recibe atención, consulte el Cuadro de beneficios médicos en el capítulo 4.

Sección 1.1 Proveedores de la red y servicios cubiertos

- **Los proveedores** son los médicos y otros profesionales de la salud autorizados por el estado para brindar atención y servicios médicos. El término “proveedores” también incluye hospitales y otros centros de atención médica.
- **Los proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de la salud, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que han acordado con nosotros aceptar nuestros pagos y el monto de su costo compartido como pago completo. Hemos acordado con estos proveedores que 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 con un proveedor de la red, solo paga la parte que le corresponde del costo de los servicios.
- **Los servicios cubiertos** incluyen toda la atención médica, los servicios de atención médica, los suministros, el equipo y los Medicamentos con receta que están cubiertos por nuestro plan. Los servicios cubiertos para atención médica se enumeran en el Cuadro de beneficios médicos en el capítulo 4. Los servicios cubiertos para medicamentos con receta se analizan en el capítulo 5.

Sección 1.2 Normas básicas para que su atención médica esté cubierta por nuestro plan

Como Sharp Direct Advantage SDPEBA (HMO) es un plan de salud de Medicare, debe cubrir todos los servicios cubiertos a través de Medicare Original y cumplir con todas sus reglas de cobertura.

En general, nuestro plan cubrirá su atención médica, siempre y cuando se cumpla con los siguientes requisitos:

- **La atención que reciba está incluida en la tabla de beneficios médicos de nuestro plan** en el capítulo 4.
- **La atención que recibe se considera médicamente necesario**. Médicamente necesario significa que los medicamentos, servicios, suministros o equipos son necesarios para la

prevención, el diagnóstico, o el tratamiento de su afección y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.

- **Tiene un proveedor de atención primaria (primary care provider, PCP) de la red que le brinda atención y la supervisa.** Como miembro de nuestro plan, debe elegir un PCP de la red (para obtener más información, consulte la sección 14).
    - En la mayoría de las situaciones, debe obtener la aprobación anticipada de su PCP (una remisión) antes de que pueda usar los servicios de otros proveedores de la red de nuestro plan, como especialistas, hospitales, centros de enfermería especializada o agencias de atención médica a domicilio. Para más información, consulte la sección 2.3.
    - No necesita remisiones de su PCP para recibir atención de emergencia o servicios de urgencia. Para conocer más sobre otros tipos de atención que puede obtener sin obtener la aprobación previa de su PCP, vaya a la sección 2.2.
- **Debe obtener la atención de un proveedor de la red** (consulte la sección 17). En la mayoría de los casos, la atención que reciba de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no forma parte de la red de nuestro plan) no estará cubierta. Esto significa que usted tiene que pagar al proveedor en su totalidad por los servicios que recibe. Aquí hay 3 excepciones:
    - Nuestro plan cubre la atención de emergencia o los servicios de urgencia que reciba de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información y ver qué servicios de emergencia o servicios de urgencia se encuentran en la sección 3.
    - Si necesita recibir atención médica que Medicare exige que cubra nuestro plan, pero no hay especialistas en nuestra red que proporcionen esa atención, puede atenderse con un proveedor fuera de la red por el mismo costo compartido que normalmente pagaría dentro de la red. Antes de recibir dicha atención, deberá obtener autorización previa para los servicios que reciba de un proveedor fuera de la red. En esta situación, usted paga lo mismo que si hubiera recibido la atención de un proveedor de redes. Para acceder a información sobre cómo obtener la aprobación para visitar a un proveedor fuera de la red, consulte la sección 2.4.
    - Nuestro plan cubre los servicios de diálisis renal que reciba en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentre temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o cuando su proveedor de este servicio no esté disponible o sea inaccesible temporalmente. El costo compartido que usted paga a nuestro plan por la diálisis nunca puede ser superior al costo compartido de Medicare Original. Si usted se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan y recibe diálisis de un proveedor que no pertenece a la red de nuestro plan, su costo compartido no puede ser más alto que el costo compartido que usted paga dentro de la red. Sin embargo, si su proveedor habitual de diálisis dentro de la red no está disponible temporalmente y usted opta por recibir los servicios dentro de nuestra área de

servicio de un proveedor fuera de la red de nuestro plan, el costo compartido de la diálisis puede ser mayor.

SECCIÓN 2 Utilice a los proveedores dentro de la red del plan para recibir atención médica

Sección 2.1 Debe elegir un proveedor de atención primaria (PCP) que le proporcione y supervise su atención médica

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

Como miembro de nuestro plan, debe seleccionar un proveedor de la red del *Directorio de proveedores y farmacias* del plan para que sea su PCP. Este es un médico especializado en medicina general, familiar o interna. Su relación con el PCP es importante. Este profesional se encarga de sus necesidades de atención de salud de rutina y de coordinar todos los servicios cubiertos que usted recibe. En la mayoría de los casos, para consultar a un especialista, primero debe obtener la aprobación del PCP (esto se denomina “remisión”).

¿Cómo elegir un PCP?

Cuando se inscribió en nuestro plan, se le solicitó que eligiera un PCP del Directorio de proveedores y farmacias. Si no lo ha hecho, se le asignará uno. Para elegir un PCP, puede llamar a Servicio al Cliente, al 1-855-562-8853 (los usuarios de los servicios TTY/TDD deben llamar al 711), o puede ingresar en nuestro sitio web sharpmedicareadvantage.com/find-a-provider-or-pharmacy. Una vez que haya elegido su PCP, recibirá una carta de confirmación. Como el acceso a especialistas y hospitales de la red se basa en la selección del PCP, si hay hospitales o médicos específicos, u otros proveedores, que desee utilizar, asegúrese de averiguar, durante el proceso de selección, si el PCP realiza remisiones a dichos proveedores.

Cómo cambiar su PCP

Puede cambiar su PCP por cualquier motivo y en cualquier momento. También es posible que su PCP abandone la red de proveedores de nuestro plan y tenga que elegir un nuevo PCP. Cuando elija un nuevo PCP, es importante que recuerde que esto puede limitar su acceso a la red de especialistas que tienen contrato con el grupo médico de su PCP. Su PCP elegirá un especialista de la red a quien lo remitirá según las prácticas de remisión y afiliación hospitalaria del profesional.

Para ver o cambiar su PCP, puede ingresar en el portal de Sharp Health Plan en sharpmedicareadvantage.com/members/patient-portals. También puede enviar un mensaje seguro al Servicio al Cliente al visitar sharpmedicareadvantage.com/login e iniciar sesión en su cuenta en línea de Sharp Health Plan. En Servicio al Cliente verificarán si el PCP que usted desea acepta nuevos pacientes. Además, modificarán su registro de membresía para que muestre el nombre del nuevo PCP y le indicarán cuándo entrará en vigor el cambio. La fecha de entrada en vigor suele ser el primer día del mes siguiente. Si su PCP se va de nuestro plan, se lo informaremos de inmediato y lo ayudaremos a elegir otro. Recibirá una nueva tarjeta de identificación de miembro con los datos del nuevo PCP cada vez que haya un cambio.

Sección 2.2 Atención médica que puede recibir sin una referencia de un PCP

Puede obtener los servicios que se enumeran a continuación sin necesidad de obtener la aprobación previa de su médico de cabecera.

- Atención sanitaria de rutina para la mujer, incluidos exámenes de mamas, mamografías de detección (radiografías de mamas), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos siempre que los realice un proveedor de la red.
- Vacunas contra la gripe, vacunas contra el COVID-19, vacunas contra la hepatitis B y vacunas contra la neumonía, siempre y cuando las obtenga de un proveedor de la red.
- Servicios de emergencia de proveedores de la red o de proveedores fuera de la red.
- Los servicios de urgencia cubiertos por el plan son servicios que requieren atención médica inmediata (pero no son una emergencia) si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o si no es razonable, teniendo en cuenta la hora, el lugar y las circunstancias, que reciba este servicio de proveedores de la red. Algunos ejemplos de servicios de urgencia son enfermedades y lesiones médicas imprevistas, o exacerbaciones inesperadas de afecciones existentes. Las visitas habituales Médicamente necesario (como los chequeos anuales) no se consideran urgentes aunque usted se encuentre fuera del área de servicio de nuestro plan o la red de nuestro plan no esté disponible temporalmente.
- Servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan. De ser posible, llame a Servicio al Cliente al 1-855-562-8853 (los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 711) antes de abandonar el área de servicio para que podamos coordinar que reciba diálisis de mantenimiento mientras esté fuera del área.

Sección 2.3 Cómo puede atenderse con especialistas y otros proveedores de la red

El especialista es un médico que brinda servicios de atención médica para tratar enfermedades específicas o una parte del cuerpo. Hay muchos tipos de especialistas. Por ejemplo:

- Los oncólogos atienden a los pacientes con cáncer
- Los cardiólogos atienden a los pacientes con enfermedades cardíacas
- Los ortopedistas atienden a pacientes con ciertas afecciones óseas, articulares o musculares

Si su PCP considera que usted necesita tratamiento especializado, lo remitirá a un especialista de la red o a otros proveedores. Si no obtiene la remisión antes de recibir los servicios de un especialista, es posible que deba pagar estos servicios.

Cuando selecciona un PCP, es importante que recuerde que esto puede limitarlo a la red de especialistas que tienen contrato con el grupo médico de su PCP. Su PCP elegirá un especialista de la red a quien lo remitirá según las prácticas de remisión y afiliación hospitalaria del

profesional. La presencia de un especialista de la red específico en el *Directorio de proveedores y farmacias* del plan no significa que su PCP pueda remitirlo a ese proveedor.

Si el especialista desea volverlo a ver para continuar la atención o hacerle exámenes después de la primera visita, revise primero si la remisión que obtuvo del PCP para la primera visita cubre más visitas o exámenes indicados por el especialista.

Para algunos tipos de servicios, es posible que su médico de atención primaria o especialista deba obtener la aprobación previa de nuestro plan (esto se denomina obtener una "autorización previa"). Consulte la sección 2.1 del capítulo 4 para conocer los servicios de nuestro plan que requieren autorización previa.

Es importante saber qué proveedores son parte de nuestra red. Mientras sea miembro de nuestro plan, debe utilizar proveedores de la red para recibir atención y servicios médicos. El acceso a los especialistas y los hospitales de la red depende del médico de atención primaria (PCP) que elija. Las únicas excepciones son casos de emergencias, atención de urgencia si la red no está disponible (generalmente, si se encuentra fuera del área de servicio), sesiones de diálisis fuera del área y casos en los que nuestro plan autorice el uso de proveedores fuera de la red.

Si necesita que lo atiendan fuera de nuestro horario de atención o durante los fines de semana, su médico o un médico de turno están disponibles las 24 horas del día, todos los días.

Cuando un especialista u otro proveedor de la red abandona nuestro plan

Podemos realizar cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) de la red de nuestro plan durante el año. Si su médico o especialista abandona nuestro plan, usted tiene los siguientes derechos y protecciones:

- Aunque nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare exige que usted tenga acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Le notificaremos que su proveedor abandona nuestro plan para que tenga tiempo de elegir uno nuevo.
    - Si su proveedor de atención primaria o de salud conductual abandona nuestro plan, le notificaremos si ha visitado a ese proveedor en los últimos 3 años.
    - Si alguno de sus otros proveedores deja nuestro plan, se lo notificaremos si usted está asignado a ese proveedor, recibe atención médica de él actualmente o lo ha visitado en los últimos 3 meses.
- Le ayudaremos a elegir un nuevo proveedor cualificado en la red para la atención continua.
- Si está recibiendo tratamiento médico o terapias con su proveedor actual, tiene derecho a solicitar continuar recibiendo el tratamiento o las terapias médicamente necesario. Trabajaremos con usted para que pueda continuar recibiendo atención.
- Le daremos información sobre los períodos de inscripción disponibles y las opciones que puede tener para cambiar los planes.

- Cuando un proveedor o beneficio dentro de la red no esté disponible o sea inadecuado para satisfacer sus necesidades médicas, coordinaremos cualquier beneficio cubierto médicamente necesario fuera de nuestra red de proveedores con el costo compartido dentro de la red. Se necesitará una autorización previa para el servicio.
- Si se entera de que su médico o especialista va a dejar nuestro plan, póngase en contacto con nosotros para que podamos ayudarle a elegir un nuevo proveedor que gestione su atención.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no se está gestionando adecuadamente, tiene derecho a presentar una queja sobre la calidad de la atención ante la QIO, una reclamación sobre la calidad de la atención ante nuestro plan, o ambas (consulte el capítulo 9).

Sección 2.4 Cómo obtener atención de proveedores fuera de la red

En la mayoría de los casos, no se cubrirá la atención que reciba de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no pertenece a la red de nuestro plan). Existen algunas excepciones en las que se cubre la atención de un proveedor fuera de la red (consulte la sección 1).

Si necesita recibir servicios cubiertos por Medicare, pero los proveedores de nuestra red no pueden brindárselos, puede recibir esta atención de un proveedor fuera de la red. Antes de recibir servicios de un proveedor fuera de la red, deberá obtener una autorización previa. Puede comunicarse con su PCP o con el médico responsable de solicitar la autorización de su grupo médico o del plan. Si se aprueba la autorización previa, pagará lo mismo que pagaría si recibiera la atención de parte de un proveedor de la red. También tiene derecho a recibir atención de proveedores fuera de la red para servicios de emergencia o servicios de urgencia fuera del área. Además, debemos cubrir los servicios de diálisis para los miembros con enfermedad renal en etapa terminal que se encuentran fuera del área de servicio y no pueden acceder a proveedores contratados que traten esa enfermedad. Si tiene preguntas o debe solicitar un proveedor fuera de la red, llame a Servicio al Cliente al 1-855-562-8853 (los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 711).

SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios en caso de emergencia, catástrofe o necesidad urgente de atención médica

Sección 3.1 Busque atención médica si tiene una emergencia médica.

Una **emergencia médica** se produce cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un nivel de conocimiento promedio sobre salud y medicina, cree que presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida (y, si se trata de una mujer embarazada, la pérdida del feto), la pérdida de una extremidad o la función de una extremidad, o la pérdida o el deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor severo o una afección médica que empeora rápidamente.

Si tiene una emergencia médica, esto es lo que debe hacer:

- **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 el PCP lo apruebe o le envíe una referencia. No es necesario que vaya con un médico de red. Puede obtener atención médica de emergencia cubierta en cualquier momento y en cualquier lugar, tanto en los Estados Unidos y sus territorios como en el resto del mundo, y de cualquier proveedor que cuente con una licencia del estado correspondiente aunque no forme parte de nuestra red.
- **Tan pronto como sea posible, asegúrese de informarnos sobre su emergencia.** Necesitamos hacer el seguimiento de la atención de emergencia que reciba. Usted u otra persona deberán llamarnos para informarnos sobre su atención de emergencia, generalmente, en un plazo de 48 horas. El Servicio al Cliente está disponible de 7 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. El número de teléfono de Servicio al Cliente figura en la contraportada de este manual y en su tarjeta de identificación de miembro.

Servicios cubiertos en una emergencia médica

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

Los médicos que le presten atención de emergencia decidirán cuándo su estado es estable y cuándo ha finalizado la emergencia médica.

Una vez que haya pasado la emergencia, tiene derecho a recibir atención de seguimiento para asegurarse de que su estado siga siendo estable. Sus médicos continuarán tratándolo hasta que se comuniquen con nosotros y hagan planes para que reciba atención adicional. El plan cubre la atención de seguimiento.

Si su atención de emergencia es prestada por proveedores fuera de la red, intentaremos que los proveedores de la red se hagan cargo de su atención tan pronto como su estado de salud 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 que no se trataba de una emergencia, siempre y cuando usted pensara razonablemente que su salud corría un peligro grave, cubriremos su atención médica.

Sin embargo, después de que el médico determine que no era una urgencia, cubriremos la atención adicional *solo* si la recibe de una de estas 2 maneras:

- Acude a un proveedor de la red para recibir la atención adicional.
- Recibe atención adicional considerada servicios de urgencia, y cumple con las reglas detalladas a continuación para recibir esta atención de urgencia.

Sección 3.2 Busque atención médica cuando tenga una necesidad urgente de servicios

Un servicio que requiere atención médica inmediata (pero que no es una emergencia) es un servicio que se necesita con urgencia si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan, o si no es razonable, dado el momento, el lugar y las circunstancias, obtener este servicio de los proveedores de la red. Algunos ejemplos de servicios de urgencia son enfermedades y lesiones médicas imprevistas, o exacerbaciones inesperadas de afecciones existentes. Sin embargo, las visitas de rutina al proveedor que sean médicamente necesario, como los chequeos anuales, no se consideran necesarias de urgencia incluso si se encuentra fuera de la zona de servicio de nuestro plan o si nuestra red de planes no está disponible temporalmente.

Consulte el *Directorio de proveedores y farmacias* para obtener una lista de los centros de atención de urgencia de la red.

Puede consultar con personal de enfermería durante la noche y los fines de semana a través de la línea de asesoramiento de enfermería fuera del horario de atención. Tiene a disposición enfermeros registrados a través de Sharp Nurse Connection® tanto fuera del horario de atención como los fines de semana. Pueden hablar con usted sobre una enfermedad o lesión, ayudarle a decidir cuándo y dónde buscar atención, y aconsejarle sobre cualquiera de sus preocupaciones de salud. Para comunicarse con nuestra línea de asesoramiento de enfermería fuera del horario de atención, llame a Servicio al Cliente al 1-855-562-8853 (los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 711).

En ciertas circunstancias, el plan cubre servicios de atención de emergencia y urgencia internacionales fuera de los Estados Unidos.

El transporte y la atención de emergencia internacionales están cubiertos si se determina que son médicamente necesarios. La atención que recibe se detalla en el capítulo 4, “Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que paga usted)”. Consulte la sección 1.2 de este capítulo para obtener más información.

Sección 3.3 Cuidado durante una catástrofe

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

Visite sharpmedicareadvantage.com para obtener información sobre cómo obtener la atención necesaria durante un desastre.

Si no puede utilizar un proveedor de la red durante un desastre, nuestro plan le permitirá recibir atención de proveedores fuera de la red con el costo compartido de la red. Si no puede utilizar una farmacia de la red durante una catástrofe, es posible que pueda surtir sus recetas en una farmacia fuera de la red. Consulte el capítulo 5, sección 2.5.

SECCIÓN 4 ¿Qué pasa si se le factura directamente el costo total de los servicios cubiertos?

Si pagó más que nuestro costo compartido del plan por servicios cubiertos, o si recibe una factura por el costo total de los servicios médicos cubiertos, puede solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios cubiertos. Consulte el capítulo 7 para obtener información sobre qué hacer.

Sección 4.1 Si los servicios no están cubiertos por nuestro plan, deberá pagar el costo total

Nuestro plan cubre todos los servicios médicamente necesarios según se indican en el cuadro de beneficios médicos del capítulo 4. Si recibe servicios que no están cubiertos por el plan o si recibe servicios fuera de la red sin autorización que no sean de emergencia o de urgencia, usted es responsable de pagar el costo total de los servicios.

En el caso de los servicios cubiertos que tienen una limitación de beneficios, también pagará el costo total de cualquier servicio que reciba después de agotar su beneficio para ese tipo de servicio cubierto. Los gastos realizados después de haber alcanzado el límite de beneficio no se tienen en cuenta para calcular el monto de desembolso máximo.

SECCIÓN 5 Servicios médicos en un estudio de investigación clínica

Sección 5.1 ¿Qué es un estudio de investigación clínica?

Un estudio de investigación clínica (también denominado *ensayo clínico*) es una manera que tienen los médicos y científicos de probar nuevos tipos de atención médica, por ejemplo, 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 suelen solicitar voluntarios para participar en el estudio. Cuando participa en un estudio de investigación clínica, puede permanecer inscrito en nuestro plan y seguir recibiendo el resto de su atención médica (atención que no está relacionada con el estudio) a través de nuestro plan.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Medicare Original paga la mayor parte de los costos de los servicios cubiertos que reciba como parte del estudio. Si nos informa que participa en un ensayo clínico calificado, solo será responsable del costo compartido dentro de la red por los servicios de ese ensayo. Si ha pagado más, por ejemplo, si ya ha abonado el costo compartido de Medicare Original, le reembolsaremos la diferencia entre lo que ha pagado y el costo compartido dentro de la red. Tendrá que proporcionarnos documentación para mostrarnos cuánto pagó.

Si desea participar en cualquier estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, no es necesario que nos lo comunique ni que obtenga nuestra aprobación o la de su médico de cabecera. No es necesario que los proveedores que lo atienden como parte del estudio de investigación clínica formen parte de la red de nuestro plan (esto no se aplica a los beneficios cubiertos que requieren un ensayo o registro clínico para evaluar el beneficio, incluidos determinados beneficios que requieren cobertura con desarrollo reactivas (NCDs-CED) y estudios

de exención de dispositivos en investigación (IDE). Estos beneficios también pueden estar sujetos a autorización previa y otras reglas del plan.

Aunque no necesita el permiso de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica, le recomendamos que nos avise con antelación cuando decida participar en ensayos clínicos calificados por Medicare.

Si planea participar en un estudio de investigación clínica, comuníquese con Servicio al Cliente al 1-855-562-8853 (los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 711) para informar que participará en un estudio clínico y obtener información más específica sobre lo que pagará el plan.

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

Sección 5.2 ¿Quién paga los servicios en un estudio de investigación clínica?

Una vez que se inscriba en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, Medicare Original cubre los artículos y servicios habituales que reciba como parte del estudio, incluyendo:

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

Después de que Medicare pague su parte del costo de estos servicios, nuestro plan pagará la diferencia entre el costo compartido en Medicare Original y su costo compartido dentro de la red como miembro de nuestro plan. Esto significa que pagará la misma cantidad por los servicios que reciba como parte del estudio que si recibiera estos servicios de nuestro plan. Sin embargo, debe presentar documentación que demuestre cuánto pagó en concepto de costos compartidos. Consulte el capítulo 7 para obtener más información sobre la presentación de solicitudes de pagos.

> *Ejemplo de reparto de costos en un ensayo clínico:* supongamos que se somete a una prueba de laboratorio que cuesta $100 como parte del estudio de investigación. Su parte de los costos de esta prueba es de $20 en Medicare Original, pero la prueba costaría $10 en nuestro plan. En este caso, Medicare Original pagaría $80 por el análisis y usted pagaría los $20 de copago requeridos por Medicare Original. Deberá notificar a nuestro plan que ha recibido un servicio de ensayo clínico calificado y enviar la documentación (como la factura del proveedor) a nuestro plan. Nuestro plan le pagaría directamente $10. Esto hace que el pago neto por la prueba sea de $10, la misma cantidad que pagaría según los beneficios de nuestro plan.

Cuando participa en un estudio de investigación clínica, **ni Medicare ni nuestro plan pagarán ninguno de los siguientes servicios:**

- Por lo general, Medicare no pagará el nuevo artículo o servicio que se está probando en el estudio, a menos que Medicare cubriera el artículo o servicio incluso si usted no participara en un estudio.
- Los productos o servicios que se proporcionen solo para recopilar datos y que no se utilicen en su atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no pagará las tomografías computarizadas mensuales realizadas como parte de un estudio si su afección médica normalmente solo requeriría una tomografía computarizada.
- Artículos y servicios proporcionados gratuitamente por los patrocinadores de la investigación a las personas que participan en el ensayo.

Obtenga más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica

Obtenga más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica en la publicación de Medicare *Medicare and Clinical Research Studies,* disponible en: Medicare.gov/coverage/clinical-research-studies. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de los sistemas TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

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

Sección 6.1 Una institución religiosa de atención médica no médica

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

Sección 6.2 Cómo recibir atención en una institución religiosa de salud no médica

Para recibir atención de salud en este tipo de instituciones, debe firmar un documento legal en el que se estipule que usted se opone conscientemente a recibir un tratamiento médico que es **no exceptuado**.

- **Los tipos de atención o tratamientos médicos no exceptuados** son aquellos cuidados o tratamientos médicos que son *voluntarios* y *no se consideran obligatorios* bajo ninguna ley federal, estatal o local.
- **El tratamiento médico exceptuado** es la atención o el tratamiento médico que recibe y que *no* es voluntario o *es obligatorio* en virtud de la legislación federal, estatal o local.

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

- La institución que brinde atención debe estar certificada por Medicare.
- Nuestro plan solo cubre aspectos *no religiosos* de la atención.

- Si recibe servicios de esta institución en un centro, se aplican las siguientes condiciones:
  - Debe tener una afección médica que le permita recibir servicios cubiertos para atención de paciente hospitalizado o atención en un centro de enfermería especializada.
  - – *y* – Debe obtener la aprobación previa de nuestro plan antes de ser admitido en el centro, o su internación no estará cubierta.

Cuenta con cobertura para una cantidad ilimitada de días de hospitalización, siempre que su estadía cumpla con las normas de cobertura de Medicare. Consulte el Cuadro de beneficios médicos en el capítulo 4 para obtener más información.

SECCIÓN 7 Normas para la posesión de equipo médico duradero

Sección 7.1 No será propietario de algunos equipos médicos duraderos después de realizar un número determinado de pagos según nuestro plan.

El equipo médico duradero (durable medical equipment, DME) incluye artículos como equipos y suministros de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, sistemas de colchones eléctricos, muletas, suministros para la diabetes, dispositivos generadores de voz, bombas de infusión intravenosa, nebulizadores y camas de hospital solicitados por un proveedor para que los miembros los utilicen en su domicilio. El miembro siempre es el propietario de determinados artículos de DME, como prótesis. Otros tipos de DME deben alquilarse.

En Medicare Original, quienes alquilan ciertos tipos de DME pueden quedarse con el equipo después de pagar los pagos del artículo durante 13 meses. **Como miembro de nuestro plan, no adquirirá la propiedad de los artículos de DME que alquile, independientemente de la cantidad de copagos que haya pagado por el artículo durante su membresía en el plan**. No obtendrá la propiedad, incluso si realizó hasta 128 pagos consecutivos por el artículo de DME bajo Medicare Original antes de unirse a nuestro plan. En algunas circunstancias limitadas, le transferiremos la propiedad del equipo médico duradero. Llame al Servicio al Cliente 1-855-562-8853 (Los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 711) para obtener más información.

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

Si no obtuvo la propiedad del artículo de DME mientras estaba en nuestro plan, tendrá que realizar 131 nuevos pagos consecutivos después de cambiarse a Medicare Original para ser propietario del artículo de DME. Los pagos que haya realizado mientras estaba inscrito en nuestro plan no cuentan para estos 13 pagos.

Ejemplo 1: Hizo 12 pagos consecutivos o menos por el artículo en Medicare Original y luego se unió a nuestro plan. Los pagos que hizo en Medicare Original no cuentan. Tendrá que realizar 13 pagos a nuestro plan antes de ser dueño del artículo.

Ejemplo 2: Hizo 12 pagos consecutivos o menos por el artículo en Medicare Original y luego se unió a nuestro plan. No se ha convertido en propietario del artículo mientras estaba en nuestro

plan. Luego regresa a Medicare Original. Tendrá que realizar 13 nuevos pagos consecutivos para ser propietario del artículo una vez que se reincorpore a Medicare Original. Los pagos que ya haya hecho (ya sea a nuestro plan o al Medicare Original) no cuentan.

Sección 7.2 Normas para equipo de oxígeno, suministros y mantenimiento

Si reúne los requisitos para obtener cobertura de Medicare para equipos de oxígeno, se cubrirá lo siguiente:

- Alquiler de equipo de oxígeno
- Entrega de oxígeno y contenidos de oxígeno
- Sondas y accesorios de oxígeno afines para suministrar oxígeno y contenidos de oxígeno
- Mantenimiento y reparaciones del equipo de oxígeno

Si abandona nuestro plan o el equipo de oxígeno deja de ser médicamente necesario para usted, deberá devolverlo.

¿Qué pasará si deja nuestro plan y regresa a Medicare Original?

Medicare Original exige que un proveedor de oxígeno le brinde servicios durante 5 años. Durante los primeros 36 meses usted alquila el equipo. Para los otros 24 meses, el proveedor proporciona el equipo y el mantenimiento (usted sigue siendo responsable de su parte de los costos compartidos para el oxígeno). Después de 5 años, puede elegir quedarse en la misma empresa o ir a otra empresa. En este punto, el ciclo de 5 años comienza de nuevo, incluso si permanece en la misma compañía, y nuevamente se le exigirá que pague copagos durante los primeros 36 meses. Si se une o abandona nuestro plan, el ciclo de 5 años comienza de nuevo.

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

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

El cuadro de beneficios médicos enumera los servicios cubiertos e indica cuánto paga por cada servicio cubierto como miembro del plan. En esta sección también se ofrece información sobre los servicios médicos que no están cubiertos y se explican las limitaciones de determinados servicios.

Sección 1.1 Gastos de bolsillo que deberá pagar por los servicios cubiertos

Los tipos de gastos de bolsillo que puede pagar por los servicios cubiertos incluyen:

- **Copago:** cantidad fija que paga cada vez que recibe determinados servicios médicos. El copago se abona en el momento en que recibe el servicio médico. (En el cuadro de beneficios médicos, encontrará más información sobre sus copagos).
- **Coseguro:** porcentaje que usted paga del costo total de determinados servicios médicos. El coseguro se abona en el momento en que recibe el servicio médico. (En el cuadro de beneficios médicos, encontrará más información sobre su coseguro).

La mayoría de las personas que reúnen los requisitos para Medicaid o para el programa de Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) no pagan deducibles, copagos ni coseguros. Si está en uno de estos programas, asegúrese de mostrar a su proveedor su prueba de elegibilidad para Medicaid o QMB.

Sección 1.2 ¿Cuál es el monto máximo que deberá pagar por Medicare Parte A y Medicare Parte B cubiertos servicios médicos?

Los planes Medicare Advantage tienen un límite en el monto de desembolso total que usted debe pagar cada año por los servicios médicos de la red con cobertura de Medicare Parte A y de Medicare Parte B. Este límite se denomina monto máximo de gastos de bolsillo (maximum out-of-pocket, MOOP) por servicios médicos. **Para el año calendario 2027, el monto del MOOP es de $1,500.**

Los montos que usted paga por los copagos y el coseguro por servicios cubiertos dentro de la red se tienen en cuenta para este monto máximo de gastos de bolsillo. Los montos que paga por las primas del plan y los medicamentos de la Parte D no se tienen en cuenta para calcular el monto máximo de gastos de bolsillo. Si alcanza el monto máximo de gastos de bolsillo de $1,500, no deberá pagar ningún costo de desembolso por los servicios de la red cubiertos por la Parte A y la

Parte B para lo que resta del año. Sin embargo, debe seguir pagando la prima del plan y la prima de Medicare Parte B (a menos que Medi-Cal u otro tercero pague su prima de la Parte B).

Sección 1.3 Los proveedores no pueden facturarle el saldo

Como miembro de nuestro plan, usted cuenta con una protección importante, ya que solo tiene que pagar el monto de costo compartido cuando recibe servicios cubiertos por el plan. Los proveedores no pueden cobrarle cargos adicionales por separado, lo que se conoce como **facturación de saldo**. Esta protección se aplica incluso si pagamos al proveedor menos de lo que cobra por un servicio e incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.

Así es como funciona la protección contra el cobro del saldo restante.

- Si su participación en los costos es un copago (una cantidad fija de dólares, por ejemplo, $15.00), usted solo paga esa cantidad por cualquier servicio cubierto de un proveedor de la red.
- Si su participación en los costos es un coseguro (un porcentaje del total de los cargos), nunca pagará más que ese porcentaje. Sin embargo, su costo depende del tipo de proveedor:
    - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor de la red, pagará el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de reembolso de nuestro plan (esto se establece en el contrato entre el proveedor y nuestro plan).
    - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que participa en Medicare, usted paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tarifa de pago de Medicare para proveedores participantes. (Nuestro plan cubre los servicios de proveedores fuera de la red solo en determinadas situaciones, como cuando se obtiene una referencia o en caso de emergencias o servicios de urgencia.)
    - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que no participa en Medicare, usted paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tarifa de pago de Medicare para proveedores no participantes. (Nuestro plan cubre los servicios de proveedores fuera de la red solo en determinadas situaciones, como cuando se obtiene una referencia, en casos de emergencia o para servicios de urgencia fuera del área de servicio.)
- Si cree que un proveedor le ha facturado el saldo a usted, llame a Servicio al Cliente al 1-855-562-8853 (los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 711).

SECCIÓN 2 En el Cuadro de beneficios médicos se muestran sus beneficios y costos médicos

El cuadro de beneficios médicos que se incluye en las páginas siguientes muestra los servicios que cubre Sharp Direct Advantage SDPEBA (HMO) y el monto de gastos de bolsillo que usted paga por cada servicio (la cobertura de medicamentos de la Parte D se incluye en el capítulo 5). Los

servicios que figuran en el Cuadro de beneficios médicos solo están cubiertos cuando se cumplen estos requisitos:

- Los servicios cubiertos por Medicare deben prestarse de acuerdo con las pautas de cobertura de Medicare.
- Sus servicios (incluidos la atención médica, los servicios, los suministros, el equipo y los medicamentos de la Parte B) *deben* ser médicamente necesarios. Médicamente necesario significa que los medicamentos, servicios o suministros son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.
- Para los nuevos asociados, su plan de atención coordinada de Medicare Advantage (MA) debe proporcionar un período de transición mínimo de 90 días, durante el cual el nuevo plan de MA no puede exigir autorización previa para ningún tratamiento activo, incluso si el tratamiento era para un servicio que comenzó con un proveedor fuera de la red.
- Usted recibe asistencia de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, la atención que reciba de un proveedor fuera de la red no estará cubierta, a menos que sea de emergencia o atención de urgencia, o a menos que nuestro plan o un proveedor de red le haya dado una referencia. Esto significa que usted paga íntegramente al proveedor por los servicios que recibe fuera de la red.
- Tiene un médico primario (un PCP) que le brinda atención y la supervisa. En la mayoría de los casos, su PCP debe darle su aprobación por adelantado (una remisión) antes de que pueda acudir a otros proveedores de la red de nuestro plan.
- Algunos servicios que figuran en el Cuadro de beneficios médicos están cubiertos *solo* si su médico u otro proveedor de la red obtiene nuestra aprobación por anticipado (lo que a veces se denomina autorización previa). Los servicios cubiertos que necesitan aprobación por anticipado están marcados en el cuadro de beneficios médicos con un comentario en cursiva.
- Si su plan de atención coordinada aprueba una solicitud de autorización previa para un tratamiento, la aprobación debe ser válida durante el tiempo que sea médicamente razonable y necesario para evitar interrupciones en la atención de acuerdo con los criterios de cobertura aplicables, su historia clínica y la recomendación del proveedor tratante.
- También podemos cobrarle cargos administrativos por inasistencia a las citas o incumplir el pago obligatorio de la costos compartidos al momento de recibir el servicio. Llame a Servicio al Cliente al 1-855-562-8853 (los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 711) si tiene preguntas sobre estos cargos administrativos.

Otra información importante que debe saber sobre su cobertura:

- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Medicare Original. Para algunos de estos beneficios, usted paga *más* en nuestro plan de lo que pagaría en Medicare Original. Para otros, usted paga *menos.* (Para obtener más información sobre la

cobertura y los costos de Medicare Original, consulte el manual *Medicare y usted 2027*. Consúltelo en línea en Medicare.gov o solicite una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227); los usuarios de los servicios TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.)

- En el caso de los servicios preventivos cubiertos sin costo alguno por Medicare Original, también cubrimos esos servicios sin costo alguno para usted. Sin embargo, si durante la visita en la que recibe el servicio preventivo se le trata o controla también una enfermedad existente, se aplicará un copago por la atención recibida por la enfermedad existente.
- Si Medicare agrega cobertura para cualquier servicio nuevo durante 2027, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.

Esta manzana muestra servicios preventivos en el Cuadro de beneficios médicos.

Tabla de beneficios médicos

Servicio cubierto	Lo que paga
Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal Una ecografía de detección por única vez para las personas en riesgo. Nuestro plan sólo cubre este examen de detección si usted tiene ciertos factores de riesgo y si usted ha recibido una referencia por parte de su médico, médico asistente (physician assistant, PA), enfermero practicante (nurse practitioner, NP), o enfermero clínico especialista (clinical nurse specialist, CNS). *Es posible que se requiera autorización previa de nuestro plan.* *Puede necesitar una remisión de su proveedor de la red.*	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para el examen preventivo.
Acupuntura para dolor crónico en la parte baja de la espalda Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: Se cubren hasta 12 visitas en 90 días en las siguientes circunstancias: A los fines de este beneficio, el dolor crónico en la parte baja de la espalda se define según los siguientes términos: • Con una duración de 12 semanas o más. • No específico, que no tiene causa sistémica identificable (es decir, no está asociado a ninguna enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.). • No está asociado a una cirugía. • No está relacionado con un embarazo. Se cubrirán 8 sesiones adicionales para los pacientes que demuestren una mejora. No se administrarán más de 20 tratamientos de acupuntura por año. El tratamiento debe interrumpirse si el paciente no mejora o si empeora.	Copago de $10 al recibir servicios de acupuntura cubiertos por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que paga
Requisitos del proveedor: Los médicos pueden ofrecer tratamientos de acupuntura de conformidad con los requisitos estatales aplicables. Los asistentes médicos (PA), los enfermeros practicantes (NP) o especialistas clínicos en enfermería (CNS) y el personal auxiliar pueden practicar la acupuntura siempre que cumplan con todos los requisitos estatales aplicables y cuenten con: • Un máster o doctorado en Acupuntura o en Medicina Oriental de una escuela acreditada por la Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental (Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine, ACAOM); y • Una licencia vigente, completa, activa y sin restricciones para la práctica de acupuntura en un estado o territorio (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos o el Distrito de Columbia. El personal auxiliar que realice tratamientos de acupuntura debe estar bajo el nivel adecuado de supervisión de un médico, un asistente médico (PA) o un enfermero practicante (NP)/especialista en cuidados de salud (CNS), tal como lo exigen nuestras normas. *Es posible que se requiera autorización previa de nuestro plan o de American Specialty Health Plans (ASH Plans).* *Los servicios pueden estar sujetos a la verificación de la necesidad médica. Su acupuntor de American Specialty Health Plans (ASH Plans) obtendrá las autorizaciones necesarias para los servicios prestados.* *Puede necesitar una remisión de su proveedor de la red.* American Specialty Health Plans of California, Inc. (ASH Plans) es una filial de propiedad absoluta de American Specialty Health Incorporated.	
Servicios de acupuntura (suplementarios) Hasta 30 visitas por año de beneficios (combinadas con servicios quiroprácticos suplementarios) de servicios de acupuntura para el tratamiento o diagnóstico de trastornos neuromusculoesqueléticos y trastornos relacionados, náuseas o dolor.	Copago de $10 por cada visita al consultorio. El monto que paga por estos servicios no cuenta para el monto máximo de gastos de bolsillo.

Servicio cubierto	Lo que paga
• *Los servicios son autorizados y prestados por un acupuntor participante de American Specialty Health Plans of California, Inc. (ASH Plans).* • *Los servicios pueden estar sujetos a la verificación de la necesidad médica. Su acupuntor de ASH Plans obtendrá las autorizaciones necesarias para los servicios prestados.* American Specialty Health Plans of California, Inc. (ASH Plans) es una filial de propiedad absoluta de American Specialty Health Incorporated.	
Servicios de ambulancia Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sea para situaciones de emergencia o que no sean de emergencia, incluyen servicios de ambulancia de ala fija, ala giratoria y servicios de ambulancia terrestre, hasta el centro adecuado más cercano que pueda proporcionar atención, si se prestan a un miembro cuya afección médica es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro su salud o si nuestro plan lo autoriza. Si los servicios de ambulancia cubiertos no son para una situación de emergencia, se debe documentar que la afección 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. *Salvo en caso de emergencia, es posible que se requiera autorización previa de nuestro plan.*	Copago de $0 por cada viaje de ida cubierto por Medicare. Copago de $50 por cada transporte de emergencia de ida o vuelta a nivel mundial.
Visita anual de bienestar Si ha tenido la Parte B por más de 12 meses, puede realizar una visita anual de bienestar para elaborar o actualizar un plan de prevención personalizado basado en su salud actual y sus factores de riesgo actuales. Está cubierta una vez cada 12 meses. **Nota**: Su primera visita anual de bienestar no puede realizarse dentro de los 12 meses de su visita preventiva *Bienvenido a Medicare*. Sin embargo, no necesita haber realizado una visita de *Bienvenido a Medicare* para tener cobertura para las visitas anuales de bienestar después de haber tenido la Parte B por 12 meses.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta anual de bienestar.

Servicio cubierto	Lo que paga
Medición de la masa ósea Para las personas que reúnen los requisitos (por lo general, aquellas con riesgo de perder masa ósea o de padecer osteoporosis), se cubren los siguientes servicios cada 24 meses o con mayor frecuencia si es médicamente necesario: procedimientos para identificar la masa ósea, detectar la pérdida ósea o determinar la calidad ósea, incluida la interpretación de los resultados por parte de un médico. *Es posible que se requiera autorización previa de nuestro plan.* *Puede necesitar una remisión de su proveedor de la red.*	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la medición de la masa ósea cubierta por Medicare.
Prueba de detección de cáncer de mama (mamografías) Los servicios cubiertos incluyen: • 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 *Es posible que se requiera autorización previa de nuestro plan.* *Puede necesitar una remisión de su proveedor de la red.*	No se requiere coseguro, copago ni deducible para mamografías de detección cubiertas.
Servicios de rehabilitación cardíaca Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicios, educación y asesoramiento están cubiertos para miembros que cumplen con determinadas condiciones con una remisión del médico. Nuestro plan cubre estos programas completos si usted ha tenido al menos una de estas afecciones: • Ataque cardíaco en los últimos 12 meses • Cirugía de bypass de las arterias coronarias • Angina de pecho estable (dolor en el pecho) • Reparación o reemplazo de la válvula cardíaca • Angioplastia coronaria (un procedimiento médico utilizado para abrir una arteria bloqueada) o colocación de un stent coronario (un procedimiento utilizado para mantener una arteria abierta) • Transplante de corazón o de corazón y pulmón	Copago de $10 por cada visita a un especialista.

Servicio cubierto	Lo que paga
• Insuficiencia cardíaca crónica estable Limitaciones de la cobertura: Puede recibir hasta 36 sesiones de rehabilitación cardíaca. Puede tener 2 sesiones por día (cada una con una duración de 1 hora), y el programa puede durar hasta 36 semanas. Si cumple con los requisitos, es posible que pueda recibir 36 sesiones adicionales que se pueden distribuir a lo largo de un período más prolongado. *Es posible que se requiera autorización previa de nuestro plan.* *Puede necesitar una remisión de su proveedor de la red.*	
Consulta para disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (tratamiento para las enfermedades cardiovasculares) Cubrimos una consulta por año con su médico de atención primaria para ayudarlo a disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Durante esta consulta, su médico puede analizar el uso de aspirina (si corresponde), medir su presión arterial y brindarle consejos para asegurarse de que usted esté comiendo sano. *Es posible que se requiera autorización previa de nuestro plan.* *Puede necesitar una remisión de su proveedor de la red.*	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo para el tratamiento conductual intensivo de enfermedades cardiovasculares.
Pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas al riesgo elevado de enfermedades cardiovasculares) una vez cada 5 años (60 meses). *Es posible que se requiera autorización previa de nuestro plan.* *Puede necesitar una remisión de su proveedor de la red.*	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el análisis para detectar enfermedades cardiovasculares que se cubre una vez cada 5 años.
Prueba de detección de cáncer de cuello de útero y de vagina Los servicios cubiertos incluyen:	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos preventivos cubiertos por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que paga
• Exámenes de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses para todas las mujeres • Un examen de Papanicolaou cada 12 meses si se encuentra en alto riesgo de cáncer cervical o vaginal, o si se encuentra en edad fértil y ha tenido un resultado anormal en un examen de Papanicolaou en los últimos 3 años *Puede necesitar una remisión de su proveedor de la red.*	
Servicios de quiropraxia (cubiertos por Medicare) Número ilimitado de visitas por año de beneficio para la manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación vertebral. *Es posible que se requiera una derivación de su médico de atención primaria (PCP) y una autorización previa de nuestro plan o de American Specialty Health Plans of California, Inc. (ASH Plans).* American Specialty Health Plans of California, Inc. (ASH Plans) es una filial de propiedad absoluta de American Specialty Health Incorporated.	Copago de $10 por cada visita al consultorio.
Servicios de quiropraxia (suplementarios) Hasta 30 visitas (combinadas con servicios de acupuntura) por año de beneficios para el tratamiento o diagnóstico de trastornos musculoesqueléticos y relacionados, así como del dolor. • *Los servicios son autorizados y prestados por un quiropráctico participante de American Specialty Health Plans of California, Inc. (ASH Plans).* • *Los servicios están sujetos a la verificación de la necesidad médica. Su quiropráctico de ASH Plans obtendrá las autorizaciones necesarias para los servicios prestados.* American Specialty Health Plans of California, Inc. (ASH Plans) es una filial de propiedad absoluta de American Specialty Health Incorporated.	Copago de $10 por cada visita al consultorio. El monto que paga por estos servicios no cuenta para el monto máximo de gastos de bolsillo.
Prueba de detección de cáncer colorrectal Están cubiertos las siguientes pruebas de detección: • No hay límite mínimo o máximo de edad para la colonoscopía y se cubre una vez cada 120 meses (10 años)	No se requiere coseguro, copago ni deducible para un examen de detección de cáncer colorrectal cubierto por Medicare. Si su médico

Servicio cubierto	Lo que paga
para los pacientes que no presentan alto riesgo, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para los pacientes que no presentan alto riesgo de cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para los pacientes de alto riesgo después de una colonoscopia de detección previa. • La colonografía por tomografía computada para pacientes de 45 años o más que no se encuentren en alto riesgo de cáncer colorrectal está cubierta cuando hayan transcurrido al menos 59 meses a partir del mes en que se realizó la última colonografía por tomografía computada de detección, o cuando hayan transcurrido 47 meses a partir del mes en que se realizó la última sigmoidoscopia flexible de detección o la última colonoscopia de detección. Para los pacientes con alto riesgo de cáncer colorrectal, se cubrirá una colonografía por tomografía computarizada de detección que se realice al menos 23 meses después del mes en que se haya realizado la última colonografía por tomografía computarizada de detección o la última colonoscopia de detección. • Sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 120 meses para pacientes que no presentan un alto riesgo después de haberse sometido a una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para pacientes de alto riesgo desde la última sigmoidoscopia flexible o colonografía por tomografía computarizada. • Análisis de sangre oculta en materia fecal para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 12 meses. • ADN fecal multitarget para pacientes de 45 a 85 años de edad que no cumplen los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Pruebas de biomarcadores sanguíneos para pacientes de 45 a 85 años de edad que no cumplen los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de detección de seguimiento después de que una prueba de detección de cáncer colorrectal con heces no invasiva cubierta por Medicare dé un resultado positivo.	encuentra y retira un pólipo u otro tejido durante la colonoscopia o sigmoidoscopia flexible, la prueba de detección se convierte en una prueba de diagnóstico. No hay coseguro, copago ni deducible para el enema de bario cubierto por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que paga
• Las pruebas de detección del cáncer colorrectal incluyen una sigmoidoscopia flexible de detección planificada o una colonoscopia de detección que implica la extracción de tejido u otra materia, u otro procedimiento realizado en relación con la prueba de detección, como resultado de ella y en la misma consulta clínica. *Es posible que se requiera autorización previa de nuestro plan.* *Puede necesitar una remisión de su proveedor de la red.*	
Servicios Dentales En general, los servicios dentales preventivos (como limpiezas, revisiones dentales rutinarias y radiografías dentales) no están cubiertos por Original Medicare. Sin embargo, Medicare paga los servicios dentales en un número limitado de circunstancias, específicamente cuando ese servicio es parte integral del tratamiento específico de la afección médica primaria de una persona. Algunos ejemplos son la reconstrucción de la mandíbula tras una fractura o lesión, las extracciones dentales realizadas como preparación para el tratamiento con radiación contra el cáncer que afecta a la mandíbula o los exámenes bucales previos al trasplante de órganos. Además, cubrimos: Cubrimos servicios dentales limitados realizados por un dentista como parte accesoria e integral de un procedimiento o servicio cubierto. Esto no incluye servicios relacionados con la atención, el tratamiento, el relleno, la eliminación o sustitución de dientes. *Es posible que se requiera autorización previa de nuestro plan.* *Puede necesitar una remisión de su proveedor de la red.*	Copago de $10 por cada visita al consultorio para servicios cubiertos por Medicare.
Prueba de detección de depresión Cubrimos un examen de detección de depresión por año. La detección debe realizarse en un centro de atención primaria que pueda proporcionar tratamiento de seguimiento y/o remisiones.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para una consulta anual de detección de depresión.
Prueba de detección de diabetes Cubrimos esta prueba de detección (incluye pruebas de glucosa en ayunas) si usted presenta alguno de estos factores	No hay coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que paga
de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia), obesidad o antecedentes de niveles altos 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. Usted puede ser elegible para hasta 2 exámenes de detección de diabetes cada 12 meses a partir de la fecha de su prueba de detección de diabetes más reciente. *Es posible que se requiera autorización previa de nuestro plan.* *Puede necesitar una remisión de su proveedor de la red.*	
Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para pacientes diabéticos Para todas las personas que tienen diabetes (tanto las que usan insulina como las que no), los servicios cubiertos incluyen: • 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 con diabetes que padecen enfermedad del pie diabético grave: un par de zapatos terapéuticos hechos a medida por año calendario (incluidas las plantillas que se proporcionan con dichos zapatos) y 2 pares adicionales de plantillas, o un par de zapatos de profundidad y 3 pares de plantillas (sin incluir las plantillas removibles no hechas a medida que se proporcionan con dichos zapatos), incluyendo la adaptación. • Capacitación para el autocontrol de la diabetes en ciertas afecciones. *Es posible que se requiera autorización previa de nuestro plan para el calzado terapéutico, así como para servicios y suministros para la diabetes.* *Es posible que necesite una remisión de su proveedor de la red y autorización previa de nuestro plan para la capacitación en el manejo independiente de la diabetes.*	Usted paga Copago de $0 por los suministros para el monitoreo de la diabetes. Usted paga de Copago de $0 por calzado terapéutico o plantillas. No hay coseguro, copago ni deducible para los beneficiarios elegibles para el beneficio preventivo de capacitación en autogestión de la diabetes.

Servicio cubierto	Lo que paga
Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados (Para conocer la definición de equipo médico duradero, consulte el capítulo 12 y el capítulo 3.) Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, camas de hospital solicitadas por un proveedor para uso doméstico, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores de voz, equipos de oxígeno, nebulizadores y andadores. Cubrimos todo el DME que sea médicamente necesario que tiene cobertura de Original Medicare. Si nuestro proveedor en su área no lleva una marca o un fabricante específico, puede consultar si pueden pedirlo específicamente para usted. *Es posible que se requiera autorización previa de nuestro plan.*	No hay coseguro, copago ni deducible para el equipo médico duradero y los suministros relacionados. Su costo compartido por la cobertura de equipos de oxígeno de Medicare es de Copago de $0 cada mes. Después de 36 meses, su proveedor debe continuar suministrando el equipo de oxígeno y los insumos relacionados durante otros 24 meses, hasta un total de 5 años, siempre y cuando usted tenga una necesidad médica de oxígeno. Si su necesidad médica persiste después del período de 5 años, su proveedor ya no está obligado a suministrarle el oxígeno y el equipo de oxígeno, y usted puede optar por obtener un equipo de reemplazo de cualquier proveedor. Un nuevo período de pago de 36 meses y un período de obligación del proveedor de 5 años comienzan una vez que finaliza el antiguo periodo de 5 años. Si usted había realizado pagos de alquiler por la cobertura de equipo de oxígeno durante 36 meses antes de inscribirse en nuestro plan, su costo compartido es de Copago de $0.

Servicio cubierto	Lo que paga
Atención de emergencia La atención de emergencia hace referencia a los servicios con estas características: • Proporcionado por un proveedor calificado para brindar servicios de emergencia • Son necesarios para evaluar o estabilizar una afección de emergencia. Una emergencia médica se produce cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un nivel de conocimiento promedio sobre salud y medicina, cree que presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida (y, si es una mujer embarazada, la pérdida del feto), la pérdida de una extremidad o la pérdida de la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor severo o una afección médica que empeora rápidamente. El costo compartido por los servicios de emergencia necesarios que reciba fuera de la red es el mismo que cuando recibe estos servicios dentro de la red. La cobertura de emergencia se ofrece en todo el mundo.	Copago de $50 por cada visita a la sala de emergencia. (Se exime el pago si ingresa dentro de las 24 horas por la misma afección). Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención para pacientes hospitalizados después de que se estabilice su afección de emergencia, debe trasladarse a un hospital de la red para que la atención siga estando cubierta, O BIEN debe obtener la autorización de nuestro plan para recibir la atención para pacientes hospitalizados en el hospital fuera de la red; en este caso, su costo será el mismo costo compartido que pagaría en un hospital de la red. No hay límite de cobertura para la atención de emergencia en todo el mundo.
Programa de educación sobre salud y bienestar **Programa para el envejecimiento saludable y el ejercicio de Silver&Fit®** Como miembro de Silver&Fit, usted tiene opciones disponibles sin costo alguno: • **Membresía de gimnasio:** puede visitar los gimnasios o centros YMCA participantes que formen parte del programa y se encuentren cerca de su hogar.* Muchos gimnasios participantes también pueden ofrecer clases de bajo impacto enfocadas en mejorar y aumentar la fuerza muscular y la resistencia, la movilidad, la flexibilidad, el rango de movimiento, el equilibrio, la agilidad y la coordinación.	No hay copago, coseguro ni deducible para el programa de Silver&Fit. El acceso a los gimnasios incluye los servicios de los centros de acondicionamiento físico estándares. No se incluyen los servicios que habitualmente requieren un cargo adicional. El monto que paga por estos servicios no cuenta para el monto máximo de gastos de bolsillo.

Servicio cubierto	Lo que paga
• **Kits para hacer ejercicio en el hogar:** usted es elegible para recibir un kit para hacer ejercicio en el hogar por año de beneficios, y puede elegir entre diversas categorías de ejercicios. • **Club de bienestar:** si establece sus preferencias sobre temas de bienestar en el sitio web, podrá ver recursos adaptados a sus intereses y objetivos de envejecimiento saludable, incluyendo artículos, videos, clases y eventos virtuales en vivo, además de grupos sociales**. • **Planes de entrenamiento:** respondiendo algunas preguntas en línea sobre sus áreas de interés, recibirá un plan de entrenamiento personalizado que incluye instrucciones para comenzar y videos de ejercicios sugeridos. • **Entrenamientos digitales:** puede ver videos a demanda a través de la biblioteca de entrenamientos digitales del sitio web, incluidas las clases de la serie Silver&Fit Signature Series®. • **Silver&Fit Connected!™:** Silver&Fit Connected! la herramienta puede ayudar a rastrear su actividad.*** Para inscribirse u obtener más información, visite silverandfit.com o llame a Silver&Fit al 1-877-427-4788 (TTY/TDD 711), de lunes a viernes, de 5 a.m. a 6 p.m. *Los servicios de membresía no estándar que requieren una tarifa adicional no forman parte del programa de Silver&Fit y no serán reembolsados. **American Specialty Health Fitness, Inc. (ASH Fitness) no tiene afiliaciones, intereses, respaldos ni patrocinios con ninguna de las organizaciones o clubes. Algunos grupos sociales pueden requerir una cuota para unirse. Esos cargos no son parte de los programas Silver&Fit y no serán reembolsadas por ASH Fitness. ***Es posible que sea necesario adquirir una aplicación o un rastreador de actividad física portátil para utilizar la herramienta Connected! lo que no es reembolsable por el programa Silver&Fit. El uso que haga de la herramienta de Silver&Fit Connected! sirve a modo de consentimiento para	

Servicio cubierto	Lo que paga
que ASH Fitness reciba información sobre su actividad registrada. El uso que haga de la herramienta de Silver&Fit Connected! sirve a modo de consentimiento para que ASH Fitness obtenga información sobre su actividad registrada y utilice dichos datos para tramitar y administrar las recompensas disponibles para usted dentro del programa. El programa Silver&Fit es ofrecido por ASH Fitness, una empresa de American Specialty Health Incorporated (ASH). Silver&Fit, Silver&Fit Signature Series Classes, Silver&Fit Connected! son marcas registradas de ASH. Pueden aplicarse limitaciones, cuotas de afiliación y restricciones. Los centros y las cadenas de gimnasios participantes pueden variar según la ubicación y están sujetos a cambios. Los kits y las recompensas están sujetos a cambios.	
Servicios de audición Las evaluaciones diagnósticas de audición y equilibrio realizadas por su proveedor de la red para determinar si necesita tratamiento médico están cubiertas como atención para pacientes ambulatorios cuando las reciba de un médico, audiólogo o otro proveedor calificado. Nuestro plan se ha asociado con HearUSA, San Diego Hearing Centers y Sharp Rees-Stealy Audiology para proporcionar exámenes de audición y tratamiento para problemas de audición y equilibrio. Para acceder al beneficio de audífonos y conectarse con un proveedor de la red, comuníquese con HearUSA o los centros San Diego Hearing Centers. Los miembros de Sharp Rees-Stealy también tienen acceso a los servicios de audiología de Sharp Rees-Stealy. *Puede que se necesite la derivación de su proveedor de red y la autorización previa de nuestro plan para el examen y el tratamiento de problemas audición y equilibrio.* **Los audífonos de Audición** Nuestro plan se ha asociado con HearUSA y los centros San Diego Hearing Centers para ofrecerle audífonos. Para acceder al beneficio de audífonos con un proveedor de la red, comuníquese con HearUSA o los centros San Diego	Copago de $10 para un examen destinado a diagnosticar y tratar problemas de audición y equilibrio. **Audífonos:** Nuestro plan paga hasta $3,500 cada tres años por audífonos. **Adaptación de audífonos y exámenes (hasta 2 visitas por año):** Copago de $10 con proveedores de la red. El monto que paga por estos servicios no cuenta para el monto máximo de gastos de bolsillo.

Servicio cubierto	Lo que paga
Hearing Centers. Puede comunicarse con HearUSA al 1-855-203-5911, TTY 711. Puede comunicarse con el centro San Diego Hearing Center al 1-858-297-3277, TTY 711. También puede comprar audífonos de un proveedor fuera de la red (incluidos proveedores de productos de venta libre). Si usted elige un proveedor fuera de la red, deberá obtener una autorización previa de nuestro plan antes de recibir los audífonos. Tendrá que pagar por los audífonos y enviar un Formulario de reembolso para los miembros al plan para recibir un reembolso. *Debe obtener la autorización previa de nuestro plan para los audífonos que obtenga en proveedores dentro y fuera de la red.*	
Prueba de detección de VIH En el caso de las personas que solicitan una prueba de detección del VIH o que tienen un mayor riesgo de infección por el VIH, cubrimos: • Un examen de detección cada 12 meses. Si está embarazada, cubriremos: • Hasta 3 exámenes de detección durante el embarazo *Es posible que se requiera autorización previa de nuestro plan.* *Puede necesitar una remisión de su proveedor de la red.*	No hay coseguro, copagos o deducibles para los miembros elegibles para la detección preventiva del VIH cubierta por Medicare.
Agencia de atención médica a domicilio Antes de recibir servicios de atención médica a domicilio, un médico debe certificar que usted necesita dichos servicios y solicitará que una agencia de atención médica a domicilio se encargue de proporcionárselos. El requisito es que usted no pueda salir de su casa, lo que significa que hacerlo implica un esfuerzo enorme. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Servicios de enfermería especializada o los servicios de un asistente de salud en el hogar en forma intermitente o de medio tiempo (para que se los cubra en función del beneficio de atención médica a domicilio, los servicios de enfermería especializada y los servicios de un asistente de	No hay coseguro, copago ni deducible para miembros elegibles para recibir servicios de atención médica domiciliaria cubiertos por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que paga
salud en el hogar combinados deben totalizar menos de 8 horas por día y 35 horas por semana). • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Servicios médicos y sociales. • Equipos y suministros médicos. *Es posible que se requiera autorización previa de nuestro plan.* *Puede necesitar una remisión de su proveedor de la red.*	
Tratamiento de infusión en el hogar La terapia de infusión domiciliaria consiste en la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a una persona en su domicilio. Los componentes necesarios para realizar una infusión en el hogar incluyen el medicamento (por ejemplo, antivíricos, inmunoglobulinas), el equipo (por ejemplo, una bomba) y los suministros (por ejemplo, sondas y catéteres). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, prestados de acuerdo con nuestro plan de cuidados. • La capacitación y la educación del paciente que no cubra, de otra manera, el beneficio de equipo médico duradero. • Control a distancia. • Servicios de control para el suministro de terapia de infusión en el hogar y medicamentos de infusión en el hogar brindados por un proveedor calificado de terapia de infusión en el hogar. *Es posible que se requiera autorización previa de nuestro plan.* *Puede necesitar una remisión de su proveedor de la red.*	Copago de $0 para los medicamentos de infusión intravenosa en el hogar, equipos y suministros. Copago de $10 por servicios profesionales de infusión intravenosa para pacientes ambulatorios prestados en un consultorio de un especialista. Copago de $10 para los servicios profesionales de infusión intravenosa brindados en el hogar.
Atención en centro para enfermos terminales Usted es elegible para recibir el beneficio de atención en un centro para enfermos terminales cuando su médico y el director médico del centro le hayan diagnosticado una enfermedad terminal y le quedan 6 meses o menos de vida si su enfermedad sigue su curso normal. Puede recibir atención de parte de cualquier programa de centro para enfermos terminales con certificación de Medicare. Nuestro plan está obligado a brindarle ayuda para que encuentre programas en	Cuando se inscribe en un programa de centro para enfermos terminales certificado por Medicare, el pago de los servicios que ofrece este centro y de los de la Parte A y la Parte B relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal estará a cargo de

Servicio cubierto	Lo que paga
centros para enfermos terminales con certificación de Medicare en el área de servicio del plan, incluidos aquellos que sean de nuestra propiedad o estén controlados por nosotros, o en lo que tengamos un interés financiero. El médico del centro puede ser un proveedor de la red o no. Los servicios cubiertos incluyen: • Medicamentos para controlar síntomas y aliviar el dolor. • Cuidados de relevo a corto plazo. • Atención a domicilio. Cuando ingresa en un centro para enfermos terminales, tiene derecho a permanecer en nuestro plan; si permanece en nuestro plan, debe seguir pagando la prima mensual del plan. **Para servicios en centros para enfermos terminales y servicios cubiertos por la Parte A o B de Medicare que estén relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal**: pagará los servicios que se brindan en un centro para enfermos terminales y todos los servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal. Mientras se encuentre en el programa de atención en un centro para enfermos terminales, su proveedor de dicha atención le facturará a Original Medicare los servicios que este pague. Se le facturará el costo compartido de Original Medicare. **Para servicios cubiertos por Medicare Parte A o B no relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal**: si necesita servicios que no son de emergencia ni servicios de urgencia cubiertos por Medicare Parte A o B que no están relacionados con su pronóstico terminal, el costo de estos servicios depende de si utiliza un proveedor de la red de nuestro plan y sigue las reglas del plan (por ejemplo, si existe el requisito de obtener autorización previa). • Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor de la red y sigue las reglas del plan para obtener el servicio, solo pagará el monto de costo compartido de nuestro plan por los servicios dentro de la red. • Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, usted paga el costo compartido según Original Medicare.	Original Medicare, y no de nuestro plan.

Servicio cubierto	Lo que paga
Para los servicios cubiertos por nuestro plan pero no por Parte A o la Parte B de Medicare: nuestro plan continuará cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no están cubiertos por la Parte A o la Parte B, ya sea que estén relacionados o no con su diagnóstico de enfermedad terminal. Usted paga el monto de costo compartido de nuestro plan por estos servicios. **Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Parte D de nuestro plan:** si estos medicamentos no están relacionados con su afección terminal en cuidados paliativos, usted pagará el costo compartido. Si están relacionados con su afección terminal en cuidados paliativos, usted paga el costo compartido de Original Medicare. Los medicamentos nunca están cubiertos por el beneficio de cuidados para enfermos terminales y por nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte el capítulo 5, sección 9.4. **Nota:** Si necesita atención no hospitalaria (cuidado que no esté relacionado con su pronóstico terminal), contáctenos para organizar los servicios. Nuestro plan cubre servicios de consulta de cuidados para enfermos terminales (solo una vez) para una persona con una enfermedad terminal que no haya elegido el beneficio de cuidados para enfermos terminales.	
Vacunas Los servicios de la Parte B cubiertos por Medicare incluyen los siguientes: • Vacunas contra la neumonía. • Vacunas antigripales, una vez en cada temporada de gripe en el otoño y el invierno, y vacunas antigripales adicionales si son médicamente necesario. • Vacunas contra la hepatitis B si nunca ha recibido una serie completa, no conoce su historial de vacunación o padece alguna otra afección que lo exponga a un riesgo alto o intermedio de contraer la hepatitis B • Vacunas contra la COVID-19. • Otras vacunas si está en riesgo y cumplen con las reglas de cobertura de la Parte B de Medicare.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, la gripe, la hepatitis B ni la COVID-19.

Servicio cubierto	Lo que paga
También cubrimos la mayoría de las demás vacunas para adultos en virtud de nuestro beneficio de medicamentos de la Parte D. Vaya al capítulo 6, sección 8 para obtener más información. *Es posible que se requiera autorización previa de nuestro plan.* *Puede necesitar una remisión de su proveedor de la red.*	
Atención del paciente hospitalizado Incluye servicios hospitalarios de paciente hospitalizado de cuidados agudos, de rehabilitación, de atención a largo plazo y de otros tipos para paciente hospitalizado. La atención de paciente hospitalizado comienza el día en que ingresa formalmente en el hospital con la orden de un médico. El día anterior al alta es el último día del paciente hospitalizado. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario). • Comidas, incluidas dietas especiales. • Servicios regulares de enfermería. • Costos de las unidades de cuidados especiales (por ejemplo, unidades de cuidados intensivos o coronarios). • Medicamentos. • Análisis de laboratorio. • Radiografías y otros servicios radiológicos. • Suministros médicos y quirúrgicos necesarios. • Uso de dispositivos, como sillas de ruedas. • Costos de la sala de operaciones y de recuperación. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje. • Servicios de tratamiento de abuso de sustancias para pacientes internos • En ciertas condiciones, se cubren los siguientes tipos de trasplantes: corneal, renal, pancreático renal, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre, de intestino/multivisceral. Si necesita un trasplante, coordinaremos la revisión de su caso por un centro de trasplante aprobado por Medicare, el cual	**Hospitalización** Copago de $0 por internación. Nuestro plan cubre una cantidad ilimitada de días de hospitalización. El costo compartido descrito anteriormente corresponde para cada hospitalización. Debe pagar el copago por hospitalización por cada ingreso. Si recibe atención como paciente hospitalizado autorizada en un hospital fuera de la red una vez que se haya estabilizado la afección que causó la emergencia, el costo que le corresponde pagar son los costos compartidos que pagaría en un hospital de la red. **Atención de salud mental para pacientes hospitalizados (en hospital general)** Copago de $0 por internación. Nuestro plan solo cubre 90 días de internación en un hospital de salud mental por período de beneficios. Un periodo de beneficio comienza el día en que ingresa a un hospital o centro de enfermería especializada. Termina cuando

Servicio cubierto	Lo que paga
decidirá si usted es candidato a un trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o estar fuera del área de servicio. • Si nuestros servicios de trasplante 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 nuestro plan proporciona servicios de trasplante en un lugar fuera del patrón de atención para los trasplantes en su comunidad y usted elige realizarse el trasplante en este lugar lejano, coordinaremos o pagaremos los costos por el alojamiento y el transporte adecuados para usted y un acompañante. • Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de la sangre completa y las células rojas envasadas comienza con la primera pinta de sangre que necesita. Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta. • Servicios médicos. **Nota:** Para ser paciente hospitalizado, el proveedor debe hacer una orden por escrito para que lo ingresen de manera formal como paciente hospitalizado en el hospital. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es un paciente hospitalizado o paciente ambulatorio, pregunte al personal del hospital. • Obtenga más información en la hoja informativa de Medicare titulada Beneficios hospitalarios de Medicare, disponible en Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD llaman al 1-877-486-2048. *Salvo en caso de emergencia, es posible que se requiera autorización previa de nuestro plan.* *Excepto en caso de emergencia, es posible que se necesite una remisión de su proveedor de la red.*	pasan 60 días consecutivos sin recibir atención hospitalaria ni cuidados de enfermería especializada. No hay límite para la cantidad de períodos de beneficios. Debe pagar el copago por hospitalización por cada ingreso. Día 91 en adelante: copago de $0 por cada “día de reserva de por vida” luego del día 90 por cada período de beneficios. Los "días de reserva de por vida" son días adicionales cuando usted está recibiendo tratamiento de salud mental en un hospital general o psiquiátrico durante más de 90 días. Tiene un total de 60 días de reserva que puede utilizar a lo largo de su vida. **Una vez usados los días de reserva de por vida:** usted paga todos los costos. Si recibe atención para pacientes hospitalizados autorizada en un hospital fuera de la red después de que se haya estabilizado su condición de emergencia, el costo para usted será el mismo costo compartido que pagaría en un hospital de la red.

Servicios de paciente hospitalizado en un hospital psiquiátrico Los servicios cubiertos incluyen servicios de atención médica de salud mental que requieren hospitalización. Hay un límite de 190 días de internación para los servicios de paciente hospitalizado en un hospital psiquiátrico. El límite de 190 días no corresponde para los servicios de salud mental para pacientes hospitalizados brindados en una unidad psiquiátrica de un hospital general. *Salvo en caso de emergencia, es posible que se requiera autorización previa de nuestro plan.* *Excepto en caso de emergencia, es posible que se necesite una remisión de su proveedor de la red.*	Copago de $0 por internación. Nuestro plan solo cubre 90 días de internación en un hospital de salud mental por período de beneficios. Un periodo de beneficio comienza el día en que ingresa a un hospital o centro de enfermería especializada. Termina cuando pasan 60 días consecutivos sin recibir atención hospitalaria ni cuidados de enfermería especializada. No hay límite para la cantidad de períodos de beneficios. Debe pagar el copago por hospitalización por cada ingreso. Día 91 en adelante: copago de $0 por cada “día de reserva de por vida” luego del día 90 por cada período de beneficios. Los "días de reserva de por vida" son días adicionales cuando usted está recibiendo tratamiento de salud mental en un hospital general o psiquiátrico durante más de 90 días. Tiene un total de 60 días de reserva que puede utilizar a lo largo de su vida. **Una vez usados los días de reserva de por vida:** usted paga todos los costos. Si recibe atención como paciente hospitalizado autorizada en un hospital fuera de la red una vez que se haya estabilizado la afección que causó la emergencia, el costo que le corresponde pagar son los costos compartidos que

Servicio cubierto	Lo que paga
	pagaría en un hospital de la red.
Hospitalización: servicios cubiertos recibidos en un hospital o en un centro de enfermería especializada durante una internación sin cobertura Si ya agotó sus beneficios de hospitalización o si la hospitalización no es razonable ni necesaria, no la cubriremos. En algunos casos, cubriremos ciertos servicios que reciba mientras esté en el hospital o en el centro de enfermería especializada (SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • 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 • Férulas, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones. • Dispositivos protésicos y ortésicos (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. • Aparatos ortopédicos para piernas, brazos, espalda y cuello; bragueros; y piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos ajustes, reparaciones y reemplazos necesarios debido a rotura, desgaste, pérdida o a un cambio en el estado físico del paciente. • Fisioterapia, logopedia y terapia ocupacional. *Es posible que se requiera autorización previa de nuestro plan.* *Puede necesitar una remisión de su proveedor de la red.*	**Pruebas y procedimientos diagnósticos:** Copago de $0 **Radiología de diagnóstico compleja (incluyendo, entre otros, RM, ARM, ERM, TC, PET, MUGA, SPECT):** Copago de $0 por cada procedimiento. **Servicios de radiología terapéutica:** Copago de $0 **Servicios de laboratorio:** Copago de $0. **Radiografías, ecografías y otros estudios de radiología de diagnóstico no complejos:** Copago de $0 **Suministros médicos (como apósitos, férulas, yesos):** Copago de $0 **Dispositivos protésicos y ortopédicos (incluidos soportes para piernas, brazos, espalda y cuello, bragueros, así como piernas, brazos y ojos artificiales):** Copago de $0 **Servicios de fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional:** Copago de $10

Servicio cubierto	Lo que paga
Terapia médica nutricional 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 orden del médico. Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento individual durante el primer año en que reciba servicios de terapia nutricional médica a través de Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan Medicare Advantage o Original Medicare), y 2 horas cada año a partir de entonces. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambia, es posible que pueda obtener más horas de tratamiento con una orden médica. El médico debe recetar estos servicios y renovar la orden todos los años si hay que continuar el tratamiento en el siguiente año calendario. *Es posible que se requiera autorización previa de nuestro plan.* *Puede necesitar una remisión de su proveedor de la red.*	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para servicios de terapia médica nutricional cubiertos por Medicare.
Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP) **Los servicios de MDPP están cubiertos para las personas elegibles en todos los plan de salud de Medicare.** MDPP es una intervención estructurada de cambio de comportamiento de salud que proporciona capacitación práctica sobre cambios alimenticios a largo plazo, aumento de la actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar los obstáculos que impiden mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable. *Es posible que se requiera autorización previa de nuestro plan.* *Puede necesitar una remisión de su proveedor de la red.*	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio del MDPP.
Medicamentos de la Parte B de Medicare **La Parte B de Original Medicare cubre estos medicamentos. Los Miembros a nuestro plan obtienen cobertura para estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen lo siguiente:** • Medicamentos que por lo general el paciente no se los administra a sí mismo, y se inyectan o se colocan	No hay coseguro, copago ni deducible para los medicamentos con receta de la Parte B de Medicare.

Servicio cubierto	Lo que paga
intravenosamente a través de los servicios de un médico, un hospital para pacientes ambulatorios o un centro quirúrgico ambulatorio (puede requerirse terapia escalonada de la Parte B). • Insulina suministrada a través de un equipo médico duradero (como una bomba de insulina médicamente necesario). • Otros medicamentos que tome utilizando equipos médicos duraderos (como nebulizadores) que hayan sido autorizados por nuestro plan. • El medicamento para el Alzheimer, Leqembi® (nombre genérico lecanemab) se administra por vía intravenosa. Además de los costos de los medicamentos, es posible que necesite exámenes por imágenes y pruebas adicionales antes o durante el tratamiento que podrían aumentar sus costos generales. Hable con su médico sobre qué exploraciones y pruebas puede necesitar como parte de su tratamiento. • Factores de la coagulación que se aplica usted mismo mediante una inyección si tiene hemofilia. • Medicamentos inmunodepresores/para trasplantes: Medicare cubre la terapia con medicamentos para trasplantes si Medicare pagó su trasplante de órgano. Debe tener la Parte A al momento del trasplante cubierto y debe tener la Parte B al momento de recibir medicamentos inmunodepresores. Tenga en cuenta que la cobertura de medicamentos de la Parte D de Medicare cubre medicamentos inmunosupresores si la Parte B no los cubre. • Medicamentos inyectables para osteoporosis si no puede salir de su casa, tiene una fractura ósea que un médico certifique que está relacionada con la osteoporosis postmenopáusica, y no puede administrar el medicamento por su cuenta • Algunos antígenos: Medicare cubre los antígenos si un médico los prepara y una persona debidamente indicada (quien podría ser usted, el paciente) los administra bajo la supervisión adecuada.	

Servicio cubierto	Lo que paga
• Determinados medicamentos orales contra el cáncer: Medicare cubre algunos medicamentos orales contra el cáncer que toma por vía oral si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable o si el medicamento es un promedicamento (una forma oral de un medicamento que, cuando se ingiere, se descompone en el mismo principio activo que se encuentra en el medicamento inyectable) del medicamento inyectable. A medida que nuevos medicamentos orales contra el cáncer estén disponibles, la Parte B puede cubrirlos. Si la Parte B no los cubre, la Parte D sí. • Medicamentos orales contra las náuseas: Medicare cubre los medicamentos orales contra las náuseas que usa como parte de un régimen quimioterapéutico contra el cáncer si se administran antes, en el momento de la quimioterapia o dentro de las 48 horas de la quimioterapia, o si se usan como reemplazo terapéutico completo de un medicamento intravenoso contra las náuseas. • Ciertos medicamentos para la enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) cubiertos por la Parte B de Medicare • Medicamentos calcimiméticos y quelantes del fosfato incluidos en el sistema de pago por enfermedad renal crónica terminarl (end-stage renal disease, ESRD), incluidos el medicamento intravenoso Parsabiv® y el medicamento oral Sensipar® • Determinados medicamentos para la diálisis domiciliaria, incluida la heparina, el antídoto para la heparina cuando sea médicamente necesario y los anestésicos tópicos. • Agentes que estimulan la eritropoyetina: Medicare cubre la eritropoyetina inyectable si tiene una enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) o necesita este medicamento para tratar la anemia relacionada con ciertas otras afecciones (como Epogen®, Procrit®). • Inmunoglobulinas intravenosas para el tratamiento a domicilio de deficiencias inmunitarias primarias. • Nutrición parenteral y enteral (alimentación intravenosa y por sonda)	

Servicio cubierto	Lo que paga
Este enlace lo llevará a una lista de medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos a terapia escalonada: sharpmedicareadvantage.com/PartB-ST También cubrimos algunas vacunas de la Parte B y la mayoría de las vacunas para adultos de la prestación farmacéutica de la Parte D. En el capítulo 5 se explica nuestro beneficio de medicamentos de la Parte D, incluidas las normas que debe seguir para que se cubran las recetas médicas. Lo que usted paga por los medicamentos de la Parte D a través de nuestro plan se explica en el capítulo 6. *Es posible que se requiera autorización previa de nuestro plan.*	
Prueba de detección de obesidad y tratamiento para fomentar la pérdida de peso continua 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. *Es posible que se requiera autorización previa de nuestro plan.* *Puede necesitar una remisión de su proveedor de la red.*	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los tratamientos y las pruebas de detección preventivos de obesidad.
Servicios del programa de tratamiento para opioides Los Miembros de nuestro plan con trastorno por consumo de opioides (opioid use disorder, OUD) pueden obtener cobertura de servicios para tratar el OUD a través de un Programa de Tratamiento de Opioides (OTP) que incluye los siguientes servicios: • Medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA) y medicamentos agonistas y antagonistas para tratamiento asistido por medicamentos (MAT). • Suministro y administración de medicamentos de MAT (si corresponde). • Asesoramiento sobre consumo de sustancias.	Copago de $10 por cada visita para los servicios cubiertos por tratamiento para consumo de opioides.

Servicio cubierto	Lo que paga
• Terapia individual y grupal. • Pruebas toxicológicas. • Actividades de admisión. • Evaluaciones periódicas. *Es posible que se requiera autorización previa de nuestro plan.* *Puede necesitar una remisión de su proveedor de la red.*	
Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para el paciente ambulatorio Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Radiografías. • Radioterapia (radio e isótopo), incluidos los servicios y materiales de los técnicos. • Suministros quirúrgicos, por ejemplo, vendajes. • Férulas, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones. • Análisis de laboratorio. • Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de la sangre completa y las células rojas envasadas comienza con la primera pinta de sangre que necesita. Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta utilizada. • Pruebas diagnósticas no de laboratorio, como tomografías computarizadas, resonancias magnéticas, electrocardiogramas y tomografías por emisión de positrones, cuando su médico u otro proveedor de atención médica las solicite para tratar un problema médico. • Otras pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios: incluyen una amplia gama de evaluaciones aparte de las realizadas mediante imágenes. Puede incluir pruebas de laboratorio (como pruebas de sangre), pruebas genéticas, biopsias y otros métodos para diagnosticar y evaluar diferentes afecciones médicas. *Es posible que se requiera autorización previa de nuestro plan.* *Puede necesitar una remisión de su proveedor de la red.*	**Radiología de diagnóstico compleja (incluyendo, entre otros: resonancias magnéticas, angiografías por resonancia magnética, espectroscopias por resonancia magnética, tomografías computarizadas, tomografías por emisión de positrones, exámenes MUGA, tomografías computarizadas por emisión de un solo fotón, entre otro):** Copago de $0 por cada procedimiento. **Servicios de radiología terapéutica:** Copago de $0 **Radiografías, ecografías y otros estudios de radiología de diagnóstico no complejos:** Copago de $0 **Suministros médicos (como apósitos, férulas, yesos):** Copago de $0 **Análisis de laboratorio:** Copago de $0 **Sangre:** Copago de $0 **Otras pruebas y procedimientos de**

Servicio cubierto	Lo que paga
	diagnóstico: Copago de $0
Observación de paciente ambulatorio en el hospital Los servicios de observación son servicios hospitalarios para pacientes externos proporcionados para determinar si necesita ser ingresado como paciente hospitalizado o puede ser dado de alta. Para que los servicios de observación del paciente ambulatorio estén cubiertos, deben cumplir los criterios de Medicare y considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación solo están cubiertos cuando son proporcionados por orden de un médico u otra persona autorizada por la ley estatal de licencias y los estatutos del personal del hospital para admitir pacientes en el hospital o solicitar pruebas del paciente ambulatorio. **Nota:** a menos que el proveedor haya emitido una orden por escrito para ingresarlo como paciente hospitalizado, usted es un paciente ambulatorio y debe pagar los montos de costo compartido correspondientes a los servicios hospitalarios ambulatorios. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, pregunte al personal del hospital. Obtenga más información en la hoja informativa de Medicare titulada *Beneficios hospitalarios de Medicare*, disponible en Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. *Es posible que se requiera autorización previa de nuestro plan.* *Puede necesitar una remisión de su proveedor de la red.*	Copago de $50 por los servicios de observación.
Servicios hospitalarios para el paciente ambulatorio Cubrimos servicios médicamente necesarios que se le hayan brindado en el departamento de paciente ambulatorio de un hospital para diagnóstico y tratamiento de una enfermedad o lesión. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:	**Departamento de emergencias:** Copago de $50 (se rescinde del copago si ingresa al hospital dentro de 24 las horas). **Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios:** Copago de $50 por visita para cada servicio hospitalario para

Servicio cubierto	Lo que paga
• 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 paciente hospitalizado podría ser requerido sin esta atención • Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital. • Suministros médicos como entablillados y yesos. • Hay ciertos medicamentos y productos biológicos que no puede administrarse usted mismo **Nota:** a menos que el proveedor haya emitido una orden por escrito para ingresarlo como paciente hospitalizado, usted es un paciente ambulatorio y debe pagar los montos de costo compartido correspondientes a los servicios hospitalarios ambulatorios. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, pregunte al personal del hospital. *Es posible que se requiera autorización previa de nuestro plan.* *Puede necesitar una remisión de su proveedor de la red.*	pacientes ambulatorios cubierto por Medicare. **Pruebas y procedimientos de diagnóstico:** Copago de $0. **Servicios de laboratorio:** Copago de $0 **Hospitalización parcial (incluidos medicamentos y productos biológicos):** Copago de $10 por cada visita **Radiología de diagnóstico compleja (incluyendo, entre otros: resonancias magnéticas, angiografías por resonancia magnética, espectroscopias por resonancia magnética, tomografías computarizadas, tomografías por emisión de positrones, exámenes MUGA, tomografías computarizadas por emisión de un solo fotón, entre otros):** Copago de $0 **Radiografías, ecografías y otros estudios de radiología de diagnóstico no complejos:** Copago de $0 **Suministros médicos:** Copago de $0
Atención del paciente ambulatorio de salud mental: Los servicios cubiertos incluyen: Servicios de salud mental prestados por un psiquiatra o médico con licencia estatal, un psicólogo clínico, un trabajador social clínico (clinical social worker, CSW), un enfermero especialista clínico (clinical nurse specialist, CNS), un consejero profesional con licencia (licensed professional counselor, LPC), un terapeuta matrimonial y familiar con	Copago de $10 por cada visita de terapia individual/grupal.

Servicio cubierto	Lo que paga
licencia (licensed marriage and family therapist, LMFT), un enfermero practicante (nurse practitioner, NP), un asistente médico (physician assistant, PA) u otro profesional de la salud mental calificado por Medicare, según lo permitan las leyes estatales aplicables. *Es posible que se requiera autorización previa de nuestro plan.* *Puede necesitar una remisión de su proveedor de la red.*	
Servicios de rehabilitación para el paciente ambulatorio Los servicios cubiertos incluyen fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y el lenguaje. Los servicios de rehabilitación para pacientes externos se brindan en varios entornos para pacientes externos, como servicios de hospitales para pacientes externos, consultorios de terapeutas independientes y Centros de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facilities, CORF). *Es posible que se requiera autorización previa de nuestro plan.* *Puede necesitar una remisión de su proveedor de la red.*	Copago de $10 por cada visita a un especialista.
Servicios para trastornos por consumo de sustancias para paciente ambulatorio Terapia individual y de grupo relacionada con el trastorno por el consumo de sustancias. *Es posible que se requiera autorización previa de nuestro plan.* *Puede necesitar una remisión de su proveedor de la red.*	Copago de $10 por cada visita de terapia individual/grupal autorizada.
Cirugía para paciente ambulatorio, incluidos servicios brindados en centros hospitalarios para paciente ambulatorio y centro quirúrgico ambulatorio **Nota:** si se somete a una cirugía en un centro hospitalario, debe consultar con su proveedor si será paciente hospitalizado o paciente ambulatorio. A menos que el médico escriba una orden para admitirlo como paciente hospitalizado en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos compartidos de los costos de la cirugía ambulatoria. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente ambulatorio. *Es posible que se requiera autorización previa de nuestro plan.*	Copago de $50

Servicio cubierto	Lo que paga
Puede necesitar una remisión de su proveedor de la red.	
Artículos de venta sin receta Cada trimestre recibe una asignación en su tarjeta Sharp Health Plan &more para comprar artículos de venta libre, como aspirinas, vitaminas, remedios para el resfriado y la tos, y otros artículos que no requieren receta médica. Puede realizar un pedido en línea o por teléfono, o bien comprar artículos de venta libre directamente en los comercios participantes utilizando su tarjeta. • Las compras cubiertas no pueden exceder el límite del beneficio trimestral. Es posible que se apliquen otros límites y restricciones. • Los beneficios no utilizados expiran al final del trimestre y no se transfieren. Al comienzo de cada trimestre, la asignación se recargará en su tarjeta. • Las compras están sujetas al impuesto sobre las ventas. Puede obtener más información y acceder a sus beneficios visitando andmorehealth.com, descargando la aplicación móvil andmore o llamando al 1-855-263-6673. Para obtener toda la información sobre el programa, el localizador de tiendas y los términos y las condiciones, vaya a andmorehealth.com o llame al 1-855-AND-MORE (1-855-263-6673; TTY 711) de lunes a viernes, de 8am a 8pm hora local, a excepción de los feriados. La tarjeta &more Beneficios Prepaid Mastercard® es emitida por Avidia Bank, bajo una licencia de Mastercard Incorporated. El uso de esta tarjeta está sujeto a los términos y las condiciones del acuerdo para el titular de la tarjeta.	No se aplican coseguro, copagos ni deducibles para los artículos de venta libre cubiertos. Nuestro plan paga hasta $100 cada tres meses para los artículos de venta libre.
Servicios de hospitalización parcial y servicios intensivos para pacientes externos *La hospitalización parcial* es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo que se ofrece como servicio de paciente ambulatorio en un hospital o en un centro comunitario de salud mental, y que es más intenso que la atención que se recibe en el consultorio del médico, terapeuta, terapeuta matrimonial y familiar licenciado (LMFT)	Copago de $10 por cada visita.

Servicio cubierto	Lo que paga
o consejero profesional licenciado, y es una alternativa a la hospitalización de paciente hospitalizado. *El servicio de paciente ambulatorio intensivo* es un programa estructurado de tratamiento terapéutico activo para la salud conductual (mental) que se proporciona en el departamento de paciente ambulatorio de un hospital, un centro comunitario de salud mental, un centro de salud calificado a nivel federal o una clínica de salud rural, y que es más intenso que la atención que se recibe en el consultorio del médico, terapeuta, terapeuta matrimonial y familiar licenciado (LMFT) o consejero profesional licenciado, pero menos intenso que la hospitalización parcial. Debido a que no hay centros de salud mental comunitarios en nuestra red, cubrimos la hospitalización parcial sólo como un servicio hospitalario para pacientes ambulatorios. *Es posible que se requiera autorización previa de nuestro plan.* *Puede necesitar una derivación de su proveedor de la red.*	
Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico Los servicios cubiertos incluyen: • Atención médica o servicios quirúrgicos médicamente necesarios que reciba en el consultorio de un médico, un centro quirúrgico ambulatorio certificado, el departamento de paciente ambulatorio de un hospital o cualquier otro lugar. • Consultas con un especialista, y diagnóstico y tratamiento a cargo de un especialista. • Exámenes básicos de audición y equilibrio realizados por su especialista, si su médico lo indica para ver si necesita tratamiento médico. • Ciertos servicios de telesalud, incluidos los servicios de atención médica primaria: ○ Tiene la opción de recibir estos servicios mediante una consulta en persona o a través de telesalud. Si decide recibir uno de estos servicios por telesalud, debe acudir a un proveedor de la red que ofrezca el servicio por telesalud.	**Visita al médico de cabecera:** Copago de $10. **Servicios de telesalud de un médico de atención primaria:** Copago de $10 por cada visita. El copago por los servicios de telesalud no será mayor que el copago por una consulta de atención primaria en el consultorio. **Visita a especialistas:** Copago de $10 **Consulta médica de salud mental y por trastorno por consumo de sustancias:** Copago de $10 **Consulta de telesalud sobre salud mental y consumo de sustancias:** Copago de $10

Servicio cubierto	Lo que paga
○ El proveedor puede ofrecer servicios de telesalud mediante un teléfono, una computadora, una tableta o tecnología de vídeo. Cuando planifique su visita, consulte por los servicios de telesalud y pregunte qué tipo de tecnología está disponible en el consultorio del proveedor. • Servicios de telesalud para las consultas mensuales relacionadas con una enfermedad renal terminal para los miembros que se realizan diálisis en un centro de diálisis renal basado en un hospital o basado en un hospital de acceso crítico, en un centro de diálisis renal o en el hogar del miembro. • Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar síntomas de un derrame cerebral, independientemente de su ubicación. • Servicios de telesalud para miembros con un trastorno por el consumo de sustancias o un trastorno de salud mental que ocurre en simultáneo, independientemente de su ubicación. • Servicios de telesalud para el diagnóstico, evaluación y tratamiento de trastornos de salud mental. • Servicios de telesalud para consultas de salud mental proporcionados por Clínicas de Salud Rural y Centros de Salud Calificados Federalmente. • Controles virtuales (por ejemplo, por teléfono o videochat) con su médico durante 5-10 minutos **si**: ○ no es un paciente nuevo, **y** ○ el control no está relacionado con una visita al consultorio en los últimos 7 días **y** ○ el control no deriva en una visita al consultorio en un plazo de 24 horas ni en la cita disponible más temprana. • Evaluación de videos o imágenes que usted envía a su médico, e interpretación y seguimiento por parte de su médico en un plazo de 24 horas **si**: ○ no es un paciente nuevo, **y** ○ la evaluación no está relacionada con una visita al consultorio en los últimos 7 días **y**	**Centro quirúrgico ambulatorio certificado:** Copago de $50 **Departamento para pacientes ambulatorios del hospital:** Consulte la sección “Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios” de este cuadro de beneficios. **Exámenes y servicios de audición básicos:** Consulte la sección “Servicios de audición” de este cuadro de beneficios. **Atención dental:** Consulte la sección de “Servicios dentales” de este cuadro de beneficios.

Servicio cubierto	Lo que paga
○ la evaluación no deriva en una visita al consultorio en un plazo de 24 horas ni en la cita disponible más próxima. • Consulta que su médico realiza con otros médicos por teléfono, Internet o registro de salud electrónico. • Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de la intervención quirúrgica. • 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). *Es posible que se requiera autorización previa de nuestro plan para ciertos servicios de especialistas.* *Puede necesitar una remisión de su proveedor de la red para ciertos servicios de especialistas.*	
Servicios de podología Los servicios cubiertos incluyen: • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (por ejemplo, dedo en martillo o espolones calcáneos). • Atención de rutina de los pies para los miembros que padecen determinadas afecciones que comprometen las extremidades inferiores. *Es posible que se requiera autorización previa de nuestro plan.* *Puede necesitar una remisión de su proveedor de la red.*	Copago de $10 por cada visita.
Profilaxis previa a la exposición (PrEP) para la prevención del VIH Si no tiene VIH, pero su médico u otro profesional de la salud determina que tiene un mayor riesgo de contraerlo, cubrimos los medicamentos de profilaxis previa a la exposición (PrEP) y los servicios relacionados. Si usted es elegible, los servicios cubiertos incluyen los siguientes:	No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio de PrEP.

Servicio cubierto	Lo que paga
• Medicamentos de PrEP orales o inyectables aprobados por la FDA, incluida la tarifa por la administración de la inyección, si corresponde. • Hasta 8 sesiones de asesoramiento individual (incluidas la evaluación del riesgo de VIH, la reducción del riesgo de VIH y la adherencia a la medicación) cada 12 meses. • Hasta 8 exámenes de detección del VIH cada 12 meses. • Una prueba única de detección del virus de la hepatitis B.	
Pruebas de detección de cáncer de próstata Para los hombres de 50 años o más, los servicios cubiertos incluyen lo siguiente una vez cada 12 meses: • Tacto rectal • Análisis del antígeno prostático específico (Prostate Specific Antigen, PSA) *Es posible que se requiera autorización previa de nuestro plan.* *Puede necesitar una remisión de su proveedor de la red.*	No se requiere coseguro, copago ni deducible para un análisis de PSA anual. **Examen rectal digital:** Copago de $0 **Examen rectal digital no relacionado con el examen anual de próstata:** Copago de $0
Prótesis, aparatos ortopédicos y suministros relacionados Dispositivos (que no sean dentales) que reemplazan una parte o función del cuerpo en forma total o parcial. Esto incluye, entre otros, pruebas, ajustes o capacitación en el uso de prótesis y aparatos ortopédicos, así como bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con el cuidado de la colostomía, marcapasos, aparatos y zapatos ortopédicos, extremidades artificiales y prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico para usar después de una mastectomía). Se incluyen determinados suministros relacionados con las prótesis y aparatos ortopédicos, así como la reparación o sustitución de las prótesis o aparatos. También incluye cierta cobertura tras la extracción de cataratas o la cirugía de cataratas. Para obtener más detalles, consulte la sección *Atención de la visión* más adelante en este cuadro. *Es posible que se requiera autorización previa de nuestro plan.*	**Dispositivos protésicos:** Copago de $0 **Suministros médicas relacionados:** Copago de $0
Servicios de rehabilitación pulmonar Los programas intensivos de rehabilitación pulmonar están cubiertos para miembros que padecen enfermedad pulmonar	Copago de $10 por cada visita al consultorio del especialista.

Servicio cubierto	Lo que paga
obstructiva crónica (EPOC) de moderada a grave y tienen una remisión del médico tratante para comenzar una terapia de rehabilitación pulmonar. *Es posible que se requiera autorización previa de nuestro plan.* *Puede necesitar una remisión de su proveedor de la red.*	
Prueba de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol Cubrimos una prueba de detección de abuso de alcohol para adultos (incluidas las mujeres embarazadas) que abusan del alcohol pero no son dependientes del alcohol. 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) a cargo de un médico o profesional de atención primaria calificado en un establecimiento de atención primaria.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol cubierto por Medicare.
Prueba de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT) Para las personas que cumplan con los requisitos, se cubre una tomografía computarizada de baja dosis (low dose computed tomography, LDCT) cada 12 meses. **Las personas elegibles para la inscripción son** aquellas de entre 50 y 77 años de edad que no presentan signos ni síntomas de cáncer de pulmón, pero que tienen un historial de tabaquismo de, al menos, 20 paquetes por año y fuman actualmente o han dejado de fumar en los últimos 15 años, y que reciben una orden para una LDCT durante una consulta de asesoramiento sobre el examen para detectar cáncer de pulmón y de toma de decisiones compartidas, que cumple con los requisitos de Medicare establecidos para dichas visitas y que es brindada por un médico o por un profesional calificado no médico. *Para las pruebas por LDCT de detección de cáncer de pulmón posteriores a la prueba por LDCT inicial:* la persona inscrita debe obtener una orden para dicha prueba, la cual puede emitirse durante cualquier consulta pertinente con un médico o un profesional sanitario calificado que no sea	No hay coseguro, copago ni deducible para la consulta de asesoramiento y toma de decisiones compartidas ni para la LDCT con cobertura de Medicare.

Servicio cubierto	Lo que paga
médico. Si un médico o un profesional calificado no médico decide ofrecer una visita de asesoramiento sobre el examen para detectar cáncer de pulmón y de toma de decisiones compartidas para futuros exámenes con LDCT, la visita debe cumplir los criterios de Medicare para este tipo de visitas. *Es posible que se requiera autorización previa de nuestro plan.* *Puede necesitar una remisión de su proveedor de la red.*	
Detección de la infección por el virus de la hepatitis C Cubrimos una prueba de detección de hepatitis C si su médico primario u otro proveedor de atención médica calificado la solicita y usted cumple con una de estas condiciones: • Usted corre un alto riesgo porque consume o ha consumido medicamentos inyectables ilícitos. • Le hicieron una transfusión de sangre antes de 1992. • Usted nació entre 1945 y 1965. Si nació entre 1945 y 1965 y no se le considera de alto riesgo, le cubrimos una prueba de detección una vez. Si usted está en alto riesgo (por ejemplo, ha seguido consumiendo medicamentos inyectables ilegales desde su anterior prueba de detección de hepatitis C con resultado negativo), cubrimos los exámenes de detección anuales.	No hay coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección del virus de la hepatitis C cubiertas por Medicare.
Prueba de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y asesoramiento para prevenirlas Cubrimos exámenes 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 solicita los exámenes de detección. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertas etapas durante el embarazo. También cubrimos hasta 2 sesiones individuales de asesoramiento conductual presencial de alta intensidad, de 20 a 30 minutos de duración, cada año para adultos	No se requiere coseguro, copago ni deducible para beneficios preventivos para pruebas de detección de ETS y asesoramiento para prevenirlas cubiertos por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que paga
sexualmente activos con mayor riesgo de contraer ETS. Solo cubrimos estas sesiones de asesoramiento como servicio preventivo si son proporcionadas por un médico primario y se llevan a cabo en un entorno de atención primaria, como el consultorio de un médico. *Es posible que se requiera autorización previa de nuestro plan.* *Puede necesitar una remisión de su proveedor de la red.*	
Servicios para tratar enfermedades renales Los servicios por enfermedades renales y de diálisis incluyen lo siguiente: • 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. Para los miembros con enfermedad renal crónica en estadio IV que hayan sido remitidos por su médico, cubrimos hasta 1 sesiones de servicios educativos sobre la enfermedad renal de por vida. • Tratamientos de diálisis para paciente ambulatorio (incluidos los tratamientos de diálisis cuando está temporalmente fuera del área de servicio, tal como se explica en el Capítulo 3, o cuando su proveedor para este servicio no está disponible temporalmente o está fuera del alcance). • Tratamientos de diálisis para pacientes hospitalizados (si se le ingresa en un hospital para recibir atención especializada). • Preparación para autodiálisis (incluye su preparación y la de cualquier otra persona que lo ayude con los tratamientos de diálisis en su hogar). • Equipos y suministros para diálisis en el 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). Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos por la Parte B de Medicare. Si desea información sobre la cobertura	Copago de $0 por la educación para enfermedades renales. Copago de $0 por los servicios cubiertos para el tratamiento de enfermedades renales.

Servicio cubierto	Lo que paga
de los medicamentos de la Parte B, consulte **Medicamentos de la Parte B de Medicare** en este cuadro. *Es posible que se requiera autorización previa de nuestro plan.* *Puede necesitar una remisión de su proveedor de la red.*	
Sharp Nurse Connection® Tiene acceso a enfermeros registrados fuera del horario de atención y los fines de semana a través de Sharp Nurse Connection. Pueden hablar con usted sobre una enfermedad o lesión, ayudarle a decidir cuándo y dónde buscar atención, y aconsejarle sobre cualquiera de sus preocupaciones de salud. Para comunicarse con Sharp Nurse Connection, llame al Servicio al Cliente al 1-855-562-8853 (los usuarios de los servicios de TTY deben llamar al 711).	No hay copago, coseguro ni deducible para Sharp Nurse Connection.
Atención en un centro de enfermería especializada (SNF) (Para obtener una definición de la atención en un centro de enfermería especializada, consulte el capítulo 12. Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (SNF). Este beneficio se limita a un máximo de 100 días por período de beneficios. No se requiere hospitalización previa. No se cubren los servicios de cuidado de custodia o domiciliario en un centro de enfermería especializada. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario). • Comidas, incluidas dietas especiales. • Servicios de enfermería especializada. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Medicamentos que se le administran como parte de su plan de atención (esto incluye sustancias presentes de forma natural en el organismo, como los factores de coagulación sanguínea). • Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de la sangre completa y las células rojas envasadas comienza con la primera pinta de sangre que necesita. Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta utilizada.	$0 por día, para los días 1 a 100 Los períodos de beneficios de Medicare se utilizan para determinar el número total de días cubiertos para la atención en un centro de enfermería especializada. Un período de beneficio comienza el día en que ingresa como paciente hospitalizado en el hospital o en el SNF. El periodo de beneficios finaliza cuando usted no ha recibido atención hospitalaria como paciente hospitalizado (ni atención especializada en un centro de enfermería especializada o SNF) durante 60 días consecutivos. Si ingresa en un hospital o centro de enfermería especializada (SNF) una vez finalizado un período de beneficios, comenzará un nuevo período de beneficios.

Servicio cubierto	Lo que paga
• 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 Por lo general, usted recibe atención del Centro de Enfermería Especializada (SNF) en los centros de la red. En determinadas condiciones que se enumeran a continuación, es posible que pueda pagar el costo compartido dentro de la red por un centro que no sea un proveedor de la red, si el centro acepta los montos de pago de nuestro plan. • Una residencia de ancianos o una comunidad para adultos mayores con asistencia continua donde vivía justo antes de ingresar en el hospital (siempre que proporcione la atención en el centro de enfermería especializada). • Un centro de enfermería especializada (SNF) donde vive su cónyuge o pareja de hecho en el momento en que salga del hospital *Es posible que se requiera autorización previa de nuestro plan.* *Puede necesitar una remisión de su proveedor de la red.*	
Servicios para dejar de fumar y consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco) El asesoramiento para dejar de fumar y consumir tabaco está cubierto para el paciente ambulatorio y los pacientes hospitalizados que cumplan los siguientes criterios: • Consumen tabaco, independientemente de si presentan signos o síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco. • Son competentes y están atentos durante el asesoramiento. • Un médico cualificado u otro profesional reconocido por Medicare les proporciona asesoramiento.	No hay coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos cubiertos por Medicare para dejar de fumar y consumir tabaco.

Servicio cubierto	Lo que paga
Cubrimos 2 intentos de dejar de fumar al año (cada intento puede incluir un máximo de 4 sesiones intermedias o intensivas, y el paciente puede recibir hasta 8 sesiones al año).	
Terapia con ejercicios supervisados (SET) La terapia con ejercicios supervisados (Supervised exercise therapy, SET) está cubierta para aquellos miembros que padecen una enfermedad arterial periférica (peripheral artery disease, PAD) sintomática y cuentan con una remisión del médico responsable del tratamiento de dicha enfermedad. Se cubren hasta 36 sesiones en un período de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa de SET. El programa de SET debe cumplir con lo siguiente: • Consistir en sesiones que duren entre 30 y 60 minutos y que consten de un programa de kinesioterapia para PAD en pacientes con claudicación. • Llevarse a cabo en un entorno hospitalario para paciente ambulatorio o en el consultorio de un médico. • Ser proporcionado por el personal auxiliar calificado necesario para garantizar que los beneficios superen a los daños, y que esté capacitado en kinesioterapia para la PAD. • Estar bajo la supervisión directa de un médico, un asistente médico (physician assistant, PA) o un enfermero practicante (nurse practitioner, NP)/especialista en enfermería clínica (clinical nurse specialist, CNS), quien debe estar capacitado tanto en técnicas básicas como avanzadas de soporte vital. El SET podría cubrirse por 36 sesiones adicionales en un período de tiempo extendido, más allá de las 12 sesiones en 36 semanas, si un proveedor de atención médica considera que es médicamente necesario. *Es posible que se requiera autorización previa de nuestro plan.* *Puede necesitar una remisión de su proveedor de la red.*	Copago de $10 por cada visita.
Servicios de urgencia Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata y que no es una emergencia se considera un servicio de urgencia si usted se encuentra temporalmente	Copago de $10 Se exime el copago si ingresa al hospital dentro de 24 las horas.

Servicio cubierto	Lo que paga
fuera del área de cobertura de nuestro plan o, incluso si se encuentra dentro del área de cobertura de nuestro plan, no es razonable, dado el momento, el lugar y las circunstancias, obtener este servicio de los proveedores de la red. Nuestro plan debe cubrir los servicios que se necesitan con urgencia y solo cobrarle el costo compartido dentro de la red. Algunos ejemplos de servicios de urgencia son enfermedades y lesiones médicas imprevistas, o exacerbaciones inesperadas de afecciones existentes. Las visitas de rutina médicamente necesarias (como los chequeos anuales) no se consideran urgentes aunque usted se encuentre fuera del área de servicio de nuestro plan o la red de nuestro plan no esté disponible temporalmente. Los servicios de urgencia se ofrece en todo el mundo.	Copago de $50 por la cobertura en todo el mundo. Se exime el copago si ingresa al hospital dentro de 24 las horas.
Atención de la visión (con cobertura de Medicare) Los servicios cubiertos incluyen: • Servicios de médicos para el paciente ambulatorio 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 el examen de ojos de rutina (refracciones oculares) para anteojos o lentes de contacto. • Para las personas con alto riesgo de padecer glaucoma, cubrimos una revisión de glaucoma al año. Entre las personas que corren alto riesgo de padecer glaucoma se incluyen las personas con antecedentes familiares de glaucoma, las personas con diabetes, los afroamericanos de 50 años o más y los hispanoamericanos de 65 años o más. • Para las personas con diabetes, se cubre una prueba de detección de retinopatía diabética por año. • Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluye el implante de 1 lente intraocular. Si se somete a 2 operaciones de cataratas separadas, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía y comprar 2 anteojos después de la segunda cirugía. Nuestro plan cubrirá la extracción de las cataratas y los implantes de lente básicos, pero no cubre la	Copago de $10 para exámenes de la vista cubiertos por Medicare con el fin de diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones oculares. Copago de $10 para consultas con especialistas cubiertas por Medicare para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de la vista. Esto suele ser el caso de atención para la vista que no es de rutina brindada por un especialista, como un oftalmólogo. Copago de $20 para consultas con especialistas cubiertas por Medicare para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de la vista. Esto suele ocurrir para la atención que no es de rutina de la vista brindada por un proveedor de VSP, como un oftalmólogo. No hay coseguro, copago ni deducible para los anteojos o

Servicio cubierto	Lo que paga
tecnología asistida avanzada, como el sistema ORA. Es posible que se generen cargos adicionales si el proveedor hace uso de equipo no aprobado. *Es posible que se requiera autorización previa de nuestro plan.* *Puede necesitar una remisión de su proveedor de la red.*	lentes de contacto cubiertos por Medicare después de la cirugía de cataratas.
Atención de la visión (suplementaria) **Examen de ojos de rutina:** Cobertura suplementaria de la visión, que incluye: un (1) examen de ojos de rutina cada año de beneficios. **Rutina de atención de la vista:** Un par de monturas estándar o lentes de contacto cada 2 años. Las lentes estándar son lentes monofocales, bifocales con línea y trifocales con línea. Examen de ojos de rutina y anteojos proporcionados por Vision Service Plan (VSP). Puede comunicarse con VSP al (855) 492-9028 (TTY: 711).	**Examen de ojos de rutina (hasta 1 cada año):** Copago de $0 **Anteojos/lentes/monturas con receta (cada dos años):** Copago de $20 para monturas, lentes estándar (monofocales, bifocales con línea y trifocales con línea) o anteojos completos. Nuestro plan paga hasta $400 al año por monturas de anteojos o lentes de contacto. El monto que paga por estos servicios no cuenta para el monto máximo de gastos de bolsillo.
Consulta preventiva Bienvenido a Medicare Nuestro plan cubre la visita preventiva única de *Bienvenido a Medicare*. La visita incluye una revisión de su salud, así como información y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita (incluidos determinados exámenes de detección y vacunas), y referencias a otros servicios de atención médica si es necesario. **Importante:** Cubrimos la *consulta preventiva Bienvenido a Medicare* solo dentro de los primeros 12 meses de tener la Parte B de Medicare. Cuando haga su cita, informe al consultorio de su médico que desea programar su consulta preventiva llamada *Bienvenido a Medicare*.	No hay coseguro, copago ni deducible para la visita preventiva de *Bienvenido a Medicare*.

SECCIÓN 3 Servicios que no están cubiertos por nuestro plan (exclusiones)

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

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

Si usted obtiene servicios que están excluidos (no cubiertos), deberá pagarlos por su cuenta, excepto de acuerdo con las condiciones específicas que se mencionan a continuación. Incluso si recibe los servicios excluidos en un centro de urgencias, estos servicios excluidos seguirán sin estar cubiertos y nuestro plan no los pagará. La única excepción es si el servicio se apela y se considera, mediante una apelación, como un servicio médico que debería haberse pagado o cubierto debido a su situación específica. (Si desea información sobre cómo apelar una decisión que hayamos tomado de no cubrir un servicio médico, consulte el capítulo 9, sección 5.3.)

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubiertos solo en situaciones específicas
Servicio de ambulancia si se utiliza exclusivamente para la comodidad de la persona o cuando otra forma de transporte disponible sería más apropiada	Sin cobertura en ningún caso.
Cualquier servicio que el miembro reciba de una agencia gubernamental local, estatal o federal	✔ Tiene cobertura solo si la ley estatal o federal exige expresamente que el plan la brinde.
Concepción por madre sustituta Pruebas, servicios o suministros relacionados con el embarazo	Los gastos médicos relacionados con el embarazo estarán cubiertos por el plan únicamente si la madre sustituta está inscrita en nuestro plan.
Cirugía o procedimientos cosméticos	✔ Se cubren en casos de 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.
Cuidado de custodia	

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubiertos solo en situaciones específicas
El cuidado de custodia se trata de cuidado personal que no requiere la atención continua de personal médico o paramédico capacitado, como la ayuda que recibe para realizar las actividades diarias, por ejemplo, bañarse o vestirse.	Sin cobertura en ningún caso.
Dispositivos y procedimientos para determinar el sexo de un feto	Sin cobertura en ningún caso.
Diagnóstico y tratamiento de trastornos de aprendizaje o aquellos servicios orientados principalmente al tratamiento de los trastornos sociales o de aprendizaje Asesoramiento para actividades de carácter educativo. Asesoramiento por funcionamiento intelectual límite. Asesoramiento para problemas ocupacionales. Asesoramiento relacionado con la toma de conciencia. Asesoramiento vocacional o religioso. Asesoramiento por problemas matrimoniales. Pruebas de coeficiente intelectual (IQ). Pruebas psicológicas para niños requeridas para la inscripción en entidades educativas.	✔ Tienen cobertura si Medicare lo exige específicamente.
Suministros médicos descartables que no son ofrecidos en hospitales, consultorios médicos ni por los profesionales que brindan atención de salud en el hogar	Sin cobertura en ningún caso.
Envío a domicilio electivo	Sin cobertura en ningún caso.
Procedimientos o servicios voluntarios u optativos para mejorar algunos aspectos (por ejemplo, para la pérdida de peso, el crecimiento del cabello, el rendimiento sexual, el desempeño deportivo; o bien procedimientos con fines cosméticos, contra el envejecimiento y para un	Sin cobertura en ningún caso.

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubiertos solo en situaciones específicas
mejor funcionamiento mental), a menos que sean médicamente necesarios	
Equipos o suministros diseñados para acondicionar el aire, almohadillas térmicas, bolsas de agua caliente, pelucas, medias de descanso y otros equipos principalmente no médicos	Sin cobertura en ningún caso.
Procedimientos médicos y quirúrgicos experimentales, equipos y medicamentos Los procedimientos y artículos experimentales son aquellos artículos y procedimientos que Original Medicare ha determinado que, generalmente, no son aceptados por la comunidad médica.	✔ Puede estar cubierto por Medicare Original bajo un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan (Consulte el capítulo 3, sección 5 para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica)
Cargos cobrados por la atención por sus familiares inmediatos o miembros de su hogar	Sin cobertura en ningún caso.
Atención de enfermería de tiempo completo en su hogar	Sin cobertura en ningún caso.
Pruebas, tratamiento o asesoramiento genéticos Servicios cuyo único objetivo es determinar el sexo de un feto por razones no médicas (como pruebas solicitadas por un tribunal), para las personas que no tienen pruebas clínicas o antecedentes familiares de una anomalía genética, o bien para determinar el estado de portador de trastornos hereditarios si no existe un beneficio médico inmediato o si los resultados no se utilizarán para iniciar un tratamiento médico.	Sin cobertura en ningún caso.
Servicios de audición Reemplazo de baterías para audífonos de venta libre.	✔ Tienen cobertura solo si se los cubre específicamente a través de la garantía.
Entrega de comidas a domicilio	Sin cobertura en ningún caso.

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubiertos solo en situaciones específicas
Servicios de salud en el hogar	Medicare cubre cuidados de enfermería calificados a tiempo parcial o intermitente que sean médicamente necesarios.
Los servicios domésticos incluyen ayuda básica en el hogar, como tareas domésticas ligeras o preparación de comidas ligeras	Sin cobertura en ningún caso.
Inmunizaciones y vacunas para viajar, trabajar, asistir a entidades educativas, contraer matrimonio, llevar a cabo una adopción, realizar trabajo voluntario, obtener una certificación profesional o realizar actividades recreativas	Sin cobertura en ningún caso.
Servicios para tratar la infertilidad	Sin cobertura en ningún caso.
Servicios de laboratorio o radiología realizados con fines de detección o sin que haya una enfermedad o síntomas	✔ Tienen cobertura solo si se indica específicamente en el cuadro de beneficios médicos.
Servicios de un naturopatía (uso de tratamientos naturales o alternativos)	Sin cobertura en ningún caso.
Atención dental no rutinaria	✔ Los cuidados dentales necesarios para tratar enfermedades o lesiones se pueden cubrir como cuidados de paciente hospitalizado o paciente ambulatorio.
Funciones o accesorios opcionales, adicionales o de lujo para equipo médico duradero, aparatos correctivos o protésicos diseñados principalmente para la comodidad o conveniencia del miembro	Sin cobertura en ningún caso.
Zapatos ortopédicos o dispositivos de apoyo para los pies	Zapatos y ortesis para pie que son parte de un aparato ortopédico para las piernas y están incluidos en el costo del aparato ortopédico. Zapatos ortopédicos o terapéuticos u ortesis

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubiertos solo en situaciones específicas
	para pie para personas con pie diabético.
Artículos personales en su habitación de un hospital o centro de enfermería especializada, como un teléfono, un televisor o la visión	Sin cobertura en ningún caso.
Exámenes físicos o psicológicos requeridos para audiencias judiciales, viajes, trámites previos al matrimonio o a la adopción, asuntos laborales u otras razones de salud no preventivas	Sin cobertura en ningún caso.
Habitación privada en un hospital	✔ Solo se cubre cuando es médicamente necesario.
Queratotomía radial, cirugía LASIK, terapia de la visión y otros dispositivos para ayudar a personas con problemas de visión	Un par de anteojos con montura estándar (o un juego de lentes de contacto) cubiertos después de cada cirugía de cataratas en la que se implanta una lente intraocular.
Reversión de procedimientos de esterilización o suministros anticonceptivos no recetados	Sin cobertura en ningún caso.
Atención dental de rutina, como limpiezas, relleno o prótesis dentales	Sin cobertura en ningún caso.
Atención de rutina de los pies	✔ Se proporciona una cobertura limitada de acuerdo con las pautas de Medicare (por ejemplo, si tiene diabetes).
Servicios considerados no razonables ni necesarios, según las normas de Original Medicare	Sin cobertura en ningún caso.
Servicios brindados a los veteranos en centros que pertenecen al Departamento de Asuntos de Veteranos (VA)	✔ Cuando se reciben servicios de emergencia en un hospital del Departamento de Asuntos de Veteranos y el costo compartido de este departamento es mayor que el costo

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubiertos solo en situaciones específicas
	compartido de nuestro plan, les reembolsaremos a los veteranos la diferencia. Los miembros siguen siendo responsables de pagar los montos de costo compartido.
Servicios requeridos por lesiones o enfermedades que ocurrieron mientras estaba bajo arresto, detenido, en prisión, encarcelado o confinado conforme a la ley local, estatal o federal	✔ Tiene cobertura solo si el PCP del miembro brinda o autoriza los servicios, o si se consideran servicios de emergencia o de urgencia.
Servicios de salud mental Cualquier servicio cubierto según el Programa de Asistencia al Empleado (EAP) del miembro. Cualquier tratamiento o terapia solicitados por un tribunal, o cualquier tratamiento o terapia solicitados como requisitos para otorgar libertad condicional, período de prueba, custodia o derecho de visita. Diagnóstico y tratamiento de lo siguiente: trastornos del desarrollo, trastorno del desarrollo de la lectura, trastorno del desarrollo aritmético, trastorno del desarrollo del lenguaje o trastorno del desarrollo de la articulación.	✔ Tienen cobertura si Medicare lo exige específicamente.
Tratamiento de disfunción o impotencia sexual	Sin cobertura en ningún caso.

Nuestro plan no cubre los servicios excluidos enumerados en el cuadro anterior. Incluso si recibe los servicios excluidos en un centro de emergencias, estos no tendrán cobertura y nuestro plan no los pagará.

Exclusiones y limitaciones del plan de la visión suplementario

Nuestro plan de la visión suplementario está diseñado para cubrir las necesidades de atención de la visión en lugar de materiales cosméticos.

Algunos servicios no estarán cubiertos. Se aplican las siguientes limitaciones y exclusiones contractuales:

- Los servicios o materiales que no se indican en esta lista como beneficios cubiertos por el plan.

- Mejoras de lentes sin cobertura:
    - Lentes antirreflejantes.
    - Lentes progresivos.
    - Lentes fotocromáticos.
    - Lentes resistentes a rayones.
    - Lentes de policarbonato.
    - Lentes sin aumento (lentes con una corrección refractiva inferior a ± .50 dioptrías)
- Dos pares de anteojos en lugar de lentes bifocales.
- Reemplazo de lentes y marcos que se brindaron conforme a este plan y que se perdieron o rompieron, excepto en los intervalos normales en los que se brinda dicho servicio.
- Entrenamiento ortóptico o visual y las pruebas suplementarias asociadas.
- Con el plan de la visión suplementario, no se cubre el tratamiento médico o quirúrgico de los ojos, el cual tiene cobertura solo si se indica específicamente en el cuadro de beneficios médicos.
- Reemplazo de lentes de contacto que se perdieron o rompieron, excepto en los intervalos normales en los que se brinda dicho servicio.
- Pólizas de seguro o contratos de servicio para lentes de contacto.
- Reajuste de lentes de contacto después del período inicial de ajuste (90 días).
- Visitas al consultorio adicionales por patologías relacionadas con los lentes de contacto.
- Modificación, pulido o limpieza de lentes de contacto.
- Servicios relacionados con la terapia refractiva de la córnea o la ortoqueratología.
- Impuestos locales, estatales o federales, salvo cuando se le exija el pago a VSP por ley.

CAPÍTULO 5: Uso de la cobertura del plan para los medicamentos de la Parte D

SECCIÓN 1 Normas básicas para la cobertura de la Parte D de nuestro plan

Consulte el Cuadro de beneficios médicos en el capítulo 4 para conocer los beneficios de medicamentos de Medicare Parte B y los beneficios de medicamentos en centros para enfermos terminales.

Nuestro plan cubrirá generalmente sus medicamentos siempre y cuando siga estas reglas:

- Debe pedirle a un proveedor (un médico, dentista u otro profesional que receta medicamentos) que le extienda una receta válida según la ley estatal aplicable.
- La persona autorizada a emitir recetas no debe estar en las Listas de exclusión o preclusión de Medicare.
- Por lo general, debe acudir a una farmacia de la red para que le dispensen la receta (consulte el apartado 2) o puede hacerlo a través del servicio de pedido por correo de nuestro plan.
- Su medicamento debe estar en la Lista de medicamentos de nuestro plan (consulte la sección 3).
- Su medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. Una “indicación médicamente aceptada” es un uso del medicamento aprobado por la FDA o respaldado por determinadas referencias. (Consulte la sección 3 para obtener más información sobre una indicación médica aceptada.)
- Es posible que su medicamento requiera la aprobación de nuestro plan en función de ciertos criterios antes de que aceptemos cubrirlo. (Para obtener más información, consulte la sección 4 de este capítulo)

SECCIÓN 2 Surta su receta en una farmacia de la red o a través del servicio de venta por correo de nuestro plan

En la mayoría de los casos, sus recetas médicas están cubiertas *solo* si se surten en las farmacias de la red de nuestro plan. (Consulte la sección 2.5 para obtener información sobre cuándo cubrimos las recetas surtidas en farmacias fuera de la red).

Una farmacia de la red es una farmacia que tiene un contrato con nuestro plan para proporcionarle medicamentos cubiertos. El término “medicamentos cubiertos” se refiere a todos los medicamentos de la Parte D que figuran en la Lista de medicamentos de nuestro plan.

Sección 2.1 Farmacias de la red

Encuentre una farmacia de la red en su área

Para encontrar una farmacia de la red, consulte el *Directorio de proveedores y farmacias*, visite nuestro sitio web (sharpmedicareadvantage.com/find-a-provider-or-pharmacy) o llame a Servicio al Cliente al 1-855-562-8853 (los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 711).

Puede ir a cualquiera de las farmacias de nuestra red.

Si su farmacia deja la red

Si la farmacia que utilice deja la red de nuestros planes, deberá encontrar una nueva farmacia en la red. Para encontrar otra farmacia en su área, obtenga ayuda llamando a Servicio al Cliente al 1-855-562-8853 (los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 711) o consulte el *Directorio de proveedores y farmacias*. También puede encontrar información en nuestro sitio web, sharpmedicareadvantage.com/find-a-provider-or-pharmacy.

Farmacias especializadas

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

- Farmacias que proveen medicamentos para tratamientos de infusión en el hogar.
- Farmacias que suministran medicamentos para residentes de un centro de atención a largo plazo (LTC). Por lo general, una instalación LTC (como una residencia para ancianos) tiene su propia farmacia. Si tiene dificultades para obtener medicamentos de la Parte D en un centro de LTC, llame a Servicio al Cliente al 1-855-562-8853 (los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 711).
- Farmacias que atienden al Servicio de Salud Indígena/Programa de Salud Indígena Tribal/Urbano (no 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 dispensan medicamentos restringidos por la FDA a determinados lugares o que requieren una manipulación especial, coordinación del proveedor o educación sobre su uso. Para localizar una farmacia especializada, consulte el *Directorio de proveedores y farmacias* (sharphealthplan.com/SDApharmacysearch) o llame a Servicio al Cliente al 1-855-562-8853 (los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 711).

Sección 2.2 Servicios de pedido por correo del plan

Para ciertos tipos de medicamentos, puede utilizar el servicio de pedido por correo de la red de nuestro plan. En general, los medicamentos provistos por pedido por correo son medicamentos que toma regularmente, para una condición médica crónica o a largo plazo. Los medicamentos que no están disponibles a través de este servicio del plan están marcados con las letras **“NM”** en nuestra Lista de medicamentos.

El servicio de pedido por correo de nuestro plan le permite pedir un suministro para hasta **100** días.

Para obtener formularios e información sobre cómo adquirir sus medicamentos con receta por correo, comuníquese con nuestra línea de ayuda para recetas de Medicare, al 1-855-222-3183.

Por lo general, el pedido a la farmacia que brinda el servicio de pedido por correo se le enviará en un plazo de 10 a 15 días como máximo. A veces, los pedidos se pueden demorar. Si este es el caso, en el plan le permiten realizar una anulación debido a la demora. Llame a Servicio al Cliente al 1-855-562-8853 (los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 711) para obtener la aprobación de una anulación. Una vez que reciba la aprobación, podemos transferir la receta a la farmacia que usted elija o la persona autorizada para recetar puede llamar a la farmacia y ordenar un suministro para menos días.

Recetas nuevas que se envían desde el consultorio del médico directamente a la farmacia.

La farmacia surtirá y enviará automáticamente aquellos medicamentos recetados nuevos que reciba de los proveedores de atención médica, sin necesidad de consultarlo primero con usted, en los siguientes casos:

- Si ya usó los servicios de pedido por correo con este plan en el pasado.
- Si se inscribió para la entrega automática de todas las recetas nuevas que se reciban directamente de los proveedores de atención médica. Para solicitar la entrega automática de todas las recetas nuevas en cualquier momento, puede llamar a Servicio al Cliente (los números de teléfono figuran en su tarjeta de identificación de miembro).

Si recibe automáticamente por correo una receta médica que no desea y nadie se comunicó con usted antes de enviarla para ver si la quería, puede ser elegible para un reembolso.

Si usó el servicio de pedido por correo anteriormente pero no quiere que la farmacia surta una nueva receta de manera automática, comuníquese con Servicio al Cliente al 1-855-562-8853 (los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 711).

Si nunca utilizó el servicio de pedido por correo o decide suspender el surtido automático para recetas médicas nuevas, la farmacia se comunicará con usted cada vez que reciba una nueva receta de parte de un proveedor de atención médica para ver si desea que se surta el medicamento y se le envíe de inmediato. Es importante responder cada vez que la farmacia se comunique con usted para informarles si deben enviar, retrasar o cancelar la nueva receta médica.

Para cancelar la entrega automática de recetas médicas nuevas que se reciben directamente del consultorio de su proveedor de atención de salud, inicie sesión en su cuenta, en Caremark.com o comuníquese con nosotros llamando a Servicio al Cliente al 1-855-222-3183.

Renovación de recetas médicas mediante el servicio de pedido por correo. Para resurtir sus medicamentos, usted tiene la opción de inscribirse en un programa de renovación automática. Conforme a este programa, comenzaremos a procesar su próxima renovación de pedidos de

medicamentos de forma automática cuando, según nuestros registros, usted esté por quedarse sin medicamento. La farmacia se comunicará con usted antes de enviar cada renovación para corroborar que necesita más medicación, y usted puede cancelar las renovaciones programadas si tiene suficientes medicamentos o si su medicación ha cambiado.

Si elige no usar nuestro programa de renovación automática de pedidos de medicamentos con receta, pero todavía quiere que la farmacia de pedido por correo se los envíe, comuníquese con su farmacia entre 10 y 15 días antes de que se le acabe el suministro. Esto asegurará que su pedido se le envíe a tiempo.

Para cancelar la suscripción al programa de renovación automática de pedidos de medicamentos con receta mediante el servicio de pedido por correo, inicie sesión en su cuenta, en Caremark.com o comuníquese con Servicio al Cliente al 1-855-562-8853 (los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 711).

Si recibe automáticamente por correo una renovación que no desea, puede tener derecho a un reembolso.

Sección 2.3 Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo

Cuando obtiene un suministro de medicamentos a largo plazo, su costo compartido puede ser menor. Nuestro plan ofrece 2 formas de obtener un suministro a largo plazo (también llamado suministro prolongado) de medicamentos de mantenimiento en nuestra lista de medicamentos del plan. (Los medicamentos de mantenimiento son aquellos que toma con regularidad para una afección crónica o a largo plazo.)

1. Algunas farmacias minoristas de nuestra red le permiten obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Para saber qué farmacias de nuestra red le pueden brindar un suministro de medicamentos de mantenimiento a largo plazo, consulte el *Directorio de proveedores y farmacias* (sharphealthplan.com/SDApharmacysearch). También puede llamar a Servicio al Cliente al 1-855-562-8853 para obtener más información (los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 711).

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

Sección 2.4 Utilizar una farmacia que no pertenece a la red de nuestro plan

Por lo general, cubrimos los medicamentos surtidos en una farmacia fuera de la red *solo* cuando no puede utilizar una farmacia de la red. También contamos con farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio donde puede surtir sus recetas como miembro de nuestro plan. **Primero comuníquese con Servicio al Cliente al 1-855-562-8853 (los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 711)** para saber si hay una farmacia de la red cerca de su área.

Cubrimos las recetas surtidas en una farmacia fuera de la red solo en estas circunstancias:

- **Medicamentos con receta para una emergencia médica**
  Cubriremos los medicamentos con receta que se adquieran en una farmacia fuera de la red

si están relacionados con la atención de una emergencia médica o con la atención de urgencia, si están incluidos en nuestra Lista de medicamentos sin restricciones y si no han sido excluidos de la cobertura de Medicare Parte D.

- **Cobertura durante viajes o cuando se encuentra fuera del área de servicio**
  Cuando viaja dentro de los Estados Unidos, tiene acceso a una red de farmacias en todo el país. Lleve sus recetas y medicamentos, y asegúrese de revisar el Directorio de farmacias de nuestro plan para saber dónde encontrar una farmacia de la red cuando viaje. Si está por viajar fuera de los Estados Unidos, antes de salir del país, puede obtener un suministro del medicamento para más días a fin de poder llevarlo.
- Si no puede obtener un medicamento con receta cubierto de forma oportuna dentro de nuestra área de servicio porque no hay farmacias de la red que atiendan las 24 horas y se encuentren a una distancia no tan lejana para recorrer en vehículo.
- Si intenta adquirir un medicamento con receta que habitualmente no está disponible en una farmacia accesible minorista o de pedido por correo de la red (estos medicamentos con receta incluyen medicamentos huérfanos u otros productos farmacéuticos de especialidad).
- Si viaja fuera de nuestra área de servicio (dentro de los Estados Unidos) y se le acaban los medicamentos, si pierde los medicamentos o si se enferma y no puede acceder a una farmacia de la red.
- Si recibe un medicamento de la Parte D proporcionado por una farmacia de una institución que no pertenece a la red, mientras le brindan atención en un Departamento de Emergencias, en una clínica ambulatoria o en otro entorno ambulatorio, o bien durante una cirugía ambulatoria.
- Si no se surten sus recetas cuando se declara el estado de catástrofe a nivel estatal o federal, o bien durante alguna otra emergencia de salud pública por la que debe ser evacuado o abandonar su área de servicio o lugar de residencia.

Las recetas que se surten fuera de la red pueden estar limitadas a un suministro para 10 días del medicamento.

Tenga en cuenta que nuestro plan no puede cubrir un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos y sus territorios.

Si debe utilizar una farmacia fuera de la farmacia de la red, por lo general tendrá que pagar el costo total (en lugar de su parte habitual) en el momento de surtir su receta. Puede solicitarnos que le reembolsemos la parte que nos corresponde pagar del costo del medicamento. (Consulte el capítulo 7, sección 2 para obtener información sobre cómo solicitar a nuestro plan que le haga un reembolso). 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.

SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar en nuestra Lista de medicamentos

Sección 3.1 En la Lista de medicamentos se indica qué medicamentos de la Parte D están cubiertos

Nuestro plan cuenta con una *Lista de medicamentos cubiertos* (formulario). En esta *Evidencia de cobertura*, **lo llamamos Lista de medicamentos.**

Los medicamentos de esta lista son seleccionados por nuestro plan, con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La lista cumple con los requisitos de Medicare y ha sido aprobada por Medicare. La Lista de medicamentos solo muestra los medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare.

Por lo general, cubrimos los medicamentos que figuran en la Lista de Medicamentos de nuestro plan, siempre que cumpla las demás normas de cobertura explicadas en este capítulo y utilice el medicamento para una indicación médicamente aceptada. Una indicación médicamente aceptada es el uso del medicamento que cumpla con alguno de estos criterios: *cumpla con alguno de estos criterios*:

- Esté aprobado por la FDA para el diagnóstico o la afección para los cuales se receta.
- Esté respaldado por ciertas referencias, tales como el Servicio de Información sobre Medicamentos del Formulario de Hospitales Americanos y el Sistema de Información DRUGDEX de Micromedex.

La Lista de medicamentos incluye medicamento de marca, medicamento genérico y productos biológicos (que pueden incluir biosimilares).

Un medicamento de marca es un medicamento con receta que se vende bajo una marca registrada propiedad del fabricante de medicamentos. Los productos biológicos son medicamentos que son más complejos que los medicamentos típicos. En la Lista de medicamentos, cuando nos referimos a medicamentos, esto podría significar un medicamento o un producto biológico.

Un medicamento genérico es un medicamento con receta que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Los productos biológicos tienen alternativas llamadas biosimilares. Por lo general, los medicamentos genéricos y biosimilares funcionan tan bien como el medicamento de marca o el producto biológico original y, por lo general, cuestan menos. Existen medicamentos genéricos que sustituyen a muchos medicamentos de marca y alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son biosimilares intercambiables y, según la ley estatal, pueden sustituirse por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, al igual que los medicamentos genéricos pueden sustituirse por el medicamento de marca.

Consulte el capítulo 12 para conocer las definiciones de los tipos de medicamentos que pueden figurar en la Lista de medicamentos.

Medicamentos que no están en la Lista de medicamentos

Nuestro 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 más información, consulte la sección 7.)
- En otros casos, decidimos no incluir un medicamento concreto en la Lista de medicamentos.
- En algunos casos, es posible que pueda obtener un medicamento que no figura en la Lista de medicamentos. (Para obtener más información, consulte el capítulo 9.)

Sección 3.2 Seis niveles de costo compartido para los medicamentos en la lista de medicamentos

Cada medicamento de la Lista de medicamentos de nuestro plan's se encuentra en uno de seis niveles de costo compartido. En general, cuanto más alto sea el nivel, mayor será el costo del medicamento:

- **Nivel 1 de costo compartido: medicamentos genéricos preferidos**
  Incluye medicamentos genéricos preferidos y puede incluir algunos medicamentos de marca
- **Nivel 2 de costo compartido: medicamentos genéricos**
  Incluye medicamentos genéricos y puede incluir algunos medicamentos de marca
- **Nivel 3 de costo compartido: medicamentos de marca preferidos**
  Incluye medicamentos de marca preferidos y medicamentos genéricos no preferidos.
- **Nivel 4 de costo compartido: medicamentos no preferidos**
  Incluye medicamentos genéricos no preferidos y medicamentos de marca no preferidos
- **Nivel 5 de costo compartido: medicamentos de especialidad**
  Incluye medicamentos de marca y genéricos de muy alto costo, que pueden requerir un manejo especial o una supervisión cercana.
- **Nivel 6 de costo compartido: medicamentos seleccionados**
  Incluye medicamentos genéricos seleccionados para tratar afecciones como diabetes, presión arterial alta y colesterol elevado

Para averiguar en qué nivel de costo compartido se encuentra su medicamento, búsquelo en la Lista de medicamentos de nuestro plan. El importe que usted paga por los medicamentos en cada nivel de costo compartido se muestra en el capítulo 6.

Sección 3.3 Cómo saber si un medicamento específico está en la Lista de medicamentos

Para saber si un medicamento está en nuestra Lista de medicamentos, tiene las siguientes opciones:

- Visite el sitio web de nuestro plan (sharpmedicareadvantage.com/druglist). La Lista de medicamentos en el sitio web siempre es la más actualizada.
- Llame a Servicio al Cliente al 1-855-562-8853 (los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 711) para averiguar si un determinado medicamento figura en la Lista de medicamentos de nuestro plan o para solicitar una copia de dicha lista.
- Use la herramienta "Real-Time Benefit Tool" (herramienta de beneficios en tiempo real) del plan (iniciando sesión en su cuenta de Caremark.com para buscar medicamentos en la Lista de medicamentos, acceder a un cálculo aproximado de lo que pagará y saber si en dicha lista hay medicamentos alternativos que podrían tratar la misma afección. También puede llamar a Servicio al cliente al 1-855-562-8853 (los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 711).

SECCIÓN 4 Medicamentos con restricciones de cobertura

Sección 4.1 Por qué algunos medicamentos tienen restricciones

Para ciertos medicamentos con receta, existen reglas especiales que restringen cómo y cuándo nuestro plan los cubre. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrolló estas reglas para animarle a usted y a su proveedor a utilizar los medicamentos de la manera 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 menor costo funciona médicamente del mismo modo que uno de mayor costo, las reglas de nuestro plan están diseñadas para animarle a usted y a su proveedor a utilizar esa opción de menor costo.

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 diferir en función de la potencia, la cantidad o la forma del medicamento recetado por su proveedor de atención médica, y pueden aplicarse diferentes restricciones o costos compartidos a las diferentes versiones del medicamento (por ejemplo, 10 mg frente a 100 mg; uno al día frente a 2 al día; comprimidos frente a líquido).

Sección 4.2 Tipos de restricciones

Si existe una restricción para su medicamento, por lo general significa que usted o su proveedor deben tomar medidas adicionales para que nosotros cubramos el medicamento. Llame a Servicio al Cliente al 1-855-562-8853 (los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 711) para conocer lo que usted o su proveedor pueden hacer para obtener la cobertura del medicamento. **Si desea que le eximamos de la restricción, debe utilizar el proceso de decisión de cobertura y solicitarnos que hagamos una excepción.** Podemos estar o no de acuerdo en eliminar la restricción. (Consulte el capítulo 9.)

Obtener la autorización del plan por adelantado

Para ciertos medicamentos, usted o su proveedor deben obtener la aprobación de nuestro plan en función de criterios específicos antes de que aceptemos cubrir el medicamento para usted.

Esto se conoce como **autorización previa**. Esto se implementa para garantizar la seguridad de los medicamentos y ayudar a guiar el uso adecuado de ciertos medicamentos. Si no obtiene esta aprobación, es posible que nuestro plan no cubra su medicamento. Los criterios de autorización previa de nuestro plan pueden obtenerse llamando a Servicio al Cliente al 1-855-562-8853 (los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 711) o ingresando en nuestro sitio web en sharpmedicareadvantage.com/priorauth.

Probar un medicamento diferente primero

Este requisito le anima a probar medicamentos menos costosos, pero normalmente igual de eficaces, antes de que nuestro plan cubra otro medicamento. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma afección médica, nuestro plan puede exigirle que pruebe primero el medicamento A. Si el medicamento A no le funciona, nuestro plan cubrirá entonces el medicamento B Este requisito de probar primero un medicamento diferente se denomina **tratamiento escalonado**. Los criterios de terapia escalonada de nuestro plan pueden obtenerse llamando a Servicio al Cliente al 1-855-562-8853 (los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 711) o ingresando en nuestro sitio web en sharpmedicareadvantage.com/steptherapy.

Límites de cantidad

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

SECCIÓN 5 Qué puede hacer si uno de sus medicamentos no tiene la cobertura que desearía que tuviese

Hay situaciones en las que un medicamento con receta que usted toma, o que usted y su proveedor consideran que debe tomar y que no figura en nuestra Lista de medicamentos, tiene restricciones. Por ejemplo:

- El medicamento puede no estar cubierto en absoluto. O puede que esté cubierta una versión genérica del medicamento, pero no la versión de marca que usted quiere tomar.
- El medicamento está cubierto, pero existen normas o restricciones adicionales en la cobertura.
- El medicamento está cubierto, pero se encuentra en un nivel de costo compartido que hace que sea más costoso de lo que usted piensa que debería ser.

Si su medicamento se encuentra en un nivel de costo compartido que lo hace más costoso de lo que usted cree que debería ser, consulte la Sección 5.1 para saber qué puede hacer.

Si su medicamento no figura en la Lista de medicamentos o está restringido, estas son las opciones que tiene a su disposición:

- Puede obtener un suministro temporal del medicamento.

- Puede cambiar a otro medicamento.
- Puede solicitar una **excepción** y pedir a nuestro plan que cubra el medicamento o que elimine las restricciones.

Puede obtener un suministro temporal

En ciertas circunstancias, nuestro plan debe proporcionar un suministro temporal de un medicamento que ya está tomando. Este suministro temporal le da tiempo para consultar con su proveedor acerca del cambio.

Para ser elegible para un suministro temporal, el medicamento que toma **ya no debe estar en nuestra lista de medicamentos o ahora está restringido de alguna manera.**

- **Si es un miembro nuevo,** cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros ***90 días*** de su afiliación a nuestro plan.
- **Si estuvo en nuestro plan el año pasado,** cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros ***90 días*** del año calendario.
- Este suministro temporal será por un máximo de 30 días. Si su receta está emitida para menos días, permitiremos múltiples surtidos para proporcionar un suministro máximo de 30 días de medicación. El medicamento con receta debe obtenerse en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que una farmacia especializada en cuidados a largo plazo puede suministrar el medicamento en cantidades más pequeñas cada vez para evitar el desperdicio).
- **Para miembros que llevan más de *90 días* y viven en un centro de cuidados a largo plazo y necesitan un suministro de inmediato:** cubriremos un suministro de emergencia para 34 días de un medicamento concreto, o menos si su receta es para menos días. Esto es complementario al suministro temporal anteriormente mencionado.

Si tiene preguntas sobre el suministro temporal, comuníquese con Servicio al Cliente al 1-855-562-8853 (los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 711).

Durante el tiempo en que esté utilizando un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se agote su suministro temporal. Tienes 2 opciones:

Opción 1. Puede cambiar a otro medicamento

Hable con su proveedor para saber si otro medicamento cubierto por nuestro plan podría funcionar igual de bien para usted. Llame a Servicio al Cliente al 1-855-562-8853 (los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 711) para solicitar una lista de los medicamentos cubiertos que tratan la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que funcione para usted.

Opción 2. Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitar a nuestro plan que haga una excepción y cubra el medicamento de la forma en que usted desea que se cubra. Si su proveedor dice que usted tiene razones médicas que justifican solicitar una excepción, su proveedor puede ayudarle a solicitarla. Por ejemplo, puede solicitar que nuestro plan cubra un medicamento aunque no esté en la Lista de medicamentos de nuestro plan. O bien, puede pedirle a nuestro plan que haga una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.

Si usted es miembro actual y un medicamento que toma se eliminará de la lista de medicamentos cubiertos (Formulario) o se restringirá de alguna manera para el próximo año, le informaremos sobre cualquier cambio antes de que comience el nuevo año. Puede solicitar una excepción antes del próximo año y le daremos una respuesta en un plazo de 187 horas tras recibir su solicitud (o la declaración de respaldo de su médico). Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura del medicamento antes de que el cambio entre en vigor.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, consulte el capítulo 9, sección 6.4 para saber qué hacer. Se explica los procedimientos y plazos establecidos por Medicare para asegurarse de que su solicitud sea tratada de manera rápida y justa.

Sección 5.1 Qué hacer si su medicamento se encuentra en un nivel de costo compartido que considera demasiado alto

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

Puede cambiar a otro medicamento.

Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera muy alto, hable con su proveedor. Podría haber un medicamento diferente en un nivel de costo compartido inferior que podría funcionar igual de bien para usted. Llame a Servicio al Cliente al 1-855-562-8853 (los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 711) para solicitar una lista de los medicamentos cubiertos que tratan la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que funcione para usted.

Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitar a nuestro plan que haga una excepción en el nivel de costo compartido del medicamento para que usted pague menos por él. Si su proveedor dice que usted tiene razones médicas que justifican solicitar una excepción, su proveedor puede ayudarle a solicitar una excepción a la regla.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, consulte el capítulo 9, sección 6.4 para saber qué hacer. Se explica los procedimientos y plazos establecidos por Medicare para asegurarse de que su solicitud sea tratada de manera rápida y justa.

Los medicamentos del nivel 5 (medicamentos de especialidad) no son elegibles para este tipo de excepción. No reducimos el importe de costo compartido para los medicamentos de este nivel.

SECCIÓN 6 Nuestra Lista de medicamentos puede cambiar durante el año

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos se realizan al comienzo de cada año (1 de enero). Sin embargo, durante el año, nuestro plan puede realizar algunos cambios en la Lista de Medicamentos. Por ejemplo, nuestro plan podría:

- **Agregar o eliminar medicamentos de la Lista de medicamentos.**
- **Mover un medicamento a un nivel de costo compartido más alto o más bajo.**
- **Agregar o quitar una restricción respecto de la cobertura de un medicamento.**
- **Sustituir un medicamento de marca por una versión genérica del medicamento.**
- **Sustituir un producto biológico original por una versión biosimilar intercambiable del producto biológico**

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

Información sobre cambios en la cobertura de medicamentos

Cuando se realizan cambios en la Lista de medicamentos, publicamos información en nuestro sitio web sobre esos cambios. También actualizamos nuestra Lista de medicamentos en línea con regularidad. A veces recibirá una notificación directa si se introducen cambios en un medicamento que toma.

Cambios en la cobertura de medicamentos que le afectan durante este año del plan

- **Agregar nuevos medicamentos a la Lista de medicamentos e <u>inmediatamente</u> eliminar o hacer cambios en un medicamento similar en la Lista de medicamentos.**
    - Al agregar una nueva versión de un medicamento a la Lista de medicamentos, podemos eliminar de inmediato un medicamento similar de la Lista de medicamentos, mover el medicamento similar a un nivel de costo compartido diferente, agregar nuevas restricciones o ambas opciones La nueva versión del medicamento aparecerá en el mismo nivel de costo compartido o en un nivel de costo compartido más bajo y con las mismas restricciones o menos.
    - Solo realizaremos estos cambios inmediatos si añadimos una nueva versión genérica de un medicamento de marca o si añadimos ciertas nuevas versiones biosimilares de un producto biológico original que ya estaba en la Lista de medicamentos.
    - Podemos realizar estos cambios de forma inmediata y comunicárselos más tarde, incluso si toma el medicamento que eliminamos o al que realizamos cambios. Si toma un medicamento similar en el momento en que realicemos el cambio, le informaremos sobre cualquier cambio específico que hayamos realizado.

- **Agregar medicamentos a la Lista de Medicamentos y eliminar o realizar cambios en un medicamento similar de la Lista de Medicamentos.**
  - Al agregar una nueva versión de un medicamento a la Lista de medicamentos, podemos eliminar de inmediato un medicamento similar de la Lista de medicamentos, mover el medicamento similar a un nivel de costo compartido diferente, agregar nuevas restricciones o ambas opciones. La nueva versión del medicamento aparecerá en el mismo nivel de costo compartido o en un nivel de costo compartido más bajo y con las mismas restricciones o menos.
  - Sólo realizaremos estos cambios si añadimos una nueva versión genérica de un medicamento de marca o si añadimos ciertas versiones biosimilares nuevas de un producto biológico original que ya estaba en la Lista de medicamentos.
  - Le avisaremos al menos 30 días antes de realizar el cambio o le informaremos sobre el cambio y le cubriremos un suministro de 30 días de la versión del medicamento que está tomando.
- **Quitar medicamentos que no son seguros y otros medicamentos de la Lista de medicamentos que se retiran del mercado.**
  - A veces, un medicamento puede considerarse inseguro o retirarse del mercado por otro motivo. Si esto ocurre, podremos eliminar inmediatamente el medicamento de la Lista de medicamentos. Si toma ese medicamento, se lo comunicaremos después de realizar el cambio.
- **Realizar otros cambios de medicamentos en la Lista de medicamentos.**
  - Podemos hacer otros cambios que afecten los medicamentos que esté tomando una vez que el año haya comenzado. Por ejemplo, nos basamos en advertencias resaltadas de la FDA o nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare.
  - Le informaremos al menos 30 días antes de realizar estos cambios o le informaremos del cambio y cubriremos un suministro adicional de 30 días del medicamento que está tomando.

Si realizamos cambios en alguno de los medicamentos que toma, hable con su médico sobre las opciones que más le convienen, como cambiar a otro medicamento para tratar su enfermedad o solicitar una decisión de cobertura para satisfacer las nuevas restricciones del medicamento que toma. Usted o su médico pueden solicitarnos una excepción para seguir cubriendo el medicamento o la versión del medicamento que toma. Para obtener más información sobre cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción, consulte el capítulo 9.

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

Podemos introducir ciertos cambios en la Lista de medicamentos que no se han descrito anteriormente. De ser así, el cambio no se aplicará a su caso si usted está tomando el

medicamento cuando se realiza la modificación; sin embargo, es probable que estos cambios lo afecten a partir del 1 de enero del próximo año del plan si permanece en el mismo plan.

En general, los cambios que no le afectarán durante el año del plan en curso son:

- Pasamos su medicamento a un nivel de costo compartido más alto.
- Imponemos una nueva restricción en el uso de su medicamento.
- Retiramos su medicamento de la Lista de medicamentos.

Si se produce alguno de estos cambios con respecto a un medicamento que usted toma (excepto un retiro del mercado, un medicamento genérico que reemplaza a un medicamento de marca u otro cambio mencionado en las secciones anteriores), el cambio no afectará su uso ni lo que usted paga como su parte del costo hasta el 1 de enero del año siguiente.

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

SECCIÓN 7 Tipos de medicamentos que no cubrimos

Algunos tipos de medicamentos con receta están *excluidos*. Esto significa que Medicare no paga estos medicamentos.

Si obtiene medicamentos que están excluidos, debe pagarlos usted mismo. Si apela y se determina que la solicitud del medicamento solicitado no está excluido de la Parte D, lo pagaremos o lo cubriremos. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión, consulte el Capítulo 9).

Estas son 238 las normas generales sobre medicamentos que los planes de medicamentos de Medicare no cubren en el marco de la Parte D:

- La cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que estaría cubierto por la Parte A o la Parte B de Medicare.
- Nuestro plan no puede cubrir un medicamento adquirido fuera de Estados Unidos o sus territorios.
- Nuestro plan no puede cubrir el uso *no indicado* de un medicamento cuando dicho uso no está respaldado por determinadas referencias, como Servicio de Información sobre Medicamentos del Formulario de Hospitales Americanos y el Sistema de Información DRUGDEX de Micromedex. *El uso fuera de lo indicado* es cualquier uso del fármaco distinto de los indicados en la etiqueta de un medicamento aprobado por la FDA.

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

- Medicamentos sin receta (también denominados medicamentos de venta libre)
- Medicamentos utilizados para estimular la fertilidad
- Medicamentos utilizados para el alivio de la tos o los síntomas del resfrío.
- Medicamentos para fines estéticos o para promover el crecimiento del cabello.
- Vitaminas y productos minerales recetados, salvo las vitaminas prenatales y preparaciones de gripe.
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de disfunción sexual o eréctil.
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la anorexia, la pérdida de peso o el aumento de peso
- Medicamentos para pacientes ambulatorios para los que el fabricante requiere que se contraten pruebas o servicios de control producidos únicamente por él, como condición de venta.

Si recibe Ayuda Adicional para pagar sus recetas, Ayuda Adicional no pagará los medicamentos que normalmente no están cubiertos. Si tiene cobertura de medicamentos a través de Medicaid, su programa estatal de Medicaid puede cubrir algunos medicamentos con receta que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare. Póngase en contacto con el programa Medicaid de su estado para determinar qué cobertura de medicamentos puede estar a su disposición. (Los números de teléfono y la información de contacto de Medicaid se encuentran en el capítulo 2, sección 6.)

SECCIÓN 8 Cómo surtir una receta

Para surtir su receta, debe brindar la información de miembro (que figura en su tarjeta de membresía) en la farmacia de la red que usted elija. La farmacia de la red facturará automáticamente a nuestro plan la parte que nos corresponde del costo de su medicamento. Tiene que pagar a la farmacia *su* parte del costo cuando retire la receta.

Si no tiene a mano la información de miembro de nuestro plan, usted o la farmacia pueden llamar a nuestro plan para obtenerla, o puede pedirle a la farmacia que busque la información de inscripción en nuestro plan.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, **es posible que tenga que pagar el costo total de la receta cuando la busque**. Entonces puede **pedirnos que le reembolsemos nuestra parte**. Consulte el capítulo 7, sección 2 para obtener información sobre cómo solicitar el reembolso a nuestro plan.

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

Sección 9.1 En un hospital o centro de enfermería especializada para una internación cubierta por nuestro plan

Si ingresa en un hospital o en un centro de enfermería especializada para una internación cubierta por nuestro plan, por lo general cubriremos el costo de los medicamentos con receta durante la internación. Una vez que deje el hospital o el centro de enfermería especializada, nuestro plan cubrirá sus medicamentos con receta siempre que éstos cumplan todas nuestras normas de cobertura descritas en este capítulo.

Sección 9.2 Como residente en un centro de cuidados de larga duración (LTC)

Normalmente, un centro de cuidados de larga duración (como una residencia de ancianos) tiene su propia farmacia o utiliza una farmacia que suministra medicamentos a todos sus residentes. Si reside en un centro LTC, puede obtener su medicamento con receta a través de la farmacia del centro o de la que éste utilice, siempre que forme parte de nuestra red.

Consulte el *Directorio de farmacias* (sharpmedicareadvantage.com/find-a-provider-or-pharmacy) para saber si la farmacia de su centro de atención a largo plazo o la que este utiliza forman parte de nuestra red. Si no lo es, o si necesita más información o ayuda, llame a Servicio al Cliente al 1-855-562-8853 (Los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 711). Si se encuentra en un centro de LTC, debemos asegurarnos de que pueda obtener de forma habitual sus beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias de LTC.

Si reside en un centro LTC y necesita un medicamento que no figura en nuestra Lista de medicamentos o que tiene algún tipo de restricción, consulte la sección 5 para obtener información sobre cómo conseguir un suministro temporal o de emergencia.

Sección 9.3 Si también tiene cobertura de medicamentos de un empleador o de un plan colectivo de jubilados

Si tiene otra cobertura de medicamentos a través de su empleador (o el de su cónyuge o pareja de hecho) o de un grupo de jubilados, póngase en contacto con el **administrador de beneficios de ese grupo.** Ellos pueden ayudarle a entender cómo funcionará su actual cobertura de medicamentos con nuestro plan.

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

Nota especial sobre la cobertura acreditable:

Cada año, su empleador o grupo de jubilados debe enviarle una notificación en la que se le indica si su cobertura de medicamentos para el siguiente año calendario es válida.

Si la cobertura del plan grupal es acreditable, quiere decir que incluye una cobertura para medicamentos que se espera que pague, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura para medicamentos estándar de Medicare.

Conserve todas las notificaciones sobre la cobertura acreditable, ya que puede necesitarlas más adelante para demostrar que ha mantenido dicha cobertura. Si no recibió un aviso de cobertura acreditable, solicite una copia a su empleador o al administrador de beneficios de su plan de jubilación, o al empleador o sindicato.

Sección 9.4 ¿Qué sucede si se encuentra en un centro para enfermos terminales certificado por Medicare?

El centro para enfermos terminales y nuestro plan no cubren el mismo medicamento al mismo tiempo. Si está inscrito en un centro para enfermos terminales de Medicare y necesita determinados medicamentos (por ejemplo, medicamentos contra las náuseas, laxantes, analgésicos o ansiolíticos) que no están cubiertos por su centro para enfermos terminales porque no están relacionados con su enfermedad terminal y afecciones afines, nuestro plan debe recibir una notificación de la persona que receta el medicamento o de su proveedor del centro para enfermos terminales indicando que el medicamento no está relacionado antes de que nuestro plan pueda cubrirlo. Para evitar retrasos en la obtención de estos medicamentos que deberían estar cubiertos por nuestro plan, pida a su proveedor de cuidados paliativos o a la persona que le receta que se lo notifique antes de que le surtan la receta.

Si usted decide cancelar su elección de centro para enfermos terminales o si recibe el alta del centro, nuestro plan debería cubrir sus medicamentos según se explica en este documento. Para evitar demoras en la farmacia cuando finaliza su beneficio en un centro para enfermos terminales de Medicare, presente la documentación en la farmacia para verificar su cancelación o alta.

SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad y administración de los medicamentos

Llevamos a cabo revisiones del consumo de medicamentos para garantizar que nuestros miembros reciben 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 como:

- Posibles errores en los medicamentos.
- Medicamentos que pueden no ser necesarios porque toma otro medicamento similar 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.
- Prescripciones para medicamentos a los que usted es alérgico.

- Posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que toma.
- Cantidades inseguras de analgésicos opioides.

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

Sección 10.1 Programa de administración de medicamentos (PGM) para ayudar a los miembros a usar los medicamentos opioides de manera segura

Tenemos un programa que ayuda a garantizar que los miembros usen de manera segura los opioides con receta y otros medicamentos que son mal usados con frecuencia. Este programa se llama Programa de administración de medicamentos (Drug Management Program, DMP). Si utiliza medicamentos opioides que obtiene de diferentes profesionales que recetan o farmacias, o si tuvo una sobredosis reciente de opioides, podemos hablar con los profesionales que recetan para asegurarnos de que su uso de los medicamentos opioides sea apropiado y médicamente necesario. Trabajaremos junto con los profesionales que recetan y, si decidimos que su uso de los medicamentos opioides o benzodiacepina con receta puede no ser seguro, podemos limitar la manera en que obtiene esos medicamentos. Si lo ubicamos en nuestro DMP, las limitaciones pueden ser las siguientes:

- Solicitarle que obtenga todos sus medicamentos opioides o benzodiacepinas con receta en una o varias farmacias determinadas.
- Exigirle que obtenga todas sus recetas de medicamentos opioides o benzodiazepínicos de un determinado médico o médicos.
- Limitar la cantidad de medicamentos opioides o benzodiazepínicos que cubriremos para usted

Si tenemos previsto limitar la forma en que recibe estos medicamentos o la cantidad que puede recibir, le enviaremos una carta con antelación. En la carta se le indicará si vamos a limitar la cobertura de estos medicamentos para usted, o si se le exigirá que obtenga las recetas para estos medicamentos solo de un prescriptor o farmacia específicos. Tendrá la oportunidad de decirnos qué prescriptores o farmacias prefiere utilizar y cualquier otra información que considere importante que conozcamos. Después de que haya tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar la cobertura de estos medicamentos, le enviaremos otra carta confirmando la limitación. Si considera que nos hemos equivocado o no está de acuerdo con nuestra decisión o con respecto a la limitación que impusimos, usted y la persona autorizada a dar recetas tienen derecho a presentar una apelación. Si apela, revisaremos su caso y le comunicaremos una nueva decisión. Si seguimos denegando cualquier parte de su solicitud sobre las limitaciones que se aplican a su acceso a los medicamentos, enviaremos automáticamente su caso a una revisión independiente ajena a nuestro plan. Consulte el capítulo 9 para obtener información sobre cómo solicitar un recurso.

No se le incluirá en nuestro DMP si padece determinadas afecciones médicas, como dolor relacionado con el cáncer o enfermedad de células falciformes, si recibe cuidados paliativos o al final de la vida, o si vive en un centro de cuidados a largo plazo.

Sección 10.2 Programa de Administración de Terapia con Medicamentos (MTM) para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos.

Contamos con un programa que puede ayudar a nuestros miembros con necesidades de salud complejas. Nuestro programa se llama Programa de Administración de Terapia con Medicamentos (Medication Therapy Management, MTM). Este programa es voluntario y gratuito. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrolló el programa para nosotros con el fin de garantizar que nuestros miembros obtengan el máximo beneficio de los medicamentos que toman.

Algunos miembros que padecen determinadas enfermedades crónicas y toman medicamentos que superan un importe específico de costos por medicamentos, o que participan en un programa de gestión de medicamentos para ayudarles a utilizar los opioides de forma segura, pueden obtener servicios a través de un Programa de Administración de Terapia con Medicamentos (MTM). Si reúne los requisitos para participar en el programa, un farmacéutico u otro profesional de salud llevará a cabo una revisión integral de todos sus medicamentos. Durante la revisión, usted puede hablar sobre sus medicamentos, sus costos, y cualquier problema o preguntas que tenga sobre su receta y sobre los medicamentos de venta libre. Recibirá un resumen escrito que tiene una lista de tareas recomendadas que incluye los pasos que debe seguir para obtener los mejores resultados de sus medicamentos. También obtendrá una lista de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que está tomando, cuánto debería tomar, cuándo debería tomarlos y la razón por la que los está tomando. Además, los miembros del programa MTM recibirán información sobre la eliminación segura de medicamentos recetados que son sustancias controladas.

Es una buena idea hablar con su médico sobre los pasos a seguir recomendados y su lista de medicamentos. Cada vez que vaya a una cita médica, visite una farmacia o consulte con sus médicos u otros proveedores de atención médica, tenga a mano el resumen. Lleve la lista de medicamentos actualizada con usted (por ejemplo, con su identificación) por si acude al hospital o a urgencias.

Si tenemos un programa que se ajusta a sus necesidades, le inscribiremos automáticamente en él y le enviaremos información. Si decide no participar, avísenos y lo retiraremos. Si tiene preguntas sobre estos programas, llame a Servicio al Cliente al 1-855-562-8853 (los usuarios de los servicios de TTY deben llamar al 711).

CAPÍTULO 6: Cuánto paga por los medicamentos de la Parte D

SECCIÓN 1 Cuánto paga por los medicamentos de la Parte D

Si está inscrito en un programa que le ayuda a pagar sus medicamentos, **es posible que parte de la información de esta *Evidencia de cobertura* sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D no se aplique a su caso.** Le enviamos un documento independiente que se llama *Cláusula adicional de la Evidencia de cobertura para las personas que reciben Ayuda Adicional para pagar los medicamentos con receta* (también denominado *Cláusula adicional de Subvención por Bajos Ingresos* o el *Cláusula adicional LIS*), que le informa sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene este documento, llame a Servicio al Cliente al 1-855-562-8853 (los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 711) y solicite la *Cláusula adicional LIS*.

En este capítulo, por "medicamento" se entiende un medicamento con receta de la Parte D. No todos los medicamentos son de la Parte D. Algunos medicamentos están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y otros están excluidos de la cobertura de Medicare por ley.

Para comprender la información de pago, usted necesita saber qué medicamentos están cubiertos, dónde obtener sus medicamentos con receta y cuáles son las normas que debe seguir cuando recibe sus medicamentos cubiertos. En el capítulo 5 se explican estas reglas. Cuando use la herramienta del plan "Real-Time Benefit Tool" para buscar la cobertura de los medicamentos (www.Caremark.com), el costo que observe muestra un cálculo aproximado de los costos de desembolso que se espera que usted pague. También puede obtener información de la herramienta "Real-Time Benefit Tool" si llama a Servicio al Cliente al 1-855-562-8853 (los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 711).

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

Existen 3 tipos de gastos de bolsillo para los medicamentos cubiertos de la Parte D que tal vez le solicitemos que pague:

- **El deducible** es la cantidad que usted paga por los medicamentos antes de que nuestro plan empiece a abonar la parte que nos corresponde.
- **El copago** es un monto fijo que paga cada vez que obtiene un medicamento con receta.
- **El coseguro** es un porcentaje del costo total que paga cada vez que obtiene un medicamento con receta.

Sección 1.2 Cómo calcula Medicare los costos que paga de su bolsillo

Medicare tiene normas sobre lo que cuenta y lo que no cuenta para sus gastos de bolsillo. Estas son las normas que debemos seguir para realizar un seguimiento de los costos que paga de su bolsillo.

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

Los gastos de su bolsillo **incluyen** los pagos que se indican a continuación (siempre que se trate de medicamentos cubiertos de la Parte D y haya seguido las normas de cobertura de medicamentos que se explican en el capítulo 5):

- El monto que paga por los medicamentos cuando se encuentra en las siguientes fases de pago de medicamentos:
    - La etapa de cobertura inicial.
- Todo pago que haya realizado durante este año calendario como miembro de otro plan de medicamentos de Medicare antes de unirse a nuestro plan
- Todopago que un familiar o amigo haya hecho por sus medicamentos
- Todo pago de medicamentos efectuado a través del programa Ayuda Adicional de Medicare, planes de salud de un empleador o sindicato, el Servicio de Salud Indígena, Programas de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA y la mayoría de las organizaciones de beneficencia.

Cómo pasar a la etapa de cobertura catastrófica:

Cuando usted (o quienes paguen en su nombre) haya gastado un total de $2,400 en gastos de su bolsillo dentro del año calendario, pasará de la Etapa de Cobertura Inicial a la Etapa de cobertura catastrófica.

Estos pagos no están incluidos en los gastos de su bolsillo

Los gastos de su bolsillo **no incluyen** ninguno de estos tipos de pagos:

- Su prima mensual del plan.
- Medicamentos que compra fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Medicamentos no cubiertos por nuestro plan
- Los medicamentos que obtiene en una farmacia fuera de la red que no cumplen los requisitos de nuestro plan para la cobertura fuera de la red.

- Medicamentos no pertenecientes a la Parte D, incluidos medicamentos con receta y vacunas incluidos en la Parte A o en la Parte B, y otros medicamentos excluidos de la cobertura de Medicare
- Pagos por sus medicamentos efectuados por determinados planes de seguros y programas sanitarios financiados por el gobierno, como TRICARE y la Administración Sanitaria para Veteranos (VA).
- Pagos por sus medicamentos realizados por un tercero con la obligación legal de pagar los costos de los medicamentos con receta (por ejemplo, un seguro de indemnización por accidentes de trabajo).
- Pagos realizados por fabricantes de medicamentos en virtud del Programa de descuento de fabricantes.

Recuerde: Si cualquier otra organización, como aquellas enumeradas anteriormente, paga parte o la totalidad de sus costos de gastos de bolsillo por los medicamentos, debe informarlo a nuestro plan llamando a Servicio al Cliente al 1-855-562-8853 (los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 711).

Seguimiento de los gastos totales de su bolsillo

- La *Explicación de beneficios* (Explanation of Benefits, EOB) de la Parte D que recibe incluye el total actual de sus gastos de bolsillo. Cuando este monto alcance los $2,400, en la *EOB de la Parte D* le notificaremos que ha dejado la etapa de cobertura inicial y que ha pasado a la etapa de cobertura catastrófica.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos**. Vaya a la sección 3.1 para saber qué puede hacer para asegurarse de que nuestros registros de sus gastos estén completos y actualizados.

SECCIÓN 2 Etapas de pago de medicamentos para los miembros del plan Sharp Direct Advantage SDPEBA (HMO)

Existen **3 etapas de pago de medicamentos** para la cobertura de medicamentos según Sharp Direct Advantage SDPEBA (HMO). El monto que paga por cada receta depende de la fase en la que se encuentre en el momento de adquirir un medicamento con receta por primera vez o de reponerlo. Los detalles de cada etapa se explican en este capítulo. Las etapas son las siguientes:

- **Etapa 1: Etapa de deducible anual**
- **Etapa 2: Etapa de cobertura inicial**
- **Etapa 3: Etapa de cobertura catastrófica**

SECCIÓN 3 En la *Explicación de Beneficios (Explanation of Benefits, EOB)* de la Parte D se explica en qué fase de pago se encuentra usted

Nuestro plan lleva un control de los costos por medicamentos y de los pagos que realiza cuando obtiene recetas en la farmacia. De este modo, podemos indicarle cuándo pasa de una fase de pago de medicamentos a la siguiente. Hacemos un seguimiento de 2 tipos de costos:

- **Gastos de bolsillo:** es lo que ha pagado. Esto incluye lo que pagó cuando obtuvo un medicamento cubierto de la Parte D, cualquier pagos por sus medicamentos realizado por familiares o amigos y cualquier pagos realizado por sus medicamentos mediante la Ayuda Adicional de Medicare, plan de salud del empleador o sindicato, Servicio de Salud de los Indígenas, programas de asistencia para medicamentos contra el SIDA, organizaciones benéficas y la mayoría de los Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica (SPAP).
- **Costos por medicamentos totales:** es el total de todos los pagos efectuados por sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Incluye lo que pagó nuestro plan, lo que pagó usted y lo que pagaron otros programas u organizaciones por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

Si adquirió uno o más medicamentos con receta a través de nuestro plan durante el mes anterior, le enviaremos una *EOB de la Parte D*. La *EOB de la Parte D* incluye lo siguiente:

- **Información para ese mes**. En este informe figuran los datos de pago de las recetas que ha dispensado durante el mes anterior. Muestra los costos por medicamentos, lo que pagó nuestro plan y lo que usted y otros pagaron en su nombre.
- **Total para el año desde 1 de enero.** Muestra los costos totales de los medicamentos y los pagos totales por sus medicamentos desde que empezó el año.
- **Información sobre los precios de los medicamentos.** Muestra el precio total del medicamento e información sobre los cambios en el precio desde la primera dispensación para cada solicitud de receta de la misma cantidad.
- **Medicamentos con receta alternativos disponibles a un costo más bajo.** Esto muestra información sobre otros medicamentos disponibles con un costo compartido menor para cada solicitud de receta, si corresponde.

Sección 3.1 Ayúdenos a mantener actualizada la información sobre sus pagos de 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. A continuación le indicamos cómo puede ayudarnos a mantener sus datos correctos y actualizados:

- **Muestre su tarjeta de miembro cada vez que obtenga un medicamento con receta.** Esto nos ayuda a asegurarnos de que conocemos las recetas que surte y lo que paga.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** En ocasiones, es posible que pague el costo total de un medicamento con receta. En estos casos, no obtendremos

automáticamente la información que necesitamos para llevar un registro de sus gastos de bolsillo. Para ayudarnos a mantener un registro de los costos que paga de su bolsillo, bríndenos copias de sus recibos. **Ejemplos de cuándo debe darnos copias de sus recibos de medicamentos:**

- Cuando compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o utiliza una tarjeta de descuento que no forma parte de los beneficios de nuestro plan.
- Cuando abona un copago por medicamentos suministrados en el marco de un programa de asistencia al paciente de un fabricante de medicamentos.
- Cada vez que compre medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red o pague el precio completo de un medicamento cubierto en circunstancias especiales.
- Si le facturan un medicamento cubierto, puede pedir a nuestro plan que pague la parte del costo que nos corresponde. Para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo, vaya a la Sección 7 del Capítulo 2.

- **Envíenos información sobre los pagos que otros hacen por usted.** Los pagos efectuados por otras personas y organizaciones también se tienen en cuenta en los gastos de su bolsillo. Por ejemplo, los pagos realizados por un programa de ayuda para la lucha contra el SIDA (ADAP), el Servicio de Salud de la India y las organizaciones benéficas se cuentan con los gastos de bolsillo. Lleve un registro de estos pagos y envíelos 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,* revísela para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si considera que la información está incompleta o si tiene alguna pregunta, llame al 1-855-562-8853 (los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 711). Si eligió recibir la EOB de la Parte D de manera electrónica, puede consultarla en línea, en Caremark.com. Asegúrese de conservar estos informes.

SECCIÓN 4 No hay deducible para Sharp Direct Advantage SDPEBA (HMO)

No hay deducible para Sharp Direct Advantage SDPEBA (HMO).

Usted comienza en la etapa de cobertura inicial cuando adquiere su medicamento con receta del año. Consulte la sección 5 para obtener información sobre su cobertura en la Etapa de cobertura inicial.

SECCIÓN 5 La Etapa de cobertura inicial.

Sección 5.1 Lo que paga por un medicamento depende del medicamento y de dónde lo adquiere

Durante la Etapa de cobertura inicial, nuestro plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos cubiertos y usted paga la suya (el importe de su copago o coseguro). La parte

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

Nuestro plan tiene seis niveles de participación en los gastos

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

- **Nivel 1 de costo compartido: medicamentos genéricos preferidos**
  Incluye medicamentos genéricos preferidos y puede incluir algunos medicamentos de marca
- **Nivel 2 de costo compartido: medicamentos genéricos**
  Incluye medicamentos genéricos y puede incluir algunos medicamentos de marca
- **Nivel 3 de costo compartido: medicamentos de marca preferidos**
  Incluye medicamentos de marca preferidos y medicamentos genéricos no preferidos.
- **Nivel 4 de costo compartido: medicamentos no preferidos**
  Incluye medicamentos genéricos no preferidos y medicamentos de marca no preferidos
- **Nivel 5 de costo compartido: medicamentos de especialidad**
  Incluye medicamentos de marca y genéricos de muy alto costo, que pueden requerir un manejo especial o una supervisión cercana.
- **Nivel 6 de costo compartido: medicamentos de atención seleccionada**
  Incluye medicamentos genéricos seleccionados para tratar afecciones como diabetes, presión arterial alta y colesterol elevado

Para averiguar en qué nivel de costo compartido se encuentra su medicamento, búsquelo en la Lista de medicamentos de nuestro plan.

Sus opciones de farmacias

El monto que usted paga por un medicamento está determinado según el lugar donde obtenga el medicamento:

- Una red de farmacias minoristas.
- Una farmacia que no pertenece a la red de nuestro plan. Cubrimos medicamentos con receta obtenidos en farmacias fuera de la red solamente en situaciones limitadas. Consulte el capítulo 5, sección 2.5 para saber cuándo cubriremos una receta dispensada en una farmacia de la red.
- La farmacia de venta por correo de nuestro plan

Para obtener más información sobre estas opciones de farmacia y cómo surtir sus recetas, consulte el capítulo 5 y el *Directorio de proveedores y farmacias* de nuestro plan (sharphealthplan.com/SDApharmacysearch).

Sección 5.2 Sus gastos por el suministro para un mes de un medicamento cubierto

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

El monto del copago o del coseguro depende del nivel de costo compartido.

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

Sus costos por un suministro de un mes de un medicamento cubierto de la Parte D

	Costo compartido estándar en farmacias minoristas dentro de la red (suministro para hasta 30 días)	**Costo compartido del servicio de pedido por correo** (suministro para hasta 30 días)	**Costo compartido para atención a largo plazo** (suministro para hasta 34 días)	**Costo compartido fuera de la red** (suministro para hasta 30 días) (La cobertura se limita a ciertas situaciones; consulte el capítulo 5 para obtener más detalles).
Nivel de costo compartido 1 (Medicamentos genéricos preferidos)	Copago de $10	Copago de $10	Copago de $10	Copago de $10
Nivel de costo compartido 2 (Medicamentos genéricos)	Copago de $10	Copago de $10	Copago de $10	Copago de $10
Nivel de costo compartido 3 (Medicamentos de marca preferidos)	Copago de $20	Copago de $20	Copago de $20	Copago de $20
Nivel de costo compartido 4 (Medicamentos no preferidos)	Copago de $20	Copago de $20	Copago de $20	Copago de $20

	Costo compartido estándar en farmacias minoristas dentro de la red (suministro para hasta 30 días)	**Costo compartido del servicio de pedido por correo** (suministro para hasta 30 días)	**Costo compartido para atención a largo plazo** (suministro para hasta 34 días)	**Costo compartido fuera de la red** (suministro para hasta 30 días) (La cobertura se limita a ciertas situaciones; consulte el capítulo 5 para obtener más detalles).
Nivel de costo compartido 5 (Medicamentos de especialidad)	25% del costo.	25% del costo.	25% del costo.	25% del costo.
Nivel de costo compartido 6 (Medicamentos de atención seleccionada)	Copago de $0	Copago de $0	Copago de $0	Copago de $0

No pagará más de $35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de costos compartidos, incluso si no ha pagado su deducible.

Consulte la sección 8 de este capítulo para obtener más información sobre el reparto de gastos de las vacunas 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 suministro para el mes completo

Normalmente, el importe que paga por un medicamento cubre el suministro para un mes completo. Puede haber ocasiones en las que usted o su médico deseen que usted tenga menos de un mes de suministro de un medicamento (por ejemplo, cuando está probando un medicamento por primera vez). También puede pedirle a su médico que prescriba, y a su farmacéutico que dispensa, menos de un mes completo de suministro si esto le ayuda a planificar mejor las fechas de reposición.

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

- Si usted es responsable del coseguro, paga un porcentaje del costo total del medicamento. Dado que el coseguro se basa en el costo total del medicamento, su costo será menor ya que el costo total del medicamento será menor.
- Si tiene que abonar un copago por el medicamento, solo pagará por el número de días del medicamento que reciba en lugar de por un mes entero. Calculamos el importe que usted paga al día por su medicamento (la cuota diaria de participación en los gastos) y lo multiplicamos por el número de días del medicamento que recibe.

Sección 5.4 Sus costos para el suministro de un *medicamento a largo plazo* (100 días) de un medicamento cubierto por la Parte D

Para algunos medicamentos, puede obtener un suministro a largo plazo (también denominado suministro extendido). Un suministro a largo plazo es un suministro para 100 días.

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

Sus costos para un *suministro a largo plazo* (hasta 100 días) de un medicamento cubierto de la Parte D

	Costo compartido estándar en farmacias minoristas dentro de la red (suministro para hasta 100 días)	**Costo compartido del servicio de pedido por correo (suministro para hasta 100 días)**
Nivel de costo compartido 1 (Medicamentos genéricos preferidos)	Copago de $30	Copago de $20
Nivel de costo compartido 2 (Medicamentos genéricos)	Copago de $30	Copago de $20
Nivel de costo compartido 3 (Medicamentos de marca preferidos)	Copago de $60	Copago de $40
Nivel de costo compartido 4 (Medicamentos no preferidos)	Copago de $60	Copago de $40
Nivel de costo compartido 5 (Medicamentos de especialidad)	No hay suministro a largo plazo disponible para los medicamentos del nivel 5.	No hay suministro a largo plazo disponible para los medicamentos del nivel 5.
Nivel de costo compartido 6 (Medicamentos de atención seleccionada)	Copago de $0	Copago de $0

No pagará más de $70 por un suministro de hasta 2 meses o $105 por un suministro de hasta 3 meses de cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de costos compartidos, incluso si no ha pagado su deducible.

Sección 5.5 Permanece en la etapa de cobertura inicial hasta que sus gastos de bolsillo para el año alcancen los $2,400

Usted permanece en la etapa de cobertura inicial hasta que sus gastos de bolsillo totales alcancen $2,400. A continuación, pasa a la Etapa de cobertura catastrófica.

La *EOB de la Parte D* que reciba le ayudará a hacer un seguimiento de cuánto han gastado usted, nuestro plan y terceros en su nombre durante el año. No todos los miembros alcanzarán el $2,400 límite de gastos de bolsillo en un año.

Le avisaremos si alcanza esta cantidad. Consulte la sección 1.3 para obtener más información sobre cómo calcula Medicare los gastos de bolsillo.

SECCIÓN 6 La Etapa de cobertura catastrófica

En la Etapa de cobertura catastrófica, no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D. Entra en la Etapa de cobertura catastrófica cuando sus gastos de bolsillo alcanzan el límite de $2,400 para el año calendario. Una vez que se encuentre en la Etapa de cobertura catastrófica, permanecerá en esta fase de pago hasta el final del año calendario.

- Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D.

SECCIÓN 7 Cuánto paga por las vacunas de la Parte D

Mensaje importante sobre lo que usted paga por las vacunas: algunas vacunas se consideran beneficios médicos y están cubiertas por la Parte B. Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas en nuestra lista de medicamentos. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos sin costo para usted. Consulte la Lista de medicamentos del plan o comuníquese con Servicio al Cliente al 1-855-562-8853 (los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 711) para obtener información sobre la cobertura y el costo compartido de vacunas específicas.

Hay 2 partes en nuestra cobertura de las vacunas de la Parte D:

- La primera parte es el costo de **la vacuna en sí**.
- La segunda parte es para el costo de **administrarle la vacuna**. (A veces se le denomina colocación de la vacuna).

Los costos de una vacuna de la Parte D dependen de 3 cosas:

1. **Determinar si la vacuna es recomendada para adultos por una organización llamada Comité Asesor o Prácticas de Inmunización (Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP).**
   - La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos están recomendadas por el ACIP y no le cuestan nada.
2. **Dónde obtiene la vacuna.**

- La vacuna en sí puede ser dispensada por una farmacia o proporcionada por el consultorio del médico.

3. Quién le administra la vacuna.

- Un farmacéutico u otro proveedor puede administrarle la vacuna en la farmacia. También se puede administrar en el consultorio del médico.

Lo que pague en el momento de recibir la vacuna de la Parte D puede variar en función de las circunstancias y de la **fase de pago de medicamentos** en la que se encuentre.

- Cuando reciba una vacuna, es posible que tenga que pagar el costo total tanto de la vacuna en sí como del costo del proveedor que se la administre. Puede solicitarle a nuestro plan que le devuelva la parte que le corresponde pagar del costo. En el caso de la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, esto significa que se le reembolsará el costo total que haya pagado.
- En otras ocasiones, cuando se vacuna, solo paga la parte del costo que le corresponde según su beneficio de la Parte D. En el caso de la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, usted no paga nada.

A continuación encontrará 3 ejemplos de formas de vacunarse de la Parte D.

Situación 1: Recibe la vacuna de la Parte D en la farmacia de la red. (Tener esta opción o no depende de dónde viva usted. Algunos estados no permiten que las farmacias aplique ciertas vacunas).

- En el caso de la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, usted no paga nada.
- Para otras vacunas de la Parte D, usted deberá pagarle a la farmacia el copago por la vacuna en sí, que incluye el costo de la administración de la vacuna.
- Nuestro plan pagará el resto de los costos.

Situación 2: Usted recibe la vacuna de la Parte D en el consultorio de su médico.

- Cuando reciba la vacuna, es posible que tenga que pagar el costo total de la vacuna en sí y el costo del proveedor que se la administre.
- Entonces, puede solicitarle a nuestro plan que le pague la parte que nos corresponde del costo a través de los procedimientos descritos en el Capítulo 7.
- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, se le reembolsará el monto total que haya pagado. Para otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará el monto que ha pagado menos cualquier copago por la vacuna (incluida su administración).

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

- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, no paga nada por la vacuna en sí.
- Para otras vacunas de la Parte D, usted deberá pagarle a la farmacia el copago por la vacuna en sí.
- Cuando su médico le administre la vacuna, es posible que deba pagar el costo total de este servicio.
- Entonces, puede solicitarle a nuestro plan que le pague la parte que nos corresponde del costo a través de los procedimientos descritos en el Capítulo 7.
- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, se le reembolsará el monto total que haya pagado. Para otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará la cantidad que pagó menos cualquier coseguro por la administración de la vacuna.

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

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe solicitarnos que paguemos nuestra parte correspondiente por los servicios o medicamentos cubiertos

A veces, cuando recibe atención médica o un medicamento con receta, es posible que deba pagar el costo total. Otras veces, puede ocurrir que pague más de lo previsto según las normas de cobertura de nuestro plan o que reciba una factura de un proveedor. En estos casos, puede solicitar a nuestro plan que se lo devuelva (reembolse). Es su derecho a que nuestro plan le devuelva el dinero siempre que haya pagado más de lo que le corresponde por los servicios médicos o medicamentos cubiertos por nuestro plan. Puede haber plazos que deba cumplir para que le devuelvan el dinero. Consulte la sección 2 de este capítulo.

También puede haber ocasiones en las que reciba una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que recibió o por más de su parte del costo compartido. Primero, intente resolver el tema de la factura con el proveedor. Si eso no funciona, envíenos la factura en lugar de pagarla. Revisaremos la factura y decidiremos si los servicios deben estar cubiertos. Si decidimos que deben estar cubiertos, le pagaremos directamente al proveedor. Si decidimos no pagarlo, le notificaremos al proveedor. Nunca debe pagar más que los costos compartidos permitidos por el plan. Si se contrata a este proveedor, todavía tiene derecho al tratamiento.

Ejemplos de situaciones en las que puede tener que pedir a nuestro plan que le reembolse o pague una factura que ha recibido:

1. **Cuando haya recibido atención médica de emergencia o de urgencia de parte de un proveedor que no pertenece a la red del plan**

   Fuera del área de servicio, puede obtener servicios de urgencia de cualquier proveedor, pertenezca o no a nuestra red. En estos casos,

   - Usted solo es responsable de pagar su parte del costo de los servicios de urgencia o emergencia. Los proveedores de emergencia están legalmente obligados a brindar atención de emergencia.
   - Si paga usted mismo la totalidad del importe en el momento de recibir la asistencia, solicítenos que le reembolsemos nuestra parte del costo. Envíenos la factura, junto con la documentación de los pagos que haya realizado.

- Es posible que reciba una factura del proveedor solicitándole un pago que usted cree que no debe. Envíenos esta factura, junto con la documentación de cualquier pagos que ya haya realizado.
  - Si se le debe algo al proveedor, le pagaremos directamente.
  - Si ya pagó más de su parte del costo del servicio, determinaremos cuánto debía y le reembolsaremos nuestra parte del costo.

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

Los proveedores de la red siempre deben facturar directamente a nuestro plan y pedirle solo su parte del costo. Pero a veces cometen errores y le piden que pague más de lo que le corresponde.

- Usted solo tiene que pagar el monto del costo compartido cuando recibe servicios cubiertos. No permitimos que los proveedores añadan cargos adicionales por separado, lo que se denomina **facturación de saldo**. Esta protección (que usted nunca pague más del importe de su participación en los gastos) se aplica incluso si pagamos al proveedor menos de lo que éste cobra por un servicio e incluso si hay una disputa y no pagamos determinados gastos del proveedor.
- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red que crea que es más de lo que debería pagar, envíenos la factura. Nos pondremos en contacto directamente con el proveedor y resolveremos el problema de facturación.
- Si ya ha pagado una factura a un proveedor de la red, pero cree que ha pagado demasiado, envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya efectuado y solicítenos que le devolvamos la diferencia entre el importe que ha pagado y el que le corresponde según nuestro plan.

3. Si usted se ha inscrito en el plan de forma retroactiva

A veces la inscripción de una persona en nuestro plan es retroactiva. (Esto significa que el primer día de la inscripción ya había pasado. La fecha de inscripción puede haber ocurrido incluso 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 de los costos. Debe presentar la documentación necesaria, como recibos y facturas, para que podamos tramitar el reembolso.

4. Cuando usa una farmacia fuera de la red para adquirir sus medicamentos con receta

Si acude a una farmacia fuera de la red, es posible que la farmacia no pueda presentarnos la reclamación directamente. Cuando eso ocurra, tiene que pagar el costo completo de su receta.

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 del miembro. Consulte el capítulo 5, sección 2.5 para conocer estas

circunstancias. Es posible que no le devolvamos la diferencia entre lo que pagó por el medicamento en la farmacia fuera de la red y lo que pagaríamos en una farmacia de la red.

5. Cuando paga el costo total de un medicamento con receta porque no lleva consigo la tarjeta de membresía de nuestro plan

Si no tiene la tarjeta de miembro del plan, puede pedirle a la farmacia que llame al plan o que busque información sobre la inscripción en el plan. Si la farmacia no puede obtener la información de inscripción que necesita de inmediato, es posible que tenga que pagar usted mismo el costo total de la receta.

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso de la parte que nos corresponde del costo. Es posible que no le reembolsemos el costo total que pagó si el precio en efectivo que pagó es superior a nuestro precio negociado para la receta.

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

Es posible que deba pagar el costo total de la receta si descubre que el medicamento no está cubierto por algún motivo.

- Por ejemplo, es posible que el medicamento no figure en la Lista de medicamentos de nuestro plan o que tenga un requisito o restricción que usted no conocía o que considera que no debería aplicarse en su caso. 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 de la parte que nos corresponde del costo. En algunas situaciones, es posible que necesitemos obtener más información de su médico para reembolsarle nuestra parte del costo. Es posible que no le reembolsemos el costo total que pagó si el precio en efectivo que pagó es superior a nuestro precio negociado para la receta.

Cuando nos envíe una solicitud de pago, revisaremos su solicitud y decidiremos si el servicio o medicamento debe estar cubierto. Esto se llama tomar una **decisión de cobertura**. Si decidimos que debe cubrirse, pagaremos nuestra parte del costo del servicio o del medicamento. Si rechazamos su solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión. El capítulo 9 contiene información sobre cómo presentar un recurso de apelación.

SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos que le realicemos un reembolso o paguemos una factura que recibió

Para pedirnos que le devolvamos el dinero, puede llamarnos o enviarnos una solicitud por escrito. Si envía una solicitud por escrito, envíenos su factura y la documentación de cualquier pago que haya realizado. Le recomendamos que haga una copia de sus facturas y recibos a modo de registro. **Debe presentarnos su reclamo en el plazo de un año** a partir de la fecha en que recibió el servicio, el artículo o el medicamento.

Para asegurarse de habernos brindado toda la información necesaria para que tomemos una decisión, puede completar nuestro formulario de reclamo a fin de realizar su solicitud de pago.

- No es necesario utilizar el formulario, pero nos ayudará a procesar la información más rápido.

- Descargue una copia del formulario de nuestro sitio web (sharpmedicareadvantage.com/members/forms-authorizations-resources) o llame a Servicio al Cliente al 1-855-562-8853 (los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 711) para solicitarlo.

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

Por medicamentos con receta de Medicare Parte D:	**Atención médica:**
Attn: Medicare Part D Paper Claim- CVS Caremark P.O. Box 52066 Phoenix, AZ 85072-2066	Sharp Health Plan: Attn: Claims Research 8520 Tech Way, Ste. 200 San Diego, CA 92123

SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y le comunicaremos si fue aprobada o no

Cuando recibamos su solicitud de pago, le informaremos si necesitamos información adicional. De lo contrario, consideraremos su solicitud y tomaremos una decisión de cobertura.

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento está cubierto y usted siguió todas las reglas, pagaremos nuestra parte del costo. Es posible que nuestra parte del costo no sea el monto total que usted pagó (por ejemplo, si adquirió un medicamento en una farmacia fuera de la red o si el precio en efectivo que pagó por un medicamento es superior a nuestro precio negociado). Si ya pagó por el servicio o el medicamento, le enviaremos el reembolso de nuestra parte del costo. Si aún no ha pagado por el servicio o el medicamento, enviaremos el pago directamente al proveedor.
- Si decidimos que la atención médica o el medicamento *no* están cubiertos, o que usted *no* cumplió todas las normas, no pagaremos nuestra parte del costo. Le enviaremos una carta explicándole las razones por las que no le enviamos el pago y su derecho a apelar esa decisión.

Sección 3.1 Si le informamos que no pagaremos la totalidad o una parte de la atención médica o del medicamento, puede presentar una apelación

Si cree que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago o que el monto que decidimos pagar no es el correcto, puede apelar. Si apela, significa que nos pide que cambiemos la decisión que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago. El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Para obtener más detalles sobre cómo presentar este recurso, consulte el capítulo 9.

CAPÍTULO 8: Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y la sensibilidad cultural

Section 1.1 Debemos brindar información en un formato que sea adecuado para usted y que sea coherente con su sensibilidad cultural (en español y en letra grande)

Nuestro plan debe garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se brinden de una manera culturalmente competente y sean accesibles para todas las personas inscritas, incluidas aquellas con dominio limitado del inglés, habilidades de lectura limitadas o incapacidad auditiva, o aquellas con diversos orígenes culturales y étnicos. Estos son algunos ejemplos de cómo en el plan se cumplen estos requisitos de accesibilidad, entre otros: prestación de servicios de traducción, servicios de interpretación, teletipos o conexión a servicios de TTY (teléfono de texto o teletipo).

Nuestro plan cuenta con servicios de intérpretes gratuitos disponibles para responder las preguntas de los miembros que no hablan inglés. *El plan también puede brindarle material escrito en español*. Además, podemos proporcionarle información en braille, en letra grande o en otros formatos alternativos sin cargo, si lo necesita. Tenemos la obligación de brindarle información sobre los beneficios del plan de la manera más accesible y adecuada para usted. Para recibir información en el formato más conveniente, llame a Servicio al Cliente al 1-855-562-8853 (los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 711).

En nuestro plan, tenemos la obligación de darles a las mujeres inscritas la opción de acceso directo a un especialista en salud de la mujer dentro de la red para obtener servicios de atención de salud preventiva y de rutina para mujeres.

Si no hay especialistas disponibles en la red del plan, tenemos la responsabilidad de encontrar especialistas fuera de la red que le brinden la atención necesaria. En este caso, usted solo pagará el costo compartido dentro de la red. Si se encuentra en una situación en la que no hay especialistas en la red del plan que cubran el servicio que necesita, llame al plan para obtener información sobre dónde ir para recibir dicho servicio con el mismo costo compartido que pagaría dentro de la red.

Si tiene dificultades para obtener información de nuestra parte en un formato que sea accesible y adecuado para usted, consultar a un especialista en salud de la mujer o encontrar un especialista de la red, llame a Servicio al Cliente, al 1-855-562-8853 (los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 711). También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

Sección 1.1 We must provide information in a way that works for you and consistent with your cultural sensitivities (Spanish and large print)

Our plan is required to ensure that all services, Ambos 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 our plan can meet these accessibility requirements include but aren't limited to provision of translator services, interpreter services, teletypewriters, or TTY (text telephone or teletypewriter phone) connection.

Our plan has free interpreter services available to answer questions from non-English speaking members. *Our plan can also provide written material in Spanish*. We can also give you information in braille, in large print, or other alternate formats at no cost if you need it. We're required to give you information about our plan's benefits in a format that's accessible and appropriate for you. To get information from us in a way that works for you, call Customer Care at 1-855-562-8853 (TTY users call 711).

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.

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

If you have any trouble getting information from our plan in a format that's accessible and appropriate for you, seeing a women's health specialist or finding a network specialist, call to file a grievance with our Customer Care at 1-855-562-8853 (TTY users call 711). You can 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.

Sección 1.2 Debemos garantizarle el acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos

Tiene derecho a elegir un médico primario (primary care provider, PCP) de la red de nuestro plan para que le preste y organice los servicios cubiertos. También tiene derecho a acudir a un especialista en salud femenina (como un ginecólogo) sin necesidad de una referencia.

Tiene derecho a obtener citas y servicios cubiertos de la red de proveedores de nuestro plan *en 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 en un plazo razonable, el capítulo 9 le indica lo que puede hacer.

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

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

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

Debemos proteger la privacidad de su información de salud personal

- Nos aseguramos de que personas no autorizadas no vean ni cambien sus registros.
- Excepto en las situaciones mencionadas a continuación, si tenemos la intención de suministrarle su información de salud a otra persona que no le brinda atención ni paga por ella, *tenemos la obligación de pedirle a usted, o a alguien que tenga la facultad legal de tomar decisiones por usted, su autorización por escrito antes de hacerlo*.
- Existen ciertas excepciones que no requieren que obtengamos su permiso por escrito primero. Estas excepciones están permitidas o son exigidas por la ley.
    - Estamos obligados a facilitar información médica a los organismos públicos que controlan la calidad de la atención.
    - Como usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, estamos obligados a facilitar a Medicare sus datos médicos, incluida la información sobre sus medicamentos de la Parte D. Si Medicare divulga su información para investigación u otros usos, esto se hará de acuerdo con las leyes y reglamentaciones federales; por lo general, esto requiere que no se comparta la información que lo identifica de manera única.

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

Usted tiene el derecho de revisar sus registros médicos guardados por nuestro plan y de obtener una copia de sus registros. Estamos autorizados a cobrarle una tarifa por las copias. También tiene derecho a pedirnos que agreguemos información o corrijamos sus registros médicos. Si nos pide que lo hagamos, trabajaremos con su proveedor de asistencia médica para decidir si deben hacerse los cambios.

Tiene derecho a saber cómo se ha compartido su información médica con otras personas para fines que no sean rutinarios.

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su información personal de salud, llame a Servicio al Cliente al 1-855-562-8853 (los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 711).

Sección 1.4 Debemos facilitarle información sobre nuestro plan, nuestra red de proveedores y los servicios cubiertos

Como miembro del plan, tiene derecho a que le brindemos diferentes tipos de información.

Si quiere que le brindemos alguno de los diferentes tipos de información, llame a Servicio al Cliente al 1-855-562-8853 (los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 711):

- **Información sobre nuestro plan**. Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera de nuestro plan.
- **Información sobre los proveedores y las farmacias de nuestra red.** Tiene derecho a obtener información sobre las calificaciones de los proveedores y las farmacias de nuestra red y cómo les pagamos a los proveedores de nuestra red.
- **Información acerca de su cobertura y las normas que debe seguir para usarla.** Los Capítulos 3 y 4 brindan información sobre los servicios médicos. Los capítulos 5 y 6 proporcionan información sobre la cobertura de medicamentos 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 encontrará información sobre cómo solicitar una explicación por escrito de por qué no está cubierto un servicio médico o un medicamento de la Parte D o si su cobertura está restringida. El Capítulo 9 también proporciona información sobre cómo pedirnos que cambiemos una decisión, lo que también se denomina apelación.

Sección 1.5 Tiene derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a 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 y sus opciones de tratamiento *de una manera que usted pueda comprender*.

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

- **Para conocer todas sus opciones.** Tiene derecho a que le informemos de todas las opciones de tratamiento recomendadas para su enfermedad, independientemente de su costo o de si están cubiertas por nuestro plan. También incluye la información sobre los programas que nuestro plan ofrece para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos y usarlos de forma segura.
- **Saber acerca de los riesgos.** Usted tiene el derecho a que se le informe sobre los riesgos involucrados en su atención médica. Se le debe informar por adelantado si alguna atención médica o tratamiento propuesto es parte de un experimento de investigación. Usted siempre tiene la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.
- **El derecho a decir “no”.** Tiene derecho a 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. Si rechaza el tratamiento o deja de tomar la medicación, acepta toda la responsabilidad de lo que le ocurra a su cuerpo como consecuencia de ello.

Tiene derecho a dar instrucciones sobre lo que debe hacerse si no puede tomar decisiones médicas por sí mismo.

A veces, las personas no pueden tomar decisiones sobre su atención médica por sí solas a causa de algún accidente o enfermedad grave. Tiene derecho a decir lo que quiere que ocurra si se encuentra en esta situación. Esto significa que, *si quiere*, puede:

- Completar un formulario por escrito para otorgarle a **alguien la autoridad legal para tomar decisiones médicas por usted** en caso de que alguna vez no tenga la capacidad de tomar decisiones por sí mismo.
- **Darles a sus médicos instrucciones por escrito** acerca de cómo desea que manejen su atención médica en caso de que no tenga la capacidad para tomar decisiones por sí mismo.

Los documentos legales que puede utilizar para dar instrucciones por adelantado en estas situaciones se denominan **instrucciones anticipadas**. Documentos como un **testamento vital** y un **poder notarial para la atención médica** son ejemplos de voluntades anticipadas.

Cómo establecer un documento de instrucciones anticipadas para dar indicaciones:

- **Obtenga un formulario.** Puede obtener un formulario de voluntades anticipadas de su abogado, de un trabajador social o de algunas tiendas de material de oficina. A veces se pueden obtener formularios de instrucciones anticipadas de organizaciones que ofrecen información sobre Medicare.
- **Rellene el formulario y fírmelo.** Independientemente de dónde obtenga este formulario, se trata de un documento legal. Considere la posibilidad de que un abogado le ayude a prepararlo.
- **Entregue copias del formulario a las personas adecuadas.** Entregue una copia del formulario a su médico y a la persona que nombre en el formulario que pueda tomar decisiones por usted si usted no puede. Puede darles copias a algunos amigos cercanos o miembros de la familia. Guarde una copia en casa.

Si sabe con anticipación que va a ser hospitalizado y ha firmado un formulario de instrucciones anticipadas, **lleve una copia al hospital**.

- El hospital le preguntará si ha firmado un formulario de instrucciones anticipadas y si lo lleva consigo.
- Si no ha firmado un formulario de instrucciones anticipadas, el hospital dispone de formularios y le preguntará si desea firmar uno.

Completar un documento de instrucciones anticipadas es decisión suya (incluso si quiere firmarlo si está en el hospital). Según la ley, nadie puede negarle asistencia ni discriminarle por haber firmado o no un documento de instrucciones anticipadas.

Si no se siguen sus instrucciones

Si ha firmado un formulario de instrucciones anticipadas y cree que un médico u hospital no siguió las indicaciones estipuladas en este, puede presentar una queja a Livanta, LLC BFCC-QIO Program, 10820 Guilford Road, Suite 202, Annapolis Junction, MD 20701; teléfono: 1-877-588-1123.

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

Si tiene algún problema, duda o queja y necesita solicitar cobertura o presentar un recurso, en el capítulo 9 de este documento se indica lo que puede hacer. Haga lo que haga, ya sea solicitar una decisión de cobertura, presentar una apelación o una queja, **estamos obligados a tratarlo de manera justa**.

Sección 1.7 Si cree que se lo trata injustamente o que no se respetan sus derechos

Si cree que se le ha tratado injustamente o que no se han respetado sus derechos por motivos de raza, discapacidad, religión, sexo, salud, etnia, credo (creencias), edad o nacionalidad, llame a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697), o llame a la Oficina de Derechos Civiles de su localidad.

Si cree que ha sido tratado injustamente o que no se han respetado sus derechos, *y* no se trata de un caso de discriminación, puede obtener ayuda para resolver el problema que tiene en los siguientes lugares:

- **Llame al Servicio al Cliente al 1-855-562-8853 (los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 711).**
- **Comuníquese con el SHIP local** (Programa de Orientación y Defensa sobre Seguros de Salud [HICAP] de California) al 1-858-565-1392 (los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 711).
- **Llame a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048)

Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos

Obtenga más información sobre sus derechos en estos lugares:

- **Llame al Servicio al Cliente de nuestro plan al 1-855-562-8853 (los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 711)**
- **Comuníquese con el SHIP local** (Programa de Orientación y Defensa sobre Seguros de Salud [HICAP] de California) al 1-858-565-1392 (los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 711).

- **Contacta a Medicare**
  - Visite Medicare.gov para leer la publicación Derechos y protecciones de Medicare (disponible en: Derechos y protecciones de Medicare)
  - Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY llaman al 1-877-486-2048).

SECCIÓN 2 Sus responsabilidades como miembro de nuestro plan

A continuación se enumeran las cosas que debe hacer como miembro de nuestro plan. Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente al 1-855-562-8853 (los usuarios de los servicios de TTY deben llamar al 711).

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las normas que debe seguir para obtenerlos.** Utilice esta *Evidencia de Cobertura* para conocer qué se cubre y las reglas que debe seguir para obtener los servicios cubiertos.
  - Los capítulos 3 y 4 proporcionan información detallada sobre los servicios médicos.
  - Los capítulos 5 y 6 proporcionan detalles sobre la cobertura de medicamentos de la Parte D.
- **Si tiene otra cobertura médica o cobertura de medicamentos además de nuestro plan, debe informarnos al respecto.** El Capítulo 1 le informa sobre la coordinación de estos beneficios.
- **Informe a su médico y a otros proveedores de atención médica que está inscrito en nuestro plan.** Muestre nuestra tarjeta de miembro del plan cada vez que reciba atención médica o medicamentos de la Parte D.
- **Colabore con sus médicos y otros proveedores para que puedan ayudarlo. Bríndeles información, hágales preguntas y siga las instrucciones relacionadas con su atención.**
  - Para ayudar a obtener la mejor atención, informe a sus médicos y otros proveedores de salud acerca de sus problemas de salud. Siga los planes de tratamiento y las instrucciones que acuerde con sus médicos.
  - Asegúrese de que sus médicos conozcan todos los medicamentos que está tomando, incluidos los medicamentos de venta sin receta, las vitaminas y los suplementos.
  - Si tiene alguna pregunta, asegúrate de hacerla y obtener una respuesta que pueda entender.
- **Sea considerado.** Esperamos que nuestros miembros respeten los derechos de los demás pacientes. También esperamos que usted actúe de una manera que contribuya al buen funcionamiento del consultorio de su médico, de los hospitales y otras oficinas.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de los siguientes pagos:

  - Debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare para seguir siendo miembro de nuestro plan.
  - Para la mayoría de los servicios médicos o medicamentos cubiertos por nuestro plan, usted debe pagar su parte del costo cuando reciba el servicio o el medicamento.
  - Si se le exige pagar una multa por inscripción tardía, deberá pagarla para mantener su cobertura de medicamentos.
  - Si debe pagar el monto adicional por la Parte D debido a sus ingresos anuales, debe continuar pagando el monto adicional directamente al gobierno para seguir siendo miembro de nuestro plan.

- **Incluso si se muda *dentro* de la zona de servicio de nuestro plan, necesitamos estar al tanto de esto** para mantener actualizado el historial de miembro y saber cómo comunicarnos con usted.
- **Si se muda *fuera* de nuestra zona de servicio de planes, no puede seguir siendo miembro de nuestro plan.**
- **Si se muda, comuníquelo al Seguro Social (o a la Junta de Jubilación Ferroviaria).**

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

SECCIÓN 1 Qué debe hacer si tiene un problema o una inquietud

En este capítulo se explican 2 tipos de procesos para gestionar problemas y preocupaciones:

- Para algunos problemas, debe usar el **proceso para decisión de cobertura y apelaciones**.
- Para otros problemas, debe utilizar el **proceso de presentación de quejas** (también llamado reclamación).

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

La información de este capítulo lo ayudará a identificar el proceso adecuado que debe utilizar y qué hacer.

Sección 1.1 Términos legales

Existe terminología de los términos legales para algunas de las normas, procedimientos y tipos de plazos que se explican en este capítulo. Muchos de estos términos son desconocidos para la mayoría de la gente. Para facilitar la comprensión, en este capítulo se utilizan palabras más familiares en lugar de algunos términos legales.

Sin embargo, a veces es importante conocer los términos legales correctos. Para ayudarle a saber qué términos utilizar para obtener la ayuda o información adecuada, incluimos estos términos legales cuando proporcionamos detalles para manejar situaciones específicas.

SECCIÓN 2 ¿Dónde obtener más información y ayuda personalizada?

Siempre estamos disponibles para ayudarle. Incluso si tiene una queja sobre el trato que le hemos dado, estamos obligados a respetar su derecho a quejarse. Siempre que necesite ayuda, llame a Servicio al Cliente al 1-855-562-8853 (los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 711). En algunas situaciones, es posible que también desee ayuda u orientación de alguien que no esté relacionado con nosotros. Dos organizaciones que pueden ayudarle son:

Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (SHIP).

Cada estado tiene un programa gubernamental con consejeros capacitados. El programa no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los consejeros de este programa pueden ayudarle a comprender qué proceso debe utilizar para resolver su problema. También pueden responder a sus preguntas, proporcionarle más información y ofrecerle orientación sobre qué hacer.

Los servicios de los asesores del HICAP son gratuitos. Encontrará números de teléfono y direcciones de sitios web en la sección 3 del capítulo 2 de este documento.

Medicare

También puede comunicarse con Medicare para obtener ayuda.

- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Visite Medicare.gov.

SECCIÓN 3 ¿Qué proceso debe utilizar para su problema?

¿Su problema o inquietud tiene que ver con sus beneficios o cobertura?

Esto incluye problemas sobre si la atención médica (artículos médicos, servicios y/o medicamentos de la Parte B) está cubierta o no, la forma en que está cubierta y problemas relacionados con el pago de la atención médica.

Sí

Consulte la **sección 4, Guía de decisión de cobertura y apelaciones.**

No

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

DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES

SECCIÓN 4 Guía de las decisiones de cobertura y apelaciones

Las decisiones de cobertura y las apelaciones se refieren a problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura de su atención médica (servicios, artículos y medicamentos de la Parte B, incluido el pago). Para simplificar, generalmente nos referimos a los artículos médicos, los servicios y los medicamentos de la Parte B de Medicare como **atención médica**. Puede utilizar la

decisión de cobertura y el proceso de apelaciones para definir si algo está cubierto o no y la forma en que lo está.

Pedir decisiones sobre cobertura antes de recibir servicios

Si desea saber si cubriremos la atención médica antes de recibirla, puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura por usted. Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre el monto que pagaremos por su atención médica. Por ejemplo, si el médico de nuestra red del plan lo deriva a un especialista médico que no pertenece a la red, esta referencia se considera una decisión de cobertura favorable, a menos que usted o su médico de la red puedan demostrar que recibió una notificación de denegación estándar para este especialista médico, o que la *Evidencia de cobertura* deje claro que el servicio derivado nunca está cubierto bajo ninguna circunstancia. Usted o su médico también pueden comunicarse con nosotros y pedir una decisión de cobertura si su médico no está seguro de si cubriremos un servicio médico específico o se niega a prestar atención médica que usted cree que necesita.

En circunstancias limitadas, una solicitud de una decisión de cobertura será rechazada, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de cuándo se rechazará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo, o si usted solicita que se retire su solicitud. Si rechazamos una solicitud de decisión de cobertura, le enviaremos un aviso explicándole por qué se rechazó la solicitud y cómo solicitar una revisión del rechazo.

Tomamos una decisión de cobertura cada vez que decidimos qué está cubierto para usted y cuánto pagamos. En algunos casos, podríamos determinar que la atención médica no está cubierta o que ha dejado de estar cubierta 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, ya sea antes o después de que reciba una prestación, y no está satisfecho, puede **apelar** la decisión. Una apelación es una forma formal de pedirnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que tomamos. En determinadas circunstancias, puede solicitar una apelación acelerada o **rápida** 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 esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que tomamos para comprobar si seguimos correctamente las reglas. Cuando completemos la revisión, le comunicaremos nuestra decisión.

En circunstancias limitadas, se desestimará una solicitud de apelación de nivel 1, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de cuándo se rechazará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo, o si usted solicita que se retire su solicitud. Si desestimamos una solicitud de apelación de nivel 1, le enviaremos un aviso explicándole por qué se desestimó la solicitud y cómo solicitar una revisión de la desestimación.

Si rechazamos total o parcialmente su apelación de nivel 1 para atención médica, su apelación pasará automáticamente a una apelación de nivel 2 realizada por una organización de revisión independiente no vinculada a nosotros.

- No necesita hacer nada para comenzar una apelación de nivel 2. Las normas de Medicare exigen que enviemos automáticamente su apelación de atención médica al nivel 2 si no estamos totalmente de acuerdo con su apelación del nivel 1.
- Vaya a la **sección 5.4** para obtener más información sobre las apelaciones de nivel 2 para atención médica.
- Las apelaciones de la parte D se analizan más en la sección 6.

Si no está satisfecho con la decisión en la apelación de nivel 2, puede continuar con los niveles adicionales de apelación (en este capítulo se explican los procesos del proceso de apelaciones de nivel 3, 4 y 5).

Sección 4.1 Cómo obtener ayuda para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

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

- **Comuníquese con Servicio al Cliente al 1-855-562-8853 (los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 711)**
- **Obtenga ayuda gratuita** del Programa de Orientación y Defensa sobre Seguros de Salud (HICAP) de California.
- **Su médico puede realizar la solicitud por usted.** Si su médico le ayuda con una apelación más allá del nivel 2, deberá ser designado como su representante. Llame a Servicio al Cliente al 1-855-562-8853 (los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 711) y solicite el *formulario de designación de representante*. (El formulario también está disponible en CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en sharpmedicareadvantage.com.)
    - Para la atención médica o los medicamentos de la Parte B, su médico puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de nivel 1 en su nombre. Si se rechaza su apelación de nivel 1, esta se enviará automáticamente al nivel 2.
    - En el caso de los medicamentos de la Parte D, su médico u otro profesional que le recete medicamentos puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de nivel 1 en su nombre. Si se rechaza su apelación de nivel 1, su médico o la persona que le recetó el medicamento puede solicitar una apelación de nivel 2.
- **Puede solicitar que alguien actúe en su nombre.** Usted puede nombrar a otra persona para que actúe en su nombre como su representante para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.

- Si quiere que un amigo, un familiar o cualquier otra persona sea su representante, llame a Servicio al Cliente al 1-855-562-8853 (los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 711) y solicite el formulario de *designación de representante*. (El formulario también está disponible en CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en sharpmedicareadvantage.com.) Este formulario le otorga permiso a una persona para que actúe en su nombre. Debe estar firmado por usted y por la persona que desea que actúe en su nombre. Usted debe darle al plan una copia del formulario firmado.
- Podemos aceptar una solicitud de apelación de un representante sin el formulario, pero no podemos completar nuestra revisión hasta que lo recibamos. Si no recibimos el formulario antes de la fecha límite para tomar una decisión sobre su apelación, su solicitud de apelación será desestimada. Si esto ocurre, le enviaremos una notificación por escrito explicándole su derecho a solicitar a la organización de revisión independiente que revise nuestra decisión de desestimar su apelación.

- **También tiene derecho a contratar a un abogado.** Puede ponerse en contacto con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado a través del colegio de abogados de su localidad u otro servicio de referencia. Hay grupos que le brindarán servicios legales gratuitos si califica. Sin embargo, **no se le exige que contrate a un abogado** para solicitar cualquier tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión.

Sección 4.2 Normas y plazos para diferentes situaciones

Hay 4 situaciones diferentes que implican que se timen decisión de cobertura y se presenten apelaciones. Cada situación tiene reglas y plazos diferentes. Damos los detalles para cada una de estas situaciones:

- **Sección 5:** Atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 6:** Medicamentos de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 7:** Cómo solicitarnos cobertura para una hospitalización más prolongada si cree que su médico le está dando el alta demasiado pronto
- **Sección 8:** Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si considera que su cobertura está por terminar demasiado pronto (*Se aplica solo a estos servicios*: atención de la salud en el hogar, atención en centro de enfermería especializada y servicios de Centro integral de rehabilitación ambulatoria).

Si no está seguro de qué información corresponde a su caso, llame a Servicio al Cliente al 1-855-562-8853 (los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 711). También puede obtener ayuda o información de su SHIP.

SECCIÓN 5 Atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Sección 5.1 Qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura de atención médica o desea que le paguemos nuestra parte del costo de su atención

Sus beneficios para la atención médica se describen en el capítulo 4 del Cuadro de beneficios médicos. En algunos casos, se aplican reglas diferentes a la solicitud de un medicamento de la Parte B. En esos casos, le explicaremos en qué se diferencian las normas para los medicamentos de la Parte B de las normas para los artículos y servicios médicos.

En esta sección se indica lo que puede hacer si se encuentra en cualquiera de las 5 situaciones siguientes:

1. No está recibiendo la atención médica que quiere, y cree que esto está cubierto por nuestro plan. **Solicite una decisión de cobertura. (Sección 5.2).**
2. Nuestro plan no aprobará la atención médica que su médico o otro médico le quiera dar, y usted cree que esta atención está cubierta por nuestro plan. **Solicite una decisión de cobertura. (Sección 5.2).**
3. Recibió atención médica que considera que debería estar cubierta por nuestro plan, pero le hemos dicho que no la pagaremos. **Presente una apelación. (Sección 5.2).**
4. Usted recibió y pagó por atención médica que cree que debería estar cubierta por nuestro plan, y desea solicitar a nuestro plan que le reembolse por esta atención. **Envíenos la factura. (Sección 5.2).**
5. Le han informado de que la cobertura de ciertos cuidados médicos que ha estado recibiendo y que habíamos aprobado previamente se reducirá o se suspenderá, y usted cree que reducir o suspender estos cuidados podría perjudicar su salud. **Presente una apelación. (Sección 5.2).**

Nota: Si la cobertura que se va a interrumpir es para servicios de atención hospitalaria, cuidado de la salud en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada o en un Centro integral de rehabilitación ambulatoria (CORF), consulte las secciones 7 y 8. Se aplican normas especiales a estos tipos de atención.

Sección 5.2 Cómo solicitar una decisión de cobertura

Términos legales:

Una decisión de cobertura que afecta a su atención médica se denomina una **determinación de la organización.**

Una decisión de cobertura rápida se denomina **determinación acelerada.**

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

Una decisión de cobertura estándar se toma generalmente dentro de los 7 días calendario cuando el artículo o servicio médico está sujeto a nuestras reglas de autorización previa, 14 días calendario para todos los demás artículos y servicios médicos o 72 horas para los medicamentos de la Parte B. Por lo general, se toma una decisión de cobertura rápida dentro de las 72 horas para los servicios médicos o dentro de las 24 horas para los medicamentos de la Parte B. Para obtener una decisión rápida sobre la decisión de cobertura, debe cumplir 2 requisitos:

- Solo puede *solicitar* cobertura para artículos y/o servicios médicos (no solicitudes de pago por artículos y/o servicios que ya haya recibido).
- Solo podrá obtener una decisión rápida sobre la cobertura *solo* si el uso de los plazos estándar podría causar un daño grave a su salud o perjudicar su capacidad de recuperar la función.

Si su médico nos informa que su salud requiere una decisión de cobertura rápida, automáticamente aceptaremos darle una decisión de cobertura rápida.

Si solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta, sin el apoyo de su médico, decidiremos si su estado de salud requiere que le demos una decisión de cobertura rápida. Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que:

- Explica que utilizaremos los plazos estándar.
- Se explica que si su médico solicita una decisión rápida sobre la decisión de cobertura, automáticamente le daremos una decisión rápida sobre la decisión de cobertura.
- Cómo puede presentar una queja rápida sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó.

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

- Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para hacer la solicitud de que autoricemos o brindemos cobertura para la atención médica que desea. Usted o su médico o su representante pueden hacer esto. El Capítulo 2 contiene información de contacto.

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

Para las decisión de cobertura estándar, usamos los plazos estándar.

Esto significa que le daremos una respuesta en un plazo de 7 días calendario desde que recibamos su solicitud de un artículo o servicio médico sujeto a las reglas de autorización previa. Si el artículo o servicio médico solicitado no está sujeto a las reglas de autorización previa, le daremos una respuesta en un plazo de 14 días calendario tras recibir su solicitud. Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibir su solicitud.

- **No obstante,** si solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo diremos por escrito. No podemos tomarnos más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.
- Si cree que *no deberíamos* tomarnos días adicionales, puede presentar una queja rápida. Le daremos una respuesta a su queja tan pronto como tomemos la decisión. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso para decisión de cobertura y apelaciones. Consulte la sección 10 para obtener información sobre las quejas.)

En el caso de la Decisión de cobertura rápida usamos un marco de tiempo acelerado.

Una decisión de cobertura rápida significa que responderemos en un plazo de 72 horas si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B, le responderemos en un plazo de 24 horas.

- **No obstante,** si solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo diremos por escrito. No podemos tomarnos más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.
- Si cree que *no deberíamos* tomarnos días adicionales, puede presentar una *queja rápida*. (Consulte la sección 10 para obtener información sobre las quejas.) Le llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.
- Si nuestra respuesta es negativa a parte o a la totalidad de lo que nos ha solicitado, le enviaremos una declaración por escrito en la que le explicaremos los motivos de nuestra decisión.

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

- Si rechazamos su solicitud, usted tiene derecho a pedirnos reconsiderar la decisión mediante la presentación de una apelación. Esto significa hacer otro intento para obtener la cobertura de atención médica que quiere. Si presenta una apelación, significa que pasa al nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 5.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos legales:

Una apelación a nuestro plan sobre una decisión de cobertura médica se denomina **reconsideración del plan.**

Una apelación rápida también se denomina una **reconsideración acelerada.**

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

Por lo general, se presenta una apelación estándar dentro de los 30 días calendario o 7 días calendario para los medicamentos de la Parte B. Generalmente, una apelación rápida se realiza dentro de las 72 horas.

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre la cobertura de la atención, usted y/o su médico deben decidir si necesita una apelación rápida. Si su médico nos informa que su salud requiere una apelación rápida, le concederemos una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión de cobertura rápida en la sección 5.2.

Paso 2: Solicitar a nuestro plan una apelación o una apelación rápida.

- **Si solicita una apelación estándar, debe presentarla por escrito.** También puede solicitar una apelación llamándonos. El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Si solicita una apelación rápida, presente su apelación por escrito o llámenos.** El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Debe realizar su solicitud de apelación en el plazo de 65 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta a la decisión de cobertura. Si se vence este plazo y tiene una buena razón para haberlo dejado vencer, explique la razón por la cual se demoró su apelación cuando la presente. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Algunos ejemplos de causa justificada pueden ser una enfermedad grave que le impidió ponerse en contacto con nosotros o que le proporcionáramos información incorrecta o incompleta sobre el plazo 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 la apelación.**

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

- Cuando evaluamos su apelación, analizamos cuidadosamente toda la información. Comprobamos si seguimos todas las reglas al rechazar su solicitud.
- Recopilaremos más información si es necesario y es posible que nos pongamos en contacto con usted o con su médico.

Plazos para una apelación rápida

- Para las apelaciones rápidas, debemos darle nuestra respuesta en un plazo de **72 horas tras recibir su apelación.** Le daremos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.
    - Si solicita más tiempo, o si necesitamos más información que pueda beneficiarle, podemos tardar hasta **14 días calendario más** si su solicitud es para un artículo o

servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo diremos por escrito. No podemos tomarnos más tiempo si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.

  - Si no le damos una respuesta en 72 horas (o al final del plazo ampliado si nos tomamos días adicionales), estamos obligados a enviar automáticamente su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente. La organización independiente de revisión le notificará por escrito cuando reciba su apelación. La Sección 5.4 explica el nivel 2 del proceso de apelación.

- **Si nuestra respuesta es afirmativa a parte o a la totalidad de lo que ha solicitado,** debemos autorizar o proporcionar la cobertura que acordamos en un plazo de 72 horas tras recibir su apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa a parte o a la totalidad de lo que ha solicitado,** remitiremos automáticamente su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de nivel 2. La organización independiente de revisión le notificará por escrito cuando reciba su apelación.

Plazos para una apelación estándar

- En el caso de las apelaciones estándar, debemos darle una respuesta **en el plazo de 30 días calendario** a partir de la recepción de su apelación. Si su solicitud se refiere a un medicamento de la Parte B que aún no ha recibido, le daremos una respuesta en un plazo de **7 días calendario** a partir de la recepción de su solicitud. Le comunicaremos nuestra decisión antes si su estado de salud así lo requiere.
  - Si solicita más tiempo, o si necesitamos más información que pueda beneficiarle, podemos tardar hasta **14 días calendario más** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo diremos por escrito. No podemos tomarnos más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.
  - Si cree que no deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar una queja rápida. Cuando usted presente una queja urgente, le daremos una respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (Consulte la sección 10 de este capítulo para obtener información sobre las quejas.)
  - Si no le damos una respuesta antes de la fecha límite (o antes de que finalice el plazo ampliado), enviaremos su solicitud a una apelación de nivel 2, donde una organización de revisión independiente revisará la apelación. La organización independiente de revisión le notificará por escrito cuando reciba su apelación. La Sección 5.4 explica el nivel 2 del proceso de apelación.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a una parte o a la totalidad de lo que ha solicitado,** debemos autorizar o proporcionar la cobertura en un plazo de 30 días calendario si su solicitud es para un artículo o servicio médico, o en un plazo de **7 días calendario** si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.

- **Si nuestro plan rechaza una parte o la totalidad de su apelación,** la enviaremos automáticamente a la organización de revisión independiente para que realice una apelación de nivel 2. La organización independiente de revisión le notificará por escrito cuando reciba su apelación.

Sección 5.4 Procedimiento de apelación de Nivel 2

Término legal:

El nombre formal para la organización de revisión independiente es la **entidad de revisión independiente.** A veces se le llama el **IRE.**

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

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

- Enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. A esta información se la denomina su **archivo de caso**. **Usted tiene derecho a pedirnos una copia de su archivo de caso**.
- Usted tiene derecho a proporcionarle a la organización de revisión independiente información adicional para sustentar su apelación.
- Los revisores de la organización de revisión independiente examinarán detenidamente toda la información sobre su apelación.

Si tuvo una apelación rápida en el nivel 1, también tendrá una apelación rápida en el nivel 2.

- Para la apelación rápida, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de nivel 2 **dentro de las 72 horas** siguientes a la recepción de su apelación.
- Si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita recopilar más información que pueda beneficiarle, **puede tardar hasta 14 días calendario más.** Si toman días adicionales, le notificarán por escrito. La organización de revisión independiente no puede tomarse más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.

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

- En el caso de una apelación estándar, si su solicitud es para un artículo o servicio médico, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de nivel 2 en un plazo de **30 días calendario a partir de la fecha en que reciba su apelación.** Si su solicitud se refiere a un medicamento de la Parte B, la organización de revisión

independiente debe darle una respuesta a su apelación de nivel 2 en un plazo de **7 días calendario** a partir de la recepción de su apelación.

- Si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita recopilar más información que pueda beneficiarle, **puede tardar hasta 14 días naturales más**. Si toman días adicionales, le notificarán por escrito. La organización de revisión independiente no puede tomarse más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.

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 aprueba parte o la totalidad de una solicitud de un artículo o servicio médico,** debemos autorizar la cobertura de la atención médica en un plazo de **72 horas** o prestar el servicio en un plazo de 14 días naturales a partir de la recepción de la decisión de la organización de revisión independiente para **las solicitudes estándar.** Para **las solicitudes urgentes,** disponemos de **72 horas** desde la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión independiente.
- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de una solicitud de un medicamento de la Parte B**, debemos autorizar o proporcionar el medicamento de la Parte B en un plazo de **72 horas** tras recibir la decisión de la organización de revisión independiente para **las solicitudes estándar.** Para las **solicitudes urgentes**, disponemos de **24 horas** desde la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión independiente.
- **Si esta organización rechaza parte o la totalidad de su apelación**, significa que está de acuerdo con nosotros en que su solicitud (o parte de ella) de cobertura de atención médica no debe aprobarse. (Esto se denomina **respaldar la decisión** o **rechazar su apelación**.) En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta que:
  - Se explica la decisión.
  - Le informa sobre su derecho a una apelación de nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de atención médica alcanza un mínimo determinado. 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

- En el proceso de apelaciones, después del nivel 3, hay 2 niveles adicionales (para un total de 5 niveles de apelación). Si desea presentar una apelación de nivel 3, los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibe después de la apelación de nivel 2.

- La apelación de nivel 3 está a cargo de un juez administrativo o un mediador. En la sección 9 se explican los procesos del proceso de apelaciones de los niveles 3, 4 y 5.

Sección 5.5 ¿Qué sucede si nos está pidiendo que le paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido en concepto de atención médica?

En el Capítulo 7, se describe cuándo puede ser necesario solicitar un reembolso o pagar una factura que haya recibido de un proveedor. También le dice cómo enviarnos la documentación que nos solicita el pago.

La solicitud de reembolso implica una decisión de cobertura de parte nuestra

Si nos envía la documentación solicitando el reembolso, estará solicitando una decisión de cobertura. Para tomar esta decisión, verificaremos si la atención médica que pagó está cubierta. También verificaremos si siguió las reglas para utilizar su cobertura para atención médica.

- **Si aceptamos su solicitud**: si la atención médica está cubierta y usted ha cumplido las normas, le enviaremos el pago de nuestra parte del costo normalmente en un plazo de 30 días naturales, pero no más tarde de 60 días calendario después de recibir su solicitud. Si no ha pagado la atención médica, le enviaremos el pago directamente al proveedor.
- **Si rechazamos su solicitud:** si la atención médica *no* está cubierta o no siguió todas las normas, no le enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta en la que le comunicaremos que no pagaremos la atención médica y le explicaremos los motivos.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar la solicitud, **puede apelar.** Si presenta una apelación, significa que nos está pidiendo que cambiemos la decisión de cobertura que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

Para presentar esta apelación, siga el proceso de apelaciones de la sección 5.3. En el caso de las apelaciones relacionadas con reembolsos, tenga en cuenta lo siguiente:

- Debemos darle una respuesta en un plazo de 60 días calendario tras recibir su reclamación. Si nos solicita que le reembolsemos la atención médica que ya recibió y pagó, no podrá solicitar una apelación rápida.
- Si la organización de revisión independiente decide que debemos pagar, debemos enviarle a usted o al proveedor el pago dentro de los 30 días calendario. Si la respuesta a su apelación es afirmativa en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del nivel 2, debemos enviarle el pago que solicitó a usted o al proveedor en un plazo de 60 días calendario.

SECCIÓN 6 Medicamentos de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Sección 6.1 Qué hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea que le reembolsemos el costo de un medicamento de la Parte D

Los beneficios incluyen la cobertura para muchos medicamento con receta. Para estar cubierto, su medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. (Consulte el

capítulo 5 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada.) Para obtener más información sobre los medicamentos, las normas, las restricciones y los costos de la Parte D, consulte los capítulos 5 y 6. **Esta sección trata solo sobre sus medicamentos de la Parte D.** Para simplificar las cosas, usaremos generalmente el término *medicamento* en el resto de esta sección, en lugar de repetir el *medicamento con receta cubierto para paciente ambulatorio* o el *medicamento de la Parte D*. También usamos el término Lista de medicamentos en lugar de *Lista de medicamentos cubiertos* o Lista de medicamentos cubiertos (Formulario).

- Si no sabe si un medicamento está cubierto o si cumple con las normas, puede preguntarnos. Algunos medicamentos requieren que obtenga nuestra aprobación antes de que lo cubramos.
- Si su farmacia le informa que no puede surtir su receta tal como está escrita, la farmacia le entregará un aviso por escrito en el que se le explicará cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.

Decisión de cobertura y apelaciones de la Parte D

Término legal:

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

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre la cantidad que pagaremos por sus medicamentos. En esta sección se explica qué puede hacer si se encuentra en alguna de las siguientes situaciones:

- Solicita la cobertura de un medicamento de la Parte D que no figura en la Lista de medicamentos de nuestro plan. **Solicite una excepción. (Sección 6.2)**
- Solicita la exención de una restricción en la cobertura de nuestro plan para un medicamento (como límites en la cantidad de medicamento que puede obtener, criterios de autorización previa o el requisito de probar primero otro medicamento). **Solicite una excepción. (Sección 6.2)**
- Solicita pagar un monto de costo compartido más bajo por un medicamento cubierto que se encuentra en un nivel de costo compartido más alto. **Solicite una excepción. (Sección 6.2)**
- Solicita una aprobación previa para un medicamento. **Solicite una decisión de cobertura. (Sección 6.4)**
- Paga un medicamento con receta que ya ha comprado. **Solicite un reembolso. (Sección 6.4)**

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

En esta sección se le indica cómo solicitar la decisión de cobertura y cómo solicitar una apelación.

Sección 6.2 Cómo solicitar una excepción

Términos legales:

Solicitar la cobertura de un medicamento que no figura en la Lista de Medicamentos es una **excepción a la lista de medicamentos cubiertos (Formulario).**

Solicitar la eliminación de una restricción en la cobertura de un medicamento es una **excepción a la lista de medicamentos cubiertos (Formulario).**

Solicitar pagar un precio más bajo por un medicamento no preferido cubierto es una **excepción al nivel de costo compartido**.

Si un medicamento no está cubierto de la forma en que le gustaría que lo estuviera, puede solicitarnos que hagamos una **excepción.** Una excepción es un tipo de decisión de cobertura.

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. Aquí hay 3 ejemplos de excepciones que usted, su médico u otro profesional que receta medicamentos pueden solicitarnos:

1. **Cobertura de un medicamento de la Parte D que no figura en nuestra Lista de medicamentos.** Si decidimos cubrir un medicamento que no está en la Lista de medicamentos, deberá pagar el monto de costo compartido que corresponda a todos nuestros medicamentos *O* a los medicamentos del nivel 4 en el caso de medicamentos de marca o genéricos. No se puede pedir una excepción al importe del costo compartido que necesitamos que pague por el medicamento cuando acordamos cubrir un medicamento que no figura en la lista de medicamentos.

2. **Eliminar una restricción de un medicamento cubierto**. El Capítulo 5 describe las normas o restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos en nuestra Lista de medicamentos. Si aceptamos hacer una excepción y renunciamos a una restricción para usted, puede solicitar una excepción al monto de costo compartido que le exigimos que pague por el medicamento.

3. **Cambiar la cobertura de un medicamento a un nivel de costo compartido más bajo.** Todos los medicamentos de nuestra Lista de medicamentos se encuentran en alguno de los seis niveles de costo compartido. En general, cuanto menor sea el número del nivel de costo compartido, menos pagará como parte del costo del medicamento.

    - Si nuestra Lista de medicamentos tiene medicamentos alternativos para tratar su afección que se encuentran en un nivel de costo compartido más bajo que el de su medicamento, puede pedirnos que cubramos su medicamento al monto de costo compartido que corresponda a los medicamentos alternativos.

    - Si el medicamento que está tomando es un producto biológico, puede solicitarnos que cubramos su medicamento a un monto de costo compartido más bajo. Este sería el nivel más bajo que contiene alternativas de productos biológicos para tratar su afección.

- Si el medicamento que está tomando es un medicamento de marca, puede pedirnos que cubramos su medicamento al monto de costo compartido que corresponde al nivel más bajo que contiene alternativas de marca para tratar su afección.
- Si el medicamento que está tomando es un medicamento genérico, puede pedirnos que cubramos su medicamento al monto de costo compartido que corresponde al nivel más bajo que contiene alternativas genéricas o de marca para tratar su afección.
- No puede solicitarnos que cambiemos el nivel de costos compartidos de ningún medicamento del nivel 5 (medicamentos de especialidad).
- Si aprobamos su solicitud de excepción al nivel de costo compartido y hay más de un nivel de costo compartido más bajo con medicamentos alternativos que no puede tomar, por lo general pagará el monto más bajo.

Sección 6.3 Aspectos importantes a considerar al solicitar excepciones

Su médico debe explicarnos las razones médicas

Su médico u otro profesional que le haya recetado el medicamento debe proporcionarnos una declaración que explique las razones médicas por las que solicita 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.

Nuestra lista de medicamentos suele incluir más de un medicamento para tratar una afección concreta. Estas posibilidades diferentes se denominan **medicamentos alternativos**. Si un medicamento alternativo fuera tan eficaz como el que solicita y no le causara más efectos secundarios u otros problemas de salud, generalmente *no* aprobaremos su solicitud de excepción. Si nos solicita una excepción al nivel de costo compartido, por lo general no aprobaremos su solicitud de excepción a menos que todos los medicamentos alternativos del nivel o niveles inferiores de nivel de costo compartido no funcionen tan bien en su caso o puedan causarle una reacción adversa u otro daño.

Podemos aceptar o rechazar su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de excepción, nuestra aprobación suele ser válida hasta el final del año de nuestro plan. Esto es válido siempre y cuando su médico continúe recetándole el medicamento, y este continúe siendo seguro y eficaz para tratar su afección.
- Si rechazamos su solicitud, puede pedir otra revisión mediante la presentación de una apelación.

Sección 6.4 Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

Término legal:

Una decisión de cobertura rápida se denomina un **determinación de cobertura acelerada.**

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

Las decisiones de cobertura estándar se toman en un plazo de **72 horas** después de que recibimos su solicitud. **Las decisiones de cobertura rápida** se toman en un plazo de **24 horas** a partir de que recibimos su solicitud.

Si su salud lo requiere, pídanos que tomemos una decisión de cobertura rápida. **Para obtener una decisión rápida sobre la decisión de cobertura, debe cumplir 2 requisitos:**

- La solicitud debe ser por un medicamento que aún no recibió. (no puede solicitar una decisión de cobertura rápida para que le reembolsen un medicamento que ya ha comprado).
- El hecho de usar los plazos estándares podría afectarle de forma grave o perjudicar su capacidad física.
- **Si su médico u otro profesional que receta medicamentos nos informa que su salud requiere una decisión de cobertura rápida, automáticamente le daremos una decisión de cobertura rápida.**
- **Si solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta, sin el apoyo de su médico o prescriptor, decidiremos si su estado de salud requiere que le demos una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que:
  - Explica que utilizaremos los plazos estándar.
  - Explica que si su médico u otro profesional que receta le solicita una decisión rápida sobre la decisión de cobertura, automáticamente le daremos una decisión rápida sobre la decisión de cobertura.
  - Le informa cómo puede presentar una queja rápida sobre nuestra decisión de otorgarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó. Responderemos a su queja en un plazo de 24 horas a partir de la recepción.

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

Comience llamando, escribiendo o enviando un fax a nuestro plan para pedirnos que autoricemos o proporcionemos cobertura para la atención médica que desea. También puede acceder al proceso de decisión de cobertura a través de nuestro sitio web. Debemos aceptar todas las solicitudes presentadas por escrito, incluidas las enviadas a través del *formulario modelo de solicitud de redeterminación de los CMS*. Dicho formulario se encuentra disponible en nuestro sitio web (sharpmedicareadvantage.com/members/forms-authorizations-resources). El Capítulo 2

contiene información de contacto. Para ayudarnos a tramitar su solicitud, incluya su nombre, información de contacto e información que indique qué reclamo denegado se está apelando.

Usted o su médico o su representante pueden hacer esto. También puede contratar a un abogado para que actúe en su nombre. En la sección 4 se explica cómo puede otorgar permiso por escrito a otra persona para que actúe como su representante.

- **Si solicita una excepción, presente la declaración de respaldo** en la que se exponen los motivos médicos de la excepción. Su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden enviarnos la declaración por fax o correo. O bien, su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden llamarnos por teléfono y hacer un seguimiento mediante el envío de la declaración escrita, ya sea por fax o por correo, si fuera necesario.

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

Plazos para una decisión de cobertura rápida

- Por lo general, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 24 horas** tras recibir su solicitud.
  - En caso de excepciones, le daremos nuestra respuesta en un plazo de 24 horas tras recibir la declaración justificativa de su médico. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.
  - Si no cumplimos este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente. Le informaremos por escrito si su solicitud se ha enviado a la organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos conceder su pedido de manera parcial o total,** debemos proporcionarle la cobertura acordada dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de su solicitud o de la declaración médica que respalda su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es negativa a parte o a la totalidad de lo que nos ha solicitado,** le enviaremos una declaración por escrito en la que le explicaremos los motivos de nuestra decisión. También le informaremos sobre cómo puede apelar.

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

- Por lo general, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 72 horas** tras recibir su solicitud.
  - En caso de excepciones, le daremos nuestra respuesta en un plazo de 72 horas tras recibir la declaración justificativa de su médico. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.
  - Si no cumplimos este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente. Le informaremos por escrito si su solicitud se ha enviado a la organización de revisión independiente.

- **Si aceptamos conceder su pedido de manera parcial o total,** debemos **proporcionarle la cobertura** que acordada **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de su solicitud o de la declaración médica que respalda su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es negativa a parte o a la totalidad de lo que nos ha solicitado**, le enviaremos una declaración por escrito en la que le explicaremos los motivos de nuestra decisión. También le informaremos sobre cómo puede apelar.

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

- Debemos darle nuestra respuesta en un plazo de **14 días calendario** tras recibir su solicitud.
  - Si no cumplimos este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente. Le informaremos por escrito si su solicitud se ha enviado a la organización de revisión independiente.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a parte o a la totalidad de lo que ha solicitado,** también estamos obligados a realizar el pago en un plazo de 14 días calendario a partir de la recepción de su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es negativa a parte o a la totalidad de lo que nos ha solicitado**, le enviaremos una declaración por escrito en la que le explicaremos los motivos de nuestra decisión. También le informaremos sobre cómo puede apelar.

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

- Si rechazamos su solicitud, usted tiene derecho a pedirnos reconsiderar la decisión mediante la presentación de una apelación. Esto significa hacer otro intento para obtener la cobertura de medicamento que quiere. Si presenta una apelación, significa que pasará al nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 6.5 Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos legales:

Una apelación a nuestro plan sobre una decisión de cobertura de medicamentos de la Parte D se denomina redeterminación del plan **redeterminación.**

Una apelación rápida se llama una **redeterminación acelerada.**

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

Generalmente, una apelación estándar se realiza dentro de los 7 días calendario. Generalmente, una apelación rápida se realiza dentro de las 72 horas. Si su salud lo requiere, pídanos una apelación rápida.

- Si está apelando una decisión que hemos tomado sobre un medicamento que aún no ha recibido, usted y su médico u otro profesional que le recete medicamentos tendrán que decidir si necesita una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión de cobertura rápida que aparecen en la Sección 6.4 de este capítulo.

Paso 2: Usted, su representante, su médico u otra persona autorizada a dar recetas debe contactarse con nosotros y presentar una apelación de nivel 1. Si su salud exige una respuesta rápida, debe solicitar una apelación rápida.

- **En el caso de las apelaciones estándar, envíe una solicitud por escrito** o llámenos. El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Para apelaciones rápidas, envíe su apelación por escrito o llámenos al** (1-855-562-8853). El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Debemos aceptar todas las solicitudes presentadas por escrito,** incluidas las enviadas a través del *formulario modelo de solicitud de determinación de cobertura de los CMS*, que se encuentra disponible en nuestro sitio web (sharpmedicareadvantage.com/members/forms-authorizations-resources). Incluya su nombre, información de contacto e información sobre su reclamación para ayudarnos a tramitar su solicitud.
- **Debe realizar su solicitud de apelación en el plazo de 65 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta a la decisión de cobertura. Si se vence este plazo y tiene una buena razón para haberlo dejado vencer, explique la razón por la cual se demoró su apelación cuando la presente. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Algunos ejemplos de causa justificada pueden ser una enfermedad grave que le impidió ponerse en contacto con nosotros o que le proporcionáramos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede pedir una copia de la información de su apelación y añadir más información.** Usted y su médico pueden agregar más información para respaldar la apelación.

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

- Cuando revisamos su apelación, volvemos a examinar cuidadosamente toda la información sobre su solicitud de cobertura. Verificamos si seguimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud. Es posible que nos comuniquemos con su médico o la persona autorizada a dar recetas para obtener más información.

Plazos para una apelación rápida

- Para las apelaciones rápidas, debemos darle nuestra respuesta en un plazo de **72 horas tras recibir su apelación.** Le daremos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.
    - Si no le damos una respuesta en un plazo de 72 horas, estamos obligados a enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente. Le informaremos por escrito si su solicitud se ha enviado a la organización de revisión independiente. La Sección 5.4 explica el nivel 2 del proceso de apelación.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a parte o a la totalidad de lo que ha solicitado,** debemos proporcionarle la cobertura acordada en un plazo de 72 horas tras recibir su apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa a parte o a la totalidad de lo que ha solicitado,** le enviaremos una declaración por escrito en la que se explicará por qué hemos dicho que no y cómo puede apelar nuestra decisión.

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

- En el caso de las apelaciones estándar, debemos darle una respuesta **en el plazo de 7 días calendario** a partir de la recepción de su apelación. Le daremos nuestra decisión antes si aún no ha recibido el medicamento y su estado de salud así lo requiere.
    - Si no le damos una decisión en un plazo de 7 días calendario, estamos obligados a enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente. Le informaremos por escrito si su solicitud se ha enviado a la organización de revisión independiente. La Sección 5.4 explica el nivel 2 del proceso de apelación.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a parte o a la totalidad de lo que ha solicitado**, debemos proporcionarle la cobertura tan pronto como lo requiera su salud, pero a más tardar **7 días calendario** después de recibir su apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa a parte o a la totalidad de lo que ha solicitado**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se explicará por qué hemos dicho que no y cómo puede apelar nuestra decisión.

Los plazos para una apelación estándar sobre el pago de un medicamento que ya compró

- Debemos darle nuestra respuesta en un plazo de **14 días calendario** tras recibir su solicitud.
    - Si no cumplimos este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente. Le informaremos por escrito si su solicitud se ha enviado a la organización de revisión independiente.

- **Si nuestra respuesta es afirmativa a parte o a la totalidad de lo que ha solicitado,** también estamos obligados a realizar el pago en un plazo de **30 días naturales** a partir de la recepción de su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es negativa a parte o a la totalidad de lo que nos ha solicitado**, le enviaremos una declaración por escrito en la que le explicaremos los motivos de nuestra decisión. También le informaremos sobre cómo puede apelar.

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

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

Sección 6.6 Cómo presentar una apelación de Nivel 2

Término legal:

El nombre formal para la organización de revisión independiente es la **entidad de revisión independiente.** A veces se le llama **IRE.**

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

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

- Si rechazamos su apelación del nivel 1, el aviso por escrito que le enviaremos incluirá **instrucciones para presentar una apelación del nivel 2** ante la organización de revisión independiente. Estas instrucciones le indicarán quién puede presentar esta apelación de nivel 2, cuáles son los plazos que debe cumplir y cómo comunicarse con la organización de revisión independiente.
- **Debe presentar su solicitud de apelación en un plazo de 65 días calendario** a partir de la fecha del aviso por escrito.
- Si no completamos nuestra revisión dentro del plazo aplicable o tomamos una decisión desfavorable sobre una **determinación de riesgo** en el marco de nuestro programa de gestión de medicamentos, enviaremos automáticamente su solicitud al IRE. Le informaremos por escrito si su solicitud se ha enviado a la organización de revisión independiente.
- Enviaremos la información sobre su apelación a la organización de revisión independiente. A esta información se la denomina su **archivo de caso. Usted tiene derecho a pedirnos una copia de su archivo de caso**.

- Usted tiene derecho a proporcionarle a la organización de revisión independiente información adicional para sustentar su apelación.

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

Los revisores de la organización de revisión independiente examinarán detenidamente toda la información sobre su apelación.

Plazos para una apelación rápida

- Si su salud lo requiere, pida una apelación rápida a la organización de revisión independiente.
- En el caso de la apelación rápida, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 en un plazo de **72 horas** después de haber recibido su solicitud.

Plazos para una apelación estándar

- En el caso de las apelaciones estándar, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de nivel 2 en un plazo de **7 días calendario** a partir de la recepción de su apelación si ésta se refiere a un medicamento que aún no ha recibido. Si nos solicita que le reembolsemos un medicamento que ya compró, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de nivel 2 **dentro de los 14 días calendario** posteriores a la recepción de su solicitud.

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

En el caso de las apelaciones rápidas:

- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de lo que ha solicitado,** debemos proporcionar la cobertura de medicamentos aprobada por la organización de revisión independiente **en un plazo de 24 horas** a partir de la recepción de la decisión de la organización de revisión independiente.

En el caso de las apelaciones estándares:

- **Si la organización independiente de revisión dice que sí a parte o a la totalidad de su solicitud de cobertura,** debemos **proporcionar la cobertura de medicamentos** que fue aprobada por la organización independiente de revisión **dentro de las 72 horas** después de recibir la decisión de la organización independiente de revisión.
- **Si la organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de su solicitud de reembolso** por un medicamento que ya compró, estamos obligados a **enviarle el pago en un plazo de 30 días calendario** a partir de la fecha en que recibamos la decisión de la organización de revisión independiente.

¿Qué pasa si la organización independiente de revisión dice que no a su apelación?

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

la decisión. También se llama **rechazar su apelación**.). En este caso, la organización independiente de revisión le enviará una carta que:

- Se explica la decisión.
- Le informa de su derecho a una apelación de nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita alcanza un determinado mínimo. Si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita es demasiado bajo, no podrá presentar otro recurso y la decisión del Nivel 2 será definitiva.
- 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.

- En el proceso de apelaciones, después del nivel 2, hay 3 niveles adicionales (para un total de 5 niveles de apelación).
- Si desea continuar con una apelación de nivel 3, los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibe después de la apelación de nivel 2.
- La apelación de nivel 3 está a cargo de un juez administrativo o un mediador. La Sección 9 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos cobertura para una hospitalización más prolongada si cree que su médico le está dando el alta demasiado pronto

Cuando le ingresan en un hospital, tiene derecho a recibir todos los servicios hospitalarios cubiertos necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Durante su estancia cubierta en el hospital, su médico y el personal del hospital trabajarán con usted para prepararle para el día en que abandone el hospital. Ayudarán a organizar el cuidado que pueda necesitar después de su salida.

- El día que deja el hospital es la **fecha del alta**.
- Cuando se haya decidido la fecha del alta, su médico o el hospital se lo comunicarán.
- Si considera que le están pidiendo que abandone el hospital demasiado pronto, puede solicitar una estancia hospitalaria más prolongada y consideraremos su solicitud.

Sección 7.1 Durante su hospitalización, Medicare le enviará una notificación por escrito en la que se le informará de sus derechos

En los 2 días calendario siguientes a su ingreso en el hospital, recibirá una notificación por escrito denominada *Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*. Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de este aviso. Si no recibe la notificación de alguien del hospital (por ejemplo, un asistente social o una enfermera), pídasela a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicio al cliente 1-855-562-8853 (los usuarios de los servicios TTY deben

llamar al 711) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

1. **Lea atentamente este aviso y consulte cualquier duda que tenga.** Se le indica lo siguiente:
   - Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su estancia en el hospital, según las indicaciones de 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 en el hospital.
   - Su derecho a **realizar la solicitud de una revisión inmediata** de la decisión de darle de alta si cree que se le da de alta del hospital demasiado pronto. Se trata de una manera formal y legal de solicitar un aplazamiento de la fecha de alta, de modo que cubramos su atención hospitalaria durante más tiempo.
2. **Se le pedirá que firme la notificación escrita para demostrar que la ha recibido y que comprende sus derechos.**
   - Se le pedirá que firme el aviso a usted o a alguien que actúe en su nombre.
   - Firmar el aviso demuestra que ha recibido la información sobre sus derechos. La notificación no indica la fecha de alta. Firmar la notificación **no significa** que esté de acuerdo con la fecha de alta.
3. **Guarde su copia** de la notificación para disponer de la información sobre cómo presentar un recurso (o comunicar una preocupación sobre la calidad de la atención) si la necesita.
   - Si firma la notificación con más de 2 días naturales de antelación a la fecha de alta, recibirá otra copia antes de que le den el alta.
   - Para revisar una copia de este aviso por anticipado, comuníquese con Servicio al Cliente al 1-855-562-8853 (los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 711) o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 1-877-486-2048). También puede consultarlo en línea, en CMS.gov/Medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

Sección 7.2 Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha de alta hospitalaria

Para pedirnos que cubramos los servicios de paciente hospitalizado durante más tiempo, utilice 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**. Llame a Servicio al Cliente al 1-855-562-8853 (los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 711) si tiene preguntas o necesita ayuda. También puede comunicarse con el Programa de Orientación y Defensa sobre Seguros de Salud de California para obtener ayuda personalizada. La información de contacto de SHIP está disponible en el capítulo 2, sección 3

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad revisa su apelación. Comprueba si su fecha prevista del alta es médicamente apropiada para usted. La **Organización para el Mejoramiento de la Calidad** es un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica a los que el gobierno federal les paga por evaluar y ayudar a mejorar la calidad de la atención que se brinda a las personas con Medicare. Esto incluye revisar las fechas del alta del hospital para las personas que tienen Medicare. Estos expertos no son parte de nuestro plan.

Paso 1: Comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado y pida una revisión inmediata de su alta del hospital. Debe actuar rápido.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- La notificación escrita que recibió (*Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*) le indica cómo ponerse en contacto con esta organización. O busque el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe rápido:

- Para presentar la apelación, debe comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad *antes* de que se vaya del hospital y **no después de la medianoche el día de su alta.**
  - **Si cumple este plazo**, puede permanecer en el hospital *después* de la fecha de alta *sin pagar por ello* mientras espera la decisión de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.
  - **Si no cumple con este plazo, comuníquese con nosotros** Si decide permanecer en el hospital después de su fecha de alta programada, *es posible que deba pagar el costo* de la atención en hospital que recibió después de dicha fecha.

Una vez que solicite una revisión inmediata de su alta hospitalaria, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se pondrá en contacto con nosotros. Antes del mediodía del día siguiente al que se haya puesto en contacto con nosotros, le entregaremos una **Notificación Detallada de Alta**. Este aviso le indica su fecha prevista del alta y le explica en detalle los motivos por los que su médico, el hospital y nosotros pensamos que es adecuado (médicamente apropiado) que reciba el alta en esa fecha.

Para obtener una muestra del **Aviso detallado de alta**, llame a Servicio al Cliente al 1-855-562-8853 (los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 711). o 1-800-MEDICARE (1-800-

633-4227). Los usuarios llaman al 1-877-486-2048.) O bien puede obtener un aviso de muestra en línea en CMS.gov/Medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

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

- Los profesionales de la salud de la Organización para el Mejoramiento 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 quiere.
- Los revisores también examinarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que nosotros y el hospital les hayamos proporcionado.
- Antes del mediodía del día siguiente al que los revisores nos informaron de su apelación, recibirá una notificación por escrito en la que se le indicará la fecha prevista del alta. Este aviso le indica su fecha prevista del alta y le explica en detalle los motivos por los que su médico, el hospital y nosotros pensamos que es adecuado (médicamente apropiado) que reciba el alta en esa fecha.

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

¿Qué sucede si la aceptan?

- Si la respuesta de la organización de revisión independiente es *afirmativa*, **debemos seguir prestándole los servicios cubiertos del paciente hospitalizado mientras sean médicamente necesarios.**
- Tendrá que seguir pagando su parte de los costos (como los deducibles o los copagos, si se aplican). Además, es posible que haya limitaciones en sus servicios hospitalarios cubiertos.

¿Qué sucede si la rechazan?

- Si la organización de revisión independiente dice que *no*, está diciendo que su fecha prevista de alta es médicamente apropiada. En caso de que esto suceda, **nuestra cobertura para los servicios hospitalarios para paciente hospitalizado finalizará** al mediodía del día *posterior* al día en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le dé su respuesta a la apelación.
- Si la organización de revisión independiente dice *no* a su apelación y usted decide quedarse en el hospital, **es posible que tenga que pagar el costo total** de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día siguiente al que la Organización para el Mejoramiento 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 el Mejoramiento de la Calidad rechaza su apelación *y* usted permanece en el hospital después de la fecha prevista del alta, puede presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que pasa al *Nivel 2* del proceso de apelaciones.

Sección 7.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha de alta hospitalaria

Durante una apelación de nivel 2, usted pide a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad que reconsidere su decisión sobre la primera apelación. Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, deberá pagar el costo total de la hospitalización con posterioridad a la fecha prevista del alta.

Paso 1: Usted se pone en contacto con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de nuevo para pedir otra revisión.

- Debe pedir esta revisión en un plazo de **60 días calendario** después del día en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechazó su apelación de Nivel *1*. Puede solicitar esta revisión únicamente si permanece en el hospital después de la fecha en que finaliza su cobertura para esa atención.

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

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad volverán a examinar detenidamente toda la información sobre su recurso.

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 independiente de revisión dice que sí:

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de la atención hospitalaria que recibió desde el mediodía del día siguiente a la fecha en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechazó su primera apelación. **Debemos seguir brindando cobertura para la atención del paciente hospitalizado 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 independiente de revisión dice que no:

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron para su apelación de Nivel 1. Esto se llama confirmar la decisión.
- La notificación que reciba le indicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión.

Paso 4: Si la respuesta es negativa, deberá decidir si desea seguir adelante con su recurso pasando al nivel 4.

- En el proceso de apelaciones, después del nivel 3, hay 2 niveles adicionales (para un total de 5 niveles de apelación). Si desea continuar con una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de su apelación de Nivel 2.

- La apelación de nivel 3 está a cargo de un juez administrativo o un mediador. La Sección 9 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo algunos servicios médicos si cree que su cobertura está terminando demasiado pronto

Cuando recibe servicios de atención médica domiciliaria, **atención de enfermería especializada o atención de rehabilitación (centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios)**, tiene derecho a seguir recibiendo los servicios de ese tipo de atención durante el tiempo que sea necesario para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Cuando decidamos que ha llegado el momento de dejar de cubrirle alguno de estos 3 tipos de asistencia, estamos obligados a comunicárselo con antelación. Cuando finalice la cobertura de esa asistencia, *dejaremos de pagar la parte que nos corresponde del costo de la misma.*

Si cree que estamos terminando la cobertura de su atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. Esta sección le indica cómo presentar una apelación.

Sección 8.1 Le informaremos con antelación cuándo finaliza su cobertura

Término legal:

Aviso de no cobertura de Medicare. Le indica cómo puede solicitar un **recurso de apelación por vía rápida.** Solicitar una apelación por vía rápida es una manera formal y legal de pedir un cambio en nuestra decisión de cobertura sobre cuándo interrumpir su atención.

1. **Usted recibe un notificación por escrito** al menos 2 días calendario antes de que nuestro plan vaya a dejar de cubrir su asistencia médica. El aviso dice lo siguiente:
   - La fecha en la que dejaremos de cubrirle los cuidados.
   - Cómo solicitar un recurso rápido para pedirnos que sigamos cubriendo su asistencia durante más tiempo.
2. **Se le pedirá a usted, o a alguien que actúe en su nombre, que firme la notificación escrita para demostrar que la ha recibido.** La firma de la notificación *solo* indica que ha recibido la información sobre cuándo finalizará su cobertura. **Firmar el documento <u>no significa</u> que esté de acuerdo** con la decisión de nuestro plan de interrumpir la asistencia.

Sección 8.2 Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante más tiempo

Si quiere pedirnos que cubramos sus cuidados durante un periodo más largo, tendrá que utilizar 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**. Llame a Servicio al Cliente al 1-855-562-8853 (los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 711) si tiene preguntas o necesita ayuda. O llame al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP) para obtener ayuda personalizada. La información de contacto de SHIP está disponible en el capítulo 2, sección 3

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad revisa su apelación. Decide si la fecha de finalización de su atención es médicamente adecuada. La **Organización para el Mejoramiento de la Calidad** es un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica a los que el gobierno federal les paga por evaluar y ayudar a mejorar la calidad de la atención que se brinda a las personas con Medicare. Esto incluye las revisiones de las decisiones del plan sobre cuándo es momento de dejar de cubrir ciertos tipos de atención médica. Estos expertos no son parte de nuestro plan.

Paso 1: Solicite su apelación de Nivel 1: comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y pida una *apelación rápida*. Debe actuar rápido. Debe actuar rápido.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso por escrito que reciba (*Notificación de no cobertura de Medicare*) le indica cómo contactar a esta organización. O busque el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe rápido:

- Debe comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad para iniciar su apelación **antes del mediodía del día antes de la fecha de entrada en vigencia** que aparece en el *Aviso de no cobertura de Medicare.* Si no cumple con el plazo y desea presentar una apelación, aún tiene derecho a apelar. Comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.
- Si se le pasa el plazo y quiere presentar un recurso, sigue teniendo derecho a apelar. Póngase en contacto con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad utilizando la información de contacto que figura en la *Notificación de no cobertura de Medicare*. En el capítulo 2 también encontrará el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado.

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

Término legal:

Explicación detallada de no cobertura. Notificación en la que se detallan los motivos de finalización de la cobertura.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización para el Mejoramiento 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 quiere.
- La organización de revisión independiente también examinará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que les facilite nuestro plan.
- Al final del día en que los revisores nos informen de su apelación, recibirá nuestra *Explicación detallada de la no cobertura*, en la que se explican detalladamente los motivos por los que hemos decidido poner fin a la cobertura de sus servicios.

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?

- Si los revisores aceptan su apelación, entonces *debemos seguir prestándole los servicios cubiertos mientras sean médicamente necesarios.*
- Tendrá que seguir pagando su parte de los costos (como los deducibles o los copagos, si se aplican). Es posible que haya limitaciones en sus servicios cubiertos.

¿Qué sucede si los revisores rechazan?

- Si los revisores dicen que *no*, su cobertura finalizará en la fecha que le indicamos.
- Si decide seguir recibiendo atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada o servicios en un Centro integral de rehabilitación ambulatoria (CORF) *después* de esta fecha en que finaliza su cobertura, **tendrá que pagar usted mismo 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 atención después de que haya finalizado la cobertura de la atención – entonces puede presentar una apelación de Nivel 2.

Sección 8.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante más tiempo

Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad que revise de nuevo la decisión que tomaron en su primera apelación. Si la Organización para el Mejoramiento 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 integral de rehabilitación ambulatoria (CORF) *después* de la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura.

Paso 1: Usted se pone en contacto con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de nuevo para pedir otra revisión.

- Debe pedir esta revisión en un plazo de 60 días calendario después del día en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechazó su apelación de Nivel 1. Solo puede solicitar esta revisión si ha seguido recibiendo atención médica después de la fecha en que finalizó su cobertura.

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

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad volverán a examinar detenidamente toda la información sobre su recurso.

Paso 3: Los revisores decidirán, en un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud apelación, sobre su apelación y le informarán su decisión.

¿Qué pasa si la organización independiente de revisión dice que sí?

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de atención que recibió desde la fecha en que dijimos que su cobertura terminaría. **Debemos seguir cubriendo** la asistencia mientras 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.

¿Qué ocurre si la organización de revisión independiente dice que no?

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron para su apelación de Nivel 1.
- La notificación que reciba le indicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le proporcionará detalles sobre cómo pasar al siguiente nivel de apelación, que es tramitado por un juez de lo contencioso-administrativo o un abogado-juez.

Paso 4: Si la respuesta es no, deberá decidir si desea continuar con su apelación.

- Hay 3 niveles adicionales de apelación después del nivel 2, para un total de 5 niveles de apelación. Si desea continuar con una apelación de nivel 3, los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibe después de la apelación de nivel 2.
- La apelación de nivel 3 está a cargo de un juez administrativo o un mediador. La sección 9 ofrece más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 9 Llevar su apelación a los Niveles 3, 4 y 5

Sección 9.1 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de servicios médicos

Esta sección puede ser adecuada para usted si presentó una apelación de nivel 1 y una apelación de nivel 2, y ambas apelaciones fueron rechazadas.

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico que apeló alcanza ciertos niveles mínimos, es posible que pueda pasar a niveles adicionales de apelación. Si el valor en dólares es inferior al nivel mínimo, no se puede apelar más. La respuesta por escrito que reciba a su apelación de nivel 2 le explicará cómo presentar una apelación de nivel 3.

En la mayoría de los casos que implican apelaciones, los últimos 3 niveles de apelación funcionan de manera muy similar a los primeros 2 niveles. A continuación se indica quién se encarga de revisar su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de nivel 3

Un **juez administrativo** o un abogado adjudicador que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta:

- **Si el juez administrativo o mediador acepta su apelación, el proceso de apelaciones puede *concluir* o *no*.** A diferencia de una decisión en un recurso de nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de nivel 3 que sea favorable para usted. Si decidimos apelar, irá a una apelación de nivel 4.
  - Si decidimos *no* apelar, debemos autorizar o proporcionarle la atención médica en un plazo de 60 días calandario a partir de la fecha en que recibamos la decisión del juez administrativo o del abogado adjudicador.
  - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de nivel 4 con cualquier documento adjunto. Es posible que esperemos la decisión de la apelación de nivel 4 antes de autorizar o brindar la atención médica en cuestión.
- **Si el juez administrativo o mediador acepta su apelación, el proceso de apelaciones puede concluir o no**.
  - Si decide aceptar la decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
  - Si usted no quiere aceptar la decisión, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le indicará qué hacer para una apelación de nivel 4.

Apelación de nivel 4

El **Consejo de Apelaciones de Medicare** revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo forma parte del gobierno federal.

- **Si su apelación se acepta 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 *no*.** A diferencia de la apelación de nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de nivel 4 favorable para usted. Decidiremos si apelaremos esta decisión al nivel 5.
  - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionarle la atención médica en un plazo de 229 días calendario tras recibir la decisión del consejo.

- Si decidimos apelar la decisión, se lo comunicaremos por escrito.

- **Si usted decide aceptar esta decisión que mediador rechaza su solicitud de apelación, el proceso de apelaciones *puede* o *no puede* concluir**.
  - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
  - Si no desea aceptar la decisión, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el consejo rechaza su apelación, la notificación que reciba le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de nivel 5 y cómo continuar con una apelación de nivel 5.

Apelación de nivel 5

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

- Un juez revisará toda la información y decidirá *si acepta* o *rechaza* su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación tras el Tribunal Federal de Primera Instancia.

Sección 9.2 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D

Esta sección puede ser adecuada para usted si presentó una apelación de nivel 1 y una apelación de nivel 2, y ambas apelaciones fueron rechazadas.

Si el valor del medicamento que apeló alcanza una determinada cantidad en dólares, es posible que pueda pasar a niveles adicionales de apelación. Si el importe en dólares es menor, no se puede apelar más. La respuesta por escrito que reciba a su apelación de nivel 2 le explicará a quién debe contactar y qué debe hacer para solicitar una apelación de nivel 3.

En la mayoría de los casos que implican apelaciones, los últimos 3 niveles de apelación funcionan de manera muy similar a los primeros 2 niveles. A continuación se indica quién se encarga de revisar su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de nivel 3

Un **juez administrativo** o un abogado adjudicador que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta:

- **Si su apelación se acepta, el proceso de apelaciones habrá terminado**. Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura del medicamento** que fue aprobada por el juez administrativo o el abogado adjudicador **en un plazo de 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago a más tardar 30 días calendario** después de recibir la decisión.

- **Si su apelación se rechaza, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *no***.
  - Si decide aceptar la decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.

- Si no desea aceptar la decisión, puede continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le indicará qué hacer para una apelación de nivel 4.

Apelación de nivel 4

El **Consejo de Apelaciones de Medicare** revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo forma parte del gobierno federal.

- **Si su apelación se acepta, el proceso de apelaciones habrá terminado**. Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos** aprobada por el Consejo **en un plazo de 72 horas (24 horas en el caso de apelaciones aceleradas) o efectuar el pago en un plazo máximo de 30 días calendario** a partir de la recepción de la decisión.
- **Si su apelación se rechaza, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *no***.
  - Si decide aceptar la decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
  - Si no desea aceptar la decisión, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación o rechaza su solicitud para revisar la apelación, el aviso le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de nivel 5 También se le indicará con quién comunicarse y qué hacer a continuación si decide seguir con su apelación.

Apelación de nivel 5

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

- Un juez revisará toda la información y decidirá *si acepta* o *rechaza* su solicitud. Esta es una respuesta final. no hay más niveles de apelación tras el Tribunal Federal de Primera Instancia.

Cómo presentar una queja

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

Sección 10.1 ¿Qué tipos de problemas se resuelven mediante el proceso de quejas?

El proceso de quejas se utiliza *solo* para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente. A continuación, encontrará algunos ejemplos de los tipos de problemas que pueden gestionarse a través del proceso de quejas.

Queja	Ejemplo
Calidad de su atención médica	• ¿Está insatisfecho con la calidad de la atención que recibió (incluida la atención en el hospital)?
Respeto de su privacidad	• ¿Alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial?
Falta de respeto, mal servicio al cliente u otro comportamiento negativo	• ¿Alguien ha sido descortés o le ha faltado el respeto? • ¿No está conforme con nuestro Servicio al Cliente? • Siente que lo están animando a darse de baja de nuestro plan?
Tiempos de espera	• ¿Está teniendo problemas para conseguir una cita o tiene que esperar demasiado para conseguirla? • ¿Lo han hecho esperar demasiado tiempo los médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud?¿O a Servicio al Cliente u otro personal del plan? ○ Por ejemplo, esperar demasiado al teléfono, en la sala de espera o de reconocimiento o para obtener una receta.
Limpieza	• ¿Está insatisfecho con la limpieza o el estado de una clínica, un hospital o un consultorio de un médico?
Información que obtiene de nosotros	• ¿No le dimos un aviso requerido? • ¿Es nuestra información escrita difícil de entender?

Queja	Ejemplo
Puntualidad (Este tipo de quejas se refieren a la *puntualidad* de nuestras acciones relacionadas con la decisión de cobertura y las apelaciones)	Si ha solicitado una decisión de cobertura o ha presentado una apelación y cree que no estamos respondiendo con la suficiente rapidez, puede presentar una queja por nuestra lentitud. Estos son algunos ejemplos: • Nos pidió una *decisión de cobertura rápida* o una *apelación rápida*, y le dijimos que no; puede presentar una queja. • Si cree que no estamos cumpliendo con los plazos para la decisión de cobertura o las apelaciones, puede presentar una queja. • Si considera que no estamos cumpliendo con los plazos para cubrir o reembolsarle ciertos artículos o servicios médicos o medicamentos que fueron aprobados, puede presentar una queja. • Cree que no cumplimos con los plazos requeridos para enviar su caso a la organización de revisión independiente; puede presentar una queja.

Sección 10.2 Cómo presentar una queja

Términos legales:

Una **queja** también se denomina una **reclamación.**

Plantear una queja se denomina **presentar una reclamación.**

El uso del proceso para presentar quejas se denomina **uso del proceso para presentar reclamación.**

Una **queja rápida** se denomina una **reclamación acelerada.**

Paso 1: Comuníquese con nosotros de inmediato, ya sea por escrito o por teléfono.

- **Generalmente, el primer paso es llamar a Servicio al Cliente al 1-855-562-8853 (los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 711).** Si hay algo más que deba hacer, el Servicio al Cliente se lo comunicará.
- **Si no desea llamar (o si llamó y no quedó satisfecho), puede presentar su queja por escrito y enviárnosla.** Si presenta su queja por escrito, le responderemos por escrito.
- Cuando llame o escriba al Servicio al Cliente, proporcione la siguiente información: su nombre, su dirección, su número de identificación de miembro y una descripción de su reclamación.

- El plazo para presentar una queja es de **60 días calendario** desde el momento en que tuvo el problema por el que desea presentar la queja.

Paso 2: Analizaremos su queja y le daremos una respuesta.

- **Si es posible, le responderemos inmediatamente.** Si nos llama por una queja, tal vez podamos darle una respuesta durante esa misma llamada telefónica.
- **La mayoría de las quejas se responden dentro de los 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora es para su conveniencia o si usted pide más tiempo, **podemos demorar hasta 14 días calendario más** (44 días calendario en total) en responder a su queja. Si decidimos tomarnos días adicionales, se lo comunicaremos por escrito.
- **Si presenta una queja porque rechazamos su solicitud de una decisión rápida sobre la cobertura o una apelación rápida, le concederemos automáticamente una queja rápida.** Si tiene una queja urgente, le daremos **una respuesta en un plazo de 24 horas**.
- **Si no estamos de acuerdo** con parte o la totalidad de su queja, o no asumimos la responsabilidad del problema sobre el que se queja, incluiremos nuestros motivos en nuestra respuesta.

Sección 10.3 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad

Cuando su queja se refiere a *la calidad de la atención*, tiene 2 opciones adicionales:

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

O bien

- **Puede presentar su queja ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y ante nosotros al mismo tiempo.**

Sección 10.4 También puede informarle a Medicare acerca de su queja

Puede presentar una queja sobre nuestro plan directamente a Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, visite Medicare.gov/my/medicare-complaint. También puede llamar a 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD llaman al 1-877-486-2048.

CAPÍTULO 10: Cómo finalizar su membresía en el plan

SECCIÓN 1 Cómo finalizar su membresía en el plan

La finalización de su membresía en Sharp Direct Advantage SDPEBA (HMO) puede ser **voluntaria** (por decisión propia) o **involuntaria** (por decisión ajena a su voluntad):

- Puede darse de baja de nuestro plan porque decide que quiere hacerlo. Las secciones 2 y 3 proporcionan información sobre cómo dar de baja su membresía de forma voluntaria.
- También existen situaciones limitadas en las que nos vemos obligados a cancelar su membresía. La Sección 5 describe situaciones en las que podemos cancelar su membresía.

Si abandona nuestro plan, nosotros debemos seguir proporcionándole atención médica y medicamentos con receta, y usted seguirá pagando su parte de los costos hasta que finalice su membresía.

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

Sección 2.1 Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción anual del miembro

Puede cancelar su membresía a nuestro plan durante el **período de inscripción abierta** cada año. Durante este tiempo, revise su cobertura de salud y medicamentos y decida sobre la cobertura para el próximo año.

- **El período de inscripción abierta** es del 2 de noviembre al 27 de noviembre.
- **Elija mantener su cobertura actual o hacer cambios en su cobertura para el próximo año.** Si decide cambiar a un nuevo plan, puede elegir alguno de los siguientes tipos de cobertura:
    - Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos.
    - Medicare original *con* un plan de medicamentos separado de Medicare.
    - Medicare Original *sin* un plan separado de medicamentos de Medicare.
        - Si elige esta opción y recibe Ayuda Adicional, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que opte por no participar en la inscripción automática.

Nota: Si se da de baja de la cobertura de medicamentos de Medicare y permanece sin una cobertura acreditable de medicamento con receta durante 63 o más días consecutivos, es

posible que tenga que pagar la multa por inscripción tardía en la Parte D si se inscribe más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.

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

Sección 2.2 En ciertas situaciones, puede cancelar su membresía durante un Período de inscripción especial

En ciertas situaciones, los miembros de nuestro plan pueden ser elegibles para finalizar su membresía en otros momentos del año. Esto se conoce como un **período de inscripción especial**.

Puede ser elegible para terminar su membresía durante un período especial de inscripción si se aplica alguna de las siguientes situaciones. Estos son solo ejemplos. Para acceder a la lista completa puede comunicarse con nuestro plan, llamar a Medicare o visitar Medicare.gov:

- Por lo general, al mudarse
- Si tiene Medi-Cal
- Si usted es elegible para recibir Ayuda Adicional para pagar la cobertura de medicamentos de Medicare
- Si rompemos nuestro contrato con usted.
- Si está recibiendo atención en una institución, como un hogar de ancianos o un hospital de cuidados a largo plazo (LTC)
- Si está inscrito en el Programa de atención integral para las personas de edad avanzada (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE).

Nota: Si está inscrito en un programa de administración de medicamentos, quizás no pueda cambiarse de plan. La Sección 5 del Capítulo 10 le proporciona más detalles sobre los programas de administración de medicamentos.

Los plazos de inscripción varían según su situación.

Para saber si usted es elegible para un período de inscripción especial, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. Si es elegible para cancelar su afiliación debido a una situación especial, puede elegir cambiar tanto su cobertura de salud como su cobertura para medicamentos recetados de Medicare. Puede elegir entre lo siguiente:

- Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos.
- Medicare original *con* un plan de medicamentos separado de Medicare.
- Medicare Original *sin* un plan separado de medicamentos de Medicare.

Nota: Si se da de baja de la cobertura de medicamentos de Medicare y permanece sin cobertura acreditable de medicamento con receta durante 63 días o más seguidos, es posible que tenga que pagar la multa por inscripción tardía en la Parte D si se inscribe más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.

- **Su membresía generalmente finalizará** el primer día del mes siguiente a la recepción de su solicitud de cambio de plan.
- **Si recibe Ayuda Adicional de Medicare para pagar los costos de su cobertura de medicamentos:** Si se cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare por separado, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que opte por no participar en la inscripción automática.

Sección 2.3 Obtenga más información sobre cuándo puede finalizar su membresía

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

- Puede comunicarse con la Asociación de Beneficios para Empleados Públicos de San Diego (SDPEBA) al 1-888-315-8027.
- **Comuníquese con Servicio al Cliente al 1-855-562-8853 (los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 711)**.
- Busque la información en el ***manual Medicare y Usted 2027***.
- Llame a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048

SECCIÓN 3 Cómo finalizar su membresía en nuestro plan

En la siguiente tabla se explica cómo puede dar de baja su membresía a nuestro plan.

Para cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que hay que hacer:
Otro plan de salud de Medicare	• Inscribirse en el nuevo plan de salud de Medicare. Se lo dará de baja de nuestro plan automáticamente cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
Medicare Original con un plan de medicamentos de Medicare independiente.	• Regístrese en el nuevo plan de medicamentos de Medicare. Se lo dará de baja de nuestro plan automáticamente cuando comience la nueva cobertura de medicamentos de su plan.

Para cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que hay que hacer:
Medicare Original *sin* un plan separado de medicamentos de Medicare.	• **Envíenos una solicitud por escrito para cancelar su inscripción.** Si necesita más información sobre cómo hacer esto, llame a Atención al Cliente al 1-855-562-8853 (los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 711). • También puede llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y solicitar que le den de baja. Los usuarios de TTY/TDD llaman al 1-877-486-2048. • Se le dará de baja de nuestro plan cuando comience su cobertura de Medicare Original.

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

Hasta que finalice su miembro y comience su nueva cobertura de Medicare, debe continuar recibiendo sus servicios médicos, artículos y medicamentos con receta a través de nuestro plan.

- **Continúe usando nuestros proveedores de red para recibir atención médica.**
- **Continúe usando las farmacias de nuestra red o el pedido por correo para obtener sus medicamentos con receta.**
- **Si el miembro está hospitalizado el día en que finaliza su membresía, nuestra cobertura cubrirá su estadía en el hospital hasta que le den de alta** (incluso si le dan de alta después de que comience su nueva cobertura médica).

SECCIÓN 5 Sharp Health Plan debe finalizar la membresía en determinadas situaciones

Sharp Health Plan debe finalizar su membresía a nuestro plan en las siguientes situaciones:

- Si ya no tiene Medicare Parte A y Parte B.
- Si se muda fuera de nuestra zona de servicio.
- Si está fuera de nuestra zona de servicio durante más de 6 meses.
  - Si se muda o viaja durante un largo tiempo, llame a Servicio al Cliente al 1-855-562-8853 (los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 711) para saber si el lugar al que se mudará o viajará se encuentra dentro del área del plan.

- Si va a la cárcel (va a prisión).
- Si ya no es ciudadano o nacional de Estados Unidos, o no es ciudadano elegible.
- Si miente u oculta información sobre otros seguros que tenga y que proporcionen cobertura para medicamento con receta.
- Si nos proporciona información incorrecta de manera intencional al inscribirse en nuestro plan y dicha información afecta a su elegibilidad para nuestro plan (No podemos obligarle a abandonar nuestro plan por este motivo a menos que obtengamos primero el permiso de Medicare).
- Si usted se comporta continuamente de una manera que perturba y nos dificulta proporcionar atención médica para usted y otros miembros de nuestro plan (No podemos obligarle a abandonar nuestro plan por este motivo a menos que obtengamos primero el permiso de Medicare).
- Si permite que otra persona use su tarjeta de miembro para obtener atención médica (No podemos obligarle a abandonar nuestro plan por este motivo a menos que obtengamos primero el permiso de Medicare).
    - Si finalizamos su membresía por este motivo, Medicare podría solicitar al Inspector General que investigue su caso.
- Si debe pagar el monto adicional de la Parte D debido a sus ingresos y no lo hace, Medicare lo dará de baja de nuestro plan y perderá la cobertura de medicamentos.

Si tiene alguna pregunta o quiere obtener más información sobre cuándo podemos cancelar su membresía, comuníquese con Servicio al Cliente al 1-855-562-8853 (los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 711).

Sección 5.1 No podemos pedirle que abandone nuestro plan por ninguna razón relacionada con la salud

Sharp Health Plan no puede pedirle que abandone nuestro plan por ninguna razón vinculada a su salud.

¿Qué debe hacer si sucede esto?

Si cree que le están pidiendo que abandone nuestro plan por motivos relacionados con la salud, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 5.2 Tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía como miembro en nuestro plan

Si cancelamos su membresía a nuestro plan, tenemos la obligación de darle por escrito nuestros motivos de dicha cancelación como miembro. Además, tenemos que explicarle cómo puede presentar una reclamación o una queja sobre nuestra decisión de cancelar su miembro.

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 de Seguridad Social y los reglamentos creados bajo la Ley de Seguridad Social por 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 o explicadas en este documento.

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación

No discriminamos por motivos de raza, etnia, nacionalidad, color, religión, sexo, edad, discapacidad mental o física, estado de salud, historial de reclamaciones, historial médico, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que ofrecen planes Medicare Advantage, como nuestro plan, deben cumplir con las leyes federales contra la discriminación, incluido el Título VI de la Ley de Derechos Civiles 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 inquietudes sobre discriminación o trato injusto, llame a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a su Oficina de Derechos Civiles local. También puede revisar la información de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos en HHS.gov/ocr/index.html.

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda con el acceso a la atención médica, comuníquese con Servicio al Cliente al 1-855-562-8853 (los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 711). Si tiene alguna queja, por ejemplo, por no poder acceder a determinados sitios en silla de ruedas, Servicio al Cliente puede asistirlo.

Sharp Health Plan cumple con las leyes de derechos civiles federales correspondientes y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad ni discapacidad. Sharp Health Plan no excluye a las personas ni las trata de manera diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad o

discapacidad. Puede obtener una copia del Aviso sobre no discriminación en sharpmedicareadvantage.com.

Sharp Health Plan:

- Asistencia y servicios gratuitos a personas con discapacidad para que puedan comunicarse con nosotros de manera eficaz, por ejemplo, mediante intérpretes del lenguaje de señas calificados.
- Adaptaciones razonables para personas con discapacidad, y asistencia y servicios auxiliares adecuados (lo cual incluye intérpretes calificados e información en formatos alternativos, como braille o letra grande), de manera gratuita y oportuna, cuando dichas adaptaciones, asistencia y servicios sean necesarios para asegurar la accesibilidad y la igualdad de oportunidad de participación de las personas con discapacidad.
- Ofrece servicios lingüísticos gratuitos a personas cuyo idioma principal no es el inglés, como:
  - Servicios de asistencia en idiomas y de intérpretes calificados, lo cual incluye traducción de documentos electrónicos y físicos, e interpretación (oral) de manera gratuita cuando dichos servicios sean una medida razonable para brindar acceso válido a una persona con dominio limitado del inglés. Si necesita estos servicios, comuníquese con Servicio al Cliente al 1-800-359-2002 (TTY 771).

Si cree que Sharp Health Plan no le ha brindado estos servicios o lo ha discriminado de alguna otra forma por motivos de raza, color, nacionalidad, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad o discapacidad, puede presentar una reclamación a nuestro coordinador de derechos civiles y coordinador de no discriminación según la sección 1557:

- Dirección: Sharp Health Plan Compliance Department, Attn: Director of Compliance and Regulatory Affairs Department, 8520 Tech Way, Suite 200, San Diego, CA 92123-1450
- Teléfono: 1-800-359-2002 (TTY 711)
- Fax: 1-619-740-8572
- Correo electrónico: shpcompliance@sharp.com

Puede tramitar una reclamación personalmente, por correo postal o por fax. También puede completar el formulario de reclamación o apelación en el sitio web del plan, **sharphealthplan.com**. Si necesita ayuda para tramitar una reclamación, comuníquese con nuestro equipo de Servicio al Cliente, al 1-800-359-2002. También puede presentar una queja sobre discriminación por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. de manera electrónica ingresando en el portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles: ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf. Además, puede hacerlo por correo postal o por teléfono: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD).

Los formularios de queja están disponibles en hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación de Medicare como Pagador Secundario

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 Código de Regulaciones Federales (CFR), título 42, secciones 422.108 y 423.462, nuestro plan, como una organización de Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de reintegro que ejerce la Secretaría según las regulaciones de los CMS, título 411, parte 42, subpartes B a D del CFR. Las reglas dispuestas en esta sección sustituyen todas las leyes estatales.

CAPÍTULO 12: Definiciones

Afección crónica – es una afección médica como consecuencia de una enfermedad o de otro problema o trastorno médico de naturaleza grave, que persiste sin lograr una recuperación total o se agrava durante un tiempo prolongado. Además, puede requerir tratamiento continuo para que remitan los síntomas o evitar el deterioro.

Apelación – una apelación es algo que usted hace si no está de acuerdo con nuestra decisión de denegar una solicitud de cobertura de servicios de atención médica o medicamentos con receta, o el pago de servicios o medicamentos que ya recibió. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de suspender los servicios que está recibiendo.

Área de servicio – área geográfica donde debe vivir para afiliarse a un plan de salud en particular. Para los planes que limitan qué médicos y hospitales puede usar, en general, también es el área donde puede obtener servicios de rutina (que no son de emergencia). En caso de que se mude permanentemente fuera del área de servicio de nuestro plan, se lo dará de baja del plan.

Asistente de salud en el hogar – persona que presta servicios que no requieren las habilidades de un enfermero o terapeuta titulado, como ayuda con el cuidado personal (por ejemplo, bañarse, ir al baño, vestirse o realizar los ejercicios prescritos).

Atención de emergencia – servicios cubiertos que son: 1) proporcionados por un proveedor calificado para proporcionar servicios de emergencia; y 2) necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia.

Atención en centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF) – atención de enfermería especializada y servicios de rehabilitación proporcionados de forma continua y diaria en un centro de enfermería especializada. Algunos ejemplos de atención incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo un enfermero o médico matriculado pueden administrar.

Autorización previa – aprobación por adelantado para obtener servicios y/o determinados medicamentos en función de criterios específicos. Los servicios cubiertos que requieren autorización previa están marcados en el Cuadro de beneficios médicos en el capítulo 4. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en la lista de medicamentos cubiertos (Formulario) y nuestros criterios se publican en nuestro sitio web.

Ayuda Adicional – un programa de Medicare para ayudar a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del Programa de medicamento con receta de Medicare, como la prima mensual del plan, deducibles y coseguros.

Baja o **dar de baja** – es el proceso de finalización de su membresía en nuestro plan.

Biosimilar – producto biológico muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Los biosimilares son tan seguros y eficaces como el producto biológico original. Algunos productos

biosimilares pueden sustituir al producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta (vaya a "**Productos biosimilares intercambiables**").

Biosimilar intercambiable – es un biosimilar que puede usarse para reemplazar un producto biosimilar original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta porque cumple con requisitos adicionales sobre la posible sustitución automática. La sustitución automática en la farmacia está sujeta a la ley estatal.

Centro integral de rehabilitación ambulatoria (CORF) – centro que principalmente proporciona servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, que incluyen fisioterapia, servicios psicológicos o sociales, terapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios de patología del habla y el lenguaje, y servicios de evaluación del entorno del hogar.

Centro quirúrgico ambulatorio – un centro quirúrgico ambulatorio es una entidad que opera exclusivamente con el fin de prestar servicios quirúrgicos ambulatorios a pacientes que no requieren hospitalización y cuya estancia prevista en el centro no supera las 24 horas.

Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (Centers for Medicare &Medicaid Services, CMS) – la agencia federal que administra Medicare.

Cobertura acreditable de medicamento con receta – cobertura de medicamento con receta (por ejemplo, de un empleador o sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamento con receta 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 adelante en un plan de cobertura para medicamento con receta de Medicare.

Cobertura de medicamento con receta de Medicare (Parte D de Medicare) – seguro para ayudar a pagar medicamento con receta, vacunas, productos biológicos y algunos suministros para el paciente ambulatorio no cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare.

Copago – monto que se le puede pedir que pague como su parte del costo de un servicio o suministro médico, como una consulta al médico, una consulta para paciente ambulatorio en un hospital o un medicamento con receta. Un copago es un monto fijo (por ejemplo, $10), en lugar de un porcentaje.

Coseguro – monto que se le puede pedir que pague como su parte del costo de los servicios o medicamentos con receta. Se expresa como porcentaje (por ejemplo, el 12 %).

Costo compartido – se refiere a los montos que un miembro debe pagar cuando recibe servicios o medicamentos (además de la prima mensual del plan). El reparto de costos incluye cualquier combinación de los siguientes 3 tipos de pagos: 1) cualquier cantidad deducible que un plan pueda imponer antes de que se cubran los servicios o medicamentos; 2) cualquier cantidad fija de copago que un plan requiera cuando se obtiene un servicio o medicamento específico; o 3) cualquier cantidad de coseguro, un porcentaje de la cantidad total pagada por un servicio o medicamento, que un plan requiera cuando se obtiene un servicio o medicamento específico.

Costo de suministro – costo que se cobra cada vez que se dispensa un medicamento cubierto para pagar el costo de surtir una receta, como por ejemplo, el tiempo que le lleva al farmacéutico preparar y empaquetar el medicamento recetado.

Costos de desembolso – consulte la definición de "costo compartido" que figura más arriba. Los requisitos de costo compartido de un miembro para pagar una parte de los medicamentos o servicios que recibe también se denominan "requisitos de costos de desembolso".

Cuidado de custodia – el cuidado de custodia es cuidado personal que se presta en una residencia de ancianos, un centro para enfermos terminales u otro centro cuando no se necesita atención médica especializada ni cuidados de enfermería especializados. El cuidado de custodia prestado por personas que no tienen formación ni habilidades profesionales incluye ayuda con las actividades de la vida diaria, como bañarse, vestirse, comer, levantarse o acostarse en la cama o en una silla, desplazarse y usar el baño. Puede incluir el tipo de atención relacionada con la salud que la mayoría de las personas realizan por sí mismas, como usar gotas para los ojos. Medicare no paga el cuidado de custodia.

Cuidados para enfermos terminales – beneficio que proporciona tratamiento especial para un miembro que ha sido certificado médicamente como enfermo terminal, lo que significa que tiene una expectativa de vida de 6 meses o menos. Nuestro plan debe proporcionarle una lista de centros para enfermos terminales en su área geográfica. Si elige cuidados paliativos y continúa pagando la prima mensual del plan, seguirá siendo miembro de nuestro plan. Aún puede obtener todos los servicios médicamente necesario, así como los beneficios suplementarios que ofrecemos.

Determinación de cobertura – decisión sobre si un medicamento que se le ha recetado está cubierto por nuestro plan y la cantidad, si la hubiera, que debe pagar por la receta. En general, si lleva su receta a una farmacia y la farmacia le dice que la receta no está cubierta por nuestro plan, eso no es una determinación de cobertura. Debe llamar o escribir a nuestro plan para solicitar una decisión formal sobre la cobertura. Las determinaciones de cobertura también se llaman **decisión de cobertura** en este documento.

Determinación de la organización – decisión que toma nuestro plan sobre si los servicios o artículos están cubiertos o sobre cuánto le corresponde pagar a usted por servicios o artículos cubiertos. Las determinaciones de la organización se denominan decisión de cobertura en este documento.

Emergencia – una emergencia médica se produce cuando usted, o cualquier otra persona prudente con conocimientos medios sobre salud y medicina, cree que presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la muerte (y, si es una mujer embarazada, la pérdida del feto), la pérdida de una extremidad o la pérdida de la función de una extremidad, o la pérdida o el deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección que se agrava rápidamente.

Equipo médico duradero (DME) – cierto equipo médico que su médico solicita por motivos médicos. Entre los ejemplos se incluyen andadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, bombas de infusión intravenosa, dispositivos

para la generación del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital indicadas por un proveedor para usar en el hogar.

Etapa de cobertura catastrófica – es la etapa en los beneficios de medicamentos de la Parte D que comienza cuando usted (o terceros debidamente autorizados en su nombre) haya gastado $2,400 para los medicamentos cubiertos por la Parte D durante el año de cobertura. Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D.

Etapa de cobertura inicial – Esta es la etapa después de que usted paga su deducible (si tiene uno) y antes de que sus gastos de bolsillo para el año lleguen al importe límite de gastos de bolsillo.

Evidencia de cobertura (EOC) e información de divulgación – este documento, junto con el formulario de inscripción y los demás anexos, las cláusulas adicionales u otra cobertura opcional seleccionada, explica su cobertura, lo que debemos hacer nosotros, sus derechos y lo que debe hacer usted como miembro de nuestro plan.

Excepción – un tipo de decisión de cobertura que, si se aprueba, le permite obtener un medicamento que no está en nuestra lista de medicamentos cubiertos (excepción al formulario) u obtener un medicamento no preferido con un nivel de costo compartido más bajo (una excepción al nivel de costo compartido). También puede solicitar una excepción si nuestro plan le exige que pruebe otro medicamento antes de obtener el medicamento que solicita, si nuestro plan requiere una autorización previa para un medicamento y desea que le eximamos de la restricción de criterios, o si nuestro plan limita la cantidad o la dosis del medicamento que solicita (una excepción al formulario).

Facturación de saldo – cuando un proveedor (como un médico o un hospital) factura a un paciente más de lo que permite nuestro plan en concepto de reparto de costos. Como miembro de nuestro plan, usted cuenta con una protección importante, ya que solo tiene que pagar el monto de costo compartido cuando recibe servicios cubiertos por el plan. No permitimos que los proveedores le facturen el saldo ni que le cobren más que el costo compartido que nuestro plan establece que debe pagar.

Farmacia de la red – farmacia que tiene contrato con nuestro plan donde los miembros de nuestro plan pueden obtener sus beneficios de medicamento con receta. En la mayoría de los casos, los medicamentos recetados están cubiertos solo si los obtiene en una de las farmacias de nuestra red.

Farmacia fuera de la red – una farmacia que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan a través de la Farmacia de la red. La mayoría de los medicamentos que se obtienen en farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que se apliquen ciertas condiciones.

Fuera del área – se refiere a los servicios que recibe el miembro mientras se encuentra fuera del área de servicio. La cobertura fuera del área incluye servicios de urgencia o emergencia para tratar la aparición de síntomas repentinos de gravedad suficiente como para requerir atención médica inmediata a fin de prevenir el grave deterioro de la salud del miembro a causa de una

enfermedad o lesión imprevistas, o la complicación de una afección existente, incluido el embarazo, cuyo tratamiento no se puede demorar hasta que el miembro regrese al área de servicio. Se cubrirán los servicios médicos fuera del área para satisfacer las necesidades médicas inmediatas del miembro. El seguimiento correspondiente después del servicio de emergencia o de atención de urgencia debe estar autorizado por nuestro plan y estará cubierto hasta que sea prudente trasferir su atención al área de servicio del plan.

Grupo médico del plan (PMG) – hace referencia a un grupo de médicos organizados bajo una entidad legal o contratados por esta que cumplen los criterios del plan para participar. El PMG ha celebrado un acuerdo con el plan para proporcionar servicios profesionales y ponerlos a disposición de los miembros, y para brindar a los miembros otros beneficios cubiertos y coordinar estos beneficios como contratista independiente. El grupo está incluido en la red del plan del miembro.

"Herramienta de beneficios en tiempo real" – portal o aplicación informática en la que los asociados pueden consultar información completa, precisa, oportuna, clínicamente adecuada y específica para cada asociado sobre la lista de medicamentos cubiertos (Formulario) y los beneficios. Esto incluye montos de costo compartido, medicamentos alternativos de la lista de medicamentos cubiertos (Formulario) que pueden usarse para la misma afección médica que un medicamento determinado y restricciones de cobertura (autorización previa, terapia escalonada, límites de cantidad) que se aplican a medicamentos alternativos.

Hospitalización – una hospitalización es cuando es ingresado formalmente en el hospital como Paciente hospitalizado para recibir servicios médicos especializados. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente ambulatorio.

Indicación médicamente aceptada – uso de un medicamento aprobado por la FDA o respaldado por determinadas referencias, como el Servicio de Información sobre Medicamentos del Formulario de Hospitales Americanos y el sistema de información DRUGDEX de Micromedex.

Ingreso suplementario de la Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) – beneficio mensual que paga el Seguro Social a personas con ingresos y recursos limitados que están discapacitadas, ciegas o tienen 65 años o más. Los beneficios de SSI no son los mismos que los beneficios de la Seguridad Social.

Límite de desembolso – es el monto máximo que paga de desembolso por medicamentos de la Parte D.

Límites de cantidad – herramienta de gestión diseñada para limitar el uso de un medicamento por motivos de calidad, seguridad o utilización. Los límites pueden ser en la cantidad del medicamento que cubrimos por receta o por un período definido.

Lista de medicamentos cubiertos (Formulario) o lista de medicamentos – una lista de los medicamentos con receta cubiertos por nuestro plan.

Medi-Cal (Medicaid o Medical Assistance) – es un programa conjunto federal y estatal que ayuda con los costos médicos a algunas personas que tienen bajos ingresos y recursos limitados. Los

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

Médicamente necesario – medicamentos, servicios o suministros que son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección 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 – medicamento de venta con receta aprobado por la FDA que contiene los mismos principios activos que el medicamento de marca. Por lo general, un medicamento genérico funciona igual que un medicamento de marca y, por lo general, cuesta menos.

Medicamento seleccionado – un medicamento cubierto por la Parte D para el que Medicare negoció un precio máximo justo.

Medicamentos cubiertos – término que utilizamos para referirnos a todos los medicamentos con receta cubiertos por nuestro plan.

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

Medicare – el programa federal de seguro médico 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 permanente que requiere diálisis o trasplante de riñón).

Medicare Original (Medicare tradicional o Medicare de pago por servicio) – Medicare Original es un plan que ofrece el gobierno, y no un plan de salud privado como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamento con receta. En virtud de Medicare Original, los servicios de Medicare están cubiertos al pagar 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. El Medicare original tiene 2 partes: Parte A (seguro hospitalario) y Parte B (seguro médico) y está disponible en todo Estados Unidos.

Miembro (miembro de nuestro plan o miembro del plan) – persona con Medicare que es elegible para recibir servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos (Income Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA) – si su ingreso bruto ajustado modificado, según lo informado en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años, está por encima de cierto monto, pagará el monto de la prima estándar y un monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos, también conocido como IRMAA. El IRMAA es un cargo adicional que se agrega a su prima. Menos del 5 % de las personas con Medicare se ven afectadas, por lo que la mayoría no pagará una prima más alta.

Monto máximo de gastos de bolsillo – lo máximo que paga de su bolsillo durante el año calendario por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B dentro de la red. Los montos que paga por las primas de nuestro plan, las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare y los medicamentos recetados no se tienen en cuenta para el monto máximo de gastos de bolsillo.

Multa por inscripción tardía en la Parte D – importe que se añade a la prima mensual del plan para la cobertura de medicamentos de Medicare si se queda sin cobertura acreditable (cobertura que se espera que pague, de media, al menos lo mismo que la cobertura estándar de medicamento con receta de Medicare) durante un período continuado de 63 días o más después de cumplir los requisitos para inscribirse en un plan de la Parte D por primera vez.

Nivel de costo compartido – cada medicamento de la Lista de medicamentos cubiertos se encuentra en uno de seis niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor sea el nivel de costo compartido, mayor será el costo del medicamento que le corresponderá pagar.

Organización para el Mejoramiento de la Calidad (Quality Improvement Organization, QIO) – grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica a los que el gobierno federal les paga para evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare.

Parte C – consulte el plan Medicare Advantage (MA).

Parte D – el programa voluntario de beneficios de Medicamento con receta de Medicare.

Período de beneficios – la forma en que nuestro plan y Medicare Original miden el uso de los servicios en hospitales y centros de enfermería especializada (SNF). Un período de beneficios comienza el día en que ingresa a un hospital o centro de enfermería especializada. El período de prestación finaliza cuando no ha recibido atención de paciente hospitalizado (o atención especializada en una SNF) durante 60 días seguidos. 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 para la cantidad de períodos de beneficios.

Período de inscripción abierta – el período comprendido entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año, durante el cual los miembros pueden cambiar sus planes de salud o de medicamentos, o pasarse a Medicare Original.

Período de inscripción abierta de Medicare Advantage – el período comprendido entre el 1 de enero y el 31 de marzo, durante el cual los miembros de un plan Medicare Advantage pueden cancelar su inscripción en el plan y cambiarse a otro plan Medicare Advantage u obtener cobertura a través de Medicare Original. Si elige cambiar a Medicare Original en este período,

también puede inscribirse en un plan separado de medicamento con receta de Medicare en ese momento. El período de inscripción abierta de Medicare Advantage también está disponible durante un período de 3 meses después de que una persona sea elegible por primera vez para Medicare.

Periodo de inscripción especial – un tiempo establecido en el que los miembros pueden cambiar su plan de salud o medicamentos o volver al Medicare Original. Las situaciones en las que puede ser elegible para un Período de inscripción especial incluyen: si se muda fuera del área de servicio, si recibe Ayuda Adicional con los costos por medicamentos, si se muda a un hogar de ancianos o si violamos nuestro contrato con usted.

Período de inscripción inicial – cuando usted es elegible por primera vez para Medicare, es el período de tiempo durante el cual puede inscribirse en la Parte A y la Parte B de Medicare. Si se vuelve elegible para Medicare cuando cumple 65 años, su período de inscripción inicial es el período de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que cumple 65 años, incluye el mes en que cumple 65 años y finaliza 3 meses después del mes en que cumple 65 años.

Plan – Sharp Direct Advantage SDPEBA (HMO).

Plan de salud de Medicare – un plan de salud de Medicare es ofrecido por una empresa privada que tiene un contrato con Medicare para proporcionar los beneficios de la Parte A y la Parte B a las personas con Medicare que se inscriben en nuestro plan. Este término incluye todos los planes Medicare Advantage, los planes de costos de Medicare, los planes de necesidades especiales, los programas piloto/de demostración y los programas de atención integral para personas de edad avanzada (Programs of All-inclusive Care for the Elderly, PACE).

Plan Medicare Advantage (MA) – a veces llamado Parte C de Medicare. Es un plan ofrecido por una compañía privada que tiene contrato con Medicare para proporcionarle todos los beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare. Un plan 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 ahorros médicos (MSA) de Medicare. Además de elegir entre 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 de medicamento con receta) de Medicare. Estos planes se llaman **planes Medicare Advantage con cobertura para el Medicamento con receta**.

Plan PACE – un plan del Programa de Atención Integral para Personas de Edad Avanzada (Program of All-Inclusive Care for the Elderly, PACE) que combina servicios y apoyos médicos, sociales y de atención a largo plazo (long-Término services and supports, LTSS) para personas frágiles de manera que puedan conservar su independencia y continuar viviendo en sus comunidades (en lugar de mudarse a una residencia de ancianos) tanto tiempo como sea posible. Las personas inscritas en este tipo de plan reciben los beneficios de Medicare y Medi-Cal a través de nuestro plan.

Plan para necesidades especiales – un tipo especial de plan Medicare Advantage que ofrece atención médica más específica para grupos concretos de personas, como aquellas que tienen

tanto Medicare como Medicaid, que viven en una residencia de ancianos o que padecen determinadas enfermedades crónicas.

Póliza de Medigap (seguro complementario de Medicare) – seguro complementario de Medicare vendido por compañías de seguros privadas para cubrir las *brechas* en Medicare Original. Las pólizas de Medigap solo funcionan con Medicare Original. (Un plan Medicare Advantage no es una póliza de Medigap).

Precio máximo justo – el precio negociado por Medicare para un medicamento seleccionado.

Prima – el pago periódico a Medicare, a una compañía de seguros o a un plan de salud a cambio de la cobertura de salud o de medicamento con receta.

Producto biológico – medicamento con receta que se elabora a partir de fuentes naturales y vivas, como células animales, células vegetales, bacterias o levaduras. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no se pueden copiar exactamente, por lo que las formas alternativas se denominan biosimilares (consulte "**Producto biológico original**" y "**Biosimilar**").

Producto biológico original – producto biológico que ha sido aprobado por la FDA y sirve como referencia para los fabricantes que elaboran una versión biosimilar. También se denomina "producto de referencia".

Programa de Administración de Terapia con Medicamentos (MTM) – un programa de la Parte D de Medicare para necesidades sanitarias complejas que se ofrece a personas que cumplen determinados requisitos o que participan en un programa de gestión de medicamentos. Los servicios de MTM suelen incluir una conversación con un farmacéutico o un profesional de la salud para revisar los medicamentos.

Programa de descuentos para fabricantes – un programa en virtud del cual los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total de nuestro plan por los medicamento de marca y biológicos cubiertos por la Parte D. Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y los fabricantes de medicamentos.

Prótesis y ortesis – dispositivos médicos que incluyen, entre otros: aparatos ortopédicos para brazos, espalda y cuello; miembros artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para sustituir una parte o función interna del cuerpo, incluidos los suministros para ostomías y la terapia de nutrición enteral y parenteral.

Proveedor de atención primaria (PCP) – el médico u otro proveedor a quien consulta primero para la mayoría de los problemas de salud. En muchos plan de salud de Medicare, debe consultar a su proveedor de atención primaria antes de consultar a cualquier otro proveedor de atención médica.

Proveedor de la red – **proveedor** es el término general para referirnos a médicos, otros profesionales de la salud, hospitales y otros centros de atención médica que tienen licencia o certificación de Medicare y del estado para prestar servicios de atención médica. **Los proveedores de la red** tienen un contrato 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**.

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red – un proveedor o centro que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son aquellos que no están empleados, son propiedad ni están operados por nuestro plan.

Proveedor no participante – hace referencia a un dentista que no ha celebrado un acuerdo con Delta Dental para ser proveedor participante según este plan Medicare Advantage.

Proveedor participante – hace referencia a un profesional con licencia para practicar la odontología cuando y donde se lleve a cabo, quien ha celebrado un contrato con Delta Dental en el que acordó participar en este plan Medicare Advantage y suministrar servicios cubiertos a los miembros.

Queja – el nombre formal para presentar una queja es **presentar una reclamación**. El proceso de quejas se utiliza *solo* para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio de atención al cliente que recibe. También incluye quejas si nuestro plan no sigue los plazos del proceso de apelación.

Reclamación – tipo de queja que se presenta sobre nuestro plan, los proveedores o las farmacias, incluida una queja sobre la calidad de la atención. Esto no implica disputas sobre la cobertura o el pago.

Red del plan – es la red de proveedores seleccionada por el empleador el sindicato o el miembro, como se indica en la tarjeta de identificación del miembro.

Remisión – una orden por escrito de su médico primario para que visite a un especialista o reciba determinados servicios médicos. Sin una referencia, es posible que nuestro plan no pague los servicios de un especialista.

Servicio al Cliente – se trata de un departamento dentro de nuestro plan que se encarga de responder sus preguntas sobre membresía, beneficios, reclamaciones y apelaciones. Consulte el capítulo 2 para obtener información sobre cómo ponerse en contacto con Servicio al Cliente.

Servicios cubiertos – término que utilizamos para referirnos a todos los servicios y suministros de atención médica que están cubiertos por nuestro plan.

Servicios cubiertos por Medicare – servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los plan de salud de Medicare deben cubrir todos los servicios que están cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. El término “servicios cubiertos por Medicare” no incluye los beneficios adicionales, como los servicios de visión, dentales o de audición, que puede ofrecer un plan Medicare Advantage.

Servicios de rehabilitación – estos servicios incluyen atención de rehabilitación de paciente hospitalizado, fisioterapia (paciente ambulatorio), terapia del habla y del lenguaje, y terapia ocupacional.

Servicios de urgencia – un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata y que no es una emergencia se considera un servicio urgente si usted se encuentra temporalmente fuera del área de cobertura de nuestro plan o si no es razonable, dado el momento, el lugar y las circunstancias, obtener este servicio de los proveedores de la red. Algunos ejemplos de servicios de urgencia son enfermedades y lesiones médicas imprevistas, o exacerbaciones inesperadas de afecciones existentes. Las visitas habituales Médicamente necesario (como los chequeos anuales) no se consideran urgentes aunque usted se encuentre fuera del área de servicio de nuestro plan o la red de nuestro plan no esté disponible temporalmente.

Servicios preventivos – Servicios de atención médica que le ayudan a mantenerse saludable, detectar problemas de salud de manera temprana, determinar los tratamientos más eficaces y prevenir determinadas enfermedades. Servicios preventivos incluyen exámenes, inyecciones, pruebas de laboratorio, y exámenes de detección. También incluyen programas de vigilancia de la salud, así como asesoramiento y educación para ayudarle a cuidar de su propia salud.

Subsidio de bajos ingresos (Low Income Subsidy, LIS) – vea Ayuda Adicional.

Tarifa diaria de costo compartido – puede aplicarse una tarifa diaria de costo compartido cuando su médico le receta menos de un mes completo de suministro de determinados medicamentos 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. Aquí hay un ejemplo: si su copago por un suministro de un mes de un medicamento es $30, y el suministro de un mes en nuestro plan es de 30 días, entonces su tasa de costo compartido diario es de $1 por día.

Tratamiento escalonado – una herramienta de utilización que requiere que primero pruebes otro medicamento para tratar tu afección médica antes de que cubramos el medicamento que tu médico te haya recetado inicialmente.

Servicio al cliente del plan Sharp Direct Advantage SDPEBA (HMO)

Método	Servicio al Cliente: información de contacto
LLAMADAS	1-855-562-8853 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 7 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana. Si se comunica fuera del horario de atención, su llamada será atendida por nuestro sistema de correo de voz. Un representante de Servicio al Cliente le devolverá la llamada el próximo día hábil. Servicio al cliente también ofrece servicios gratuitos de interpretación para las personas que no hablan inglés.

Método	Servicio al Cliente: información de contacto
TTY/TDD	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para la audición o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 7 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana. Si se comunica fuera del horario de atención, su llamada será atendida por nuestro sistema de correo de voz. Un representante de Servicio al Cliente le devolverá la llamada el próximo día hábil.
Fax	1-619-740-8571
CORREO POSTAL	Sharp Health Plan Attn: Customer Care Department 8520 Tech Way, Ste. 201 San Diego, CA 92123-1450
SITIO WEB	sharpmedicareadvantage.com

Programa de Orientación y Defensa sobre Seguros de Salud (HICAP) del Departamento de Servicios para Adultos Mayores de California: es un programa estatal que obtiene fondos del Gobierno federal para brindar asesoramiento local gratuito sobre seguros de salud a personas que tienen Medicare.

Método	Información de contacto
LLAMADAS	1-858-565-1392
CORREO POSTAL	Elder Law and Advocacy 5151 Murphy Canyon Road, Suite 110 San Diego, CA 92123
SITIO WEB	elaca.org/medicare-health-insurance-support/

Declaración sobre divulgación de la Ley de Reducción de Papel (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 (Office of Management and Budget, 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, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.*

SHARP Health Plan

Considérenos su asistente personal de atención médica

sharpmedicareadvantage.com
1-855-562-8853, los usuarios de TTY/TDD pueden llamar al 711

H5386_2027 SDPEBA EOC SP_C