



Del 1.º de enero al 31 de diciembre de 2025

Evidencia de Cobertura:

Sus beneficios y servicios de salud y su cobertura de medicamentos recetados de Medicare como miembro del plan Highmark Health Options Duals (HMO SNP)

Este documento incluye información sobre su cobertura de atención médica y de medicamentos recetados de Medicare del 1.º de enero al 31 de diciembre de 2025. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

Si tiene preguntas sobre este documento, comuníquese con Servicios para los miembros al 1-855-401-8251. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711 o al 1-800-232-5460). Del 1.º de octubre al 31 de marzo estamos disponibles todos los días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Del 1.º de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje de correo de voz después del horario de atención, los fines de semana y los feriados. Esta llamada es gratuita.

Este plan, Highmark Health Options Duals, es ofrecido por Highmark BCBSD, INC (Health Options Duals) (Cuando esta *Evidencia de cobertura* dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, se refiere a Highmark BCBSD, INC (Health Options Duals). Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a Highmark Health Options Duals).

Esta información también está disponible en otro idioma que no sea inglés, en braille, letra grande u otros formatos alternativos.

Los beneficios, la prima, el deducible o los copagos/el coseguro pueden cambiar el 1.º de enero de 2026.

El vademécum, la red de farmacias o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Usted recibirá un aviso cuando sea necesario. Notificaremos a las personas inscritas afectadas sobre los cambios con al menos 30 días de anticipación.

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

- La prima del plan y el costo compartido.
- Sus beneficios médicos y de medicamentos con receta.
- Cómo presentar una queja si no está satisfecho con un servicio o tratamiento.
- Cómo ponerse en contacto con nosotros si necesita más ayuda.
- Otras protecciones requeridas por la ley de Medicare.

Highmark Health Options Duals cumple con las leyes de derechos civiles federales aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Highmark Health Options Duals no excluye a las personas ni las trata de forma diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Highmark Health Options Duals:

Proporciona asistencia y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:

- Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)

Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no sea el inglés, como los siguientes:

- Intérpretes capacitados
- Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con Servicios para Miembro al 1-800-685-5209, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana, desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo. Desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre, nuestro horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Si usted considera que Highmark Health Options Duals no ha cumplido en prestar estos servicios o que usted ha sido discriminado de alguna otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja formal a:

Appeals & Grievances
Highmark Health Options Duals
P.O. Box 890416
Camp Hill, PA 17089-0419

Puede presentar una queja formal por correo postal o por fax. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, el Departamento de Apelaciones y Quejas formales está disponible para ayudarle. Puede encontrar información adicional en [HighmarkHealthOptions.com/Duals](https://www.highmark.com/HighmarkHealthOptions.com/Duals).

También puede presentar un reclamo relacionado con sus derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., de manera electrónica a través del Portal de Reclamos de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process/index.html>, o por correo postal o por teléfono a: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-800-685-5209 (TTY 711). Someone who speaks English/ Language can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-800-685-5209 (TTY 711). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-800-685-5209 (TTY 711)。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

H7710_24_9938_C

Aprobación de la OMB 0938-1051 (Vencimiento: 31 de agosto de 2026)

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-800-685-5209 (TTY 711)。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-800-685-5209 (TTY 711). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-800-685-5209 (TTY 711). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-800-685-5209 (TTY 711) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-800-685-5209 (TTY 711). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-800-685-5209 (TTY 711) 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-800-685-5209 (TTY 711). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic:

إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، بمساعدتك. هذه خدمة مجانية. سيقوم شخص ما يتحدث العربية (1-800-685-5209 (TTY 711) ليس عليك سوى الاتصال بنا على

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-800-685-5209 (TTY 711) पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-800-685-5209 (TTY 711). Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portugués: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-800-685-5209 (TTY 711). Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

H7710_24_9938_C

Aprobación de la OMB 0938-1051 (Vencimiento: 31 de agosto de 2026)

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-800-685-5209 (TTY 711). Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-800-685-5209 (TTY 711). Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-800-685-5209 (TTY 711) にお電話ください。日本語を話す人 者が支援いたします。これは無料のサービスです。

Índice**Evidencia de cobertura para 2025****Índice**

CAPÍTULO 1:	<i>Primeros pasos como asegurado</i>	6
SECCIÓN 1	Introducción	6
SECCIÓN 2	¿Qué requisitos debe cumplir para ser un miembro del plan?	8
SECCIÓN 3	Materiales importantes de membresía que recibirá	10
SECCIÓN 4	Sus costos mensuales para Highmark Health Options Duals	11
SECCIÓN 5	Más información sobre su prima mensual	14
SECCIÓN 6	Cómo mantener actualizado su registro de membresía del plan	15
SECCIÓN 7	Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan	16
CAPÍTULO 2:	<i>Números de teléfono y recursos importantes</i>	18
SECCIÓN 1	Contactos de Health Options Duals (cómo ponerse en contacto con nosotros, incluido cómo ponerse en contacto con el área de Servicios para los miembros)	18
SECCIÓN 2	Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal de Medicare)	21
SECCIÓN 3	Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)	23
SECCIÓN 4	Organización para el mejoramiento de la calidad	24
SECCIÓN 5	Seguro Social	25
SECCIÓN 6	Medicaid	26
SECCIÓN 7	Información sobre programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos recetados	28
SECCIÓN 8	Cómo comunicarse con la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios	30
CAPÍTULO 3:	<i>Cómo usar el plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos</i>	33
SECCIÓN 1	Lo que debe saber acerca de cómo obtener cobertura para sus servicios médicos y otros servicios como miembro de nuestro plan	33
SECCIÓN 2	Use los proveedores de la red del plan para obtener su atención médica y otros servicios	35
SECCIÓN 3	Cómo obtener servicios cuando tiene una emergencia o una necesidad urgente de atención o durante un desastre	38
SECCIÓN 4	¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de sus servicios? ...	40

Índice

SECCIÓN 5	¿Cómo se cubren los servicios médicos cuando participa en un estudio de investigación clínica?	40
SECCIÓN 6	Normas para obtener atención en una institución religiosa no médica para la atención de la salud	42
SECCIÓN 7	Normas para la propiedad de equipo médico duradero	43
CAPÍTULO 4:	<i>Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto)</i>	46
SECCIÓN 1	Cómo comprender los servicios cubiertos	46
SECCIÓN 2	Consulte la <i>Tabla de beneficios médicos</i> para saber qué está cubierto.....	46
SECCIÓN 3	¿Qué servicios están cubiertos fuera de Highmark Health Options Duals?	96
SECCIÓN 4	¿Qué servicios no están cubiertos por el plan?	96
CAPÍTULO 5:	<i>Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener los medicamentos recetados de la Parte D</i>	89
SECCIÓN 1	Introducción	89
SECCIÓN 2	Obtener sus medicamentos recetados en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan.....	90
SECCIÓN 3	Sus medicamentos deben formar parte de la Lista de medicamentos del plan	93
SECCIÓN 4	Hay restricciones de cobertura para algunos medicamentos.....	95
SECCIÓN 5	¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera que le gustaría?	97
SECCIÓN 6	¿Qué sucede si su cobertura cambia para uno de sus medicamentos?	99
SECCIÓN 7	¿Qué tipos de medicamentos <i>no</i> están cubiertos por el plan?.....	101
SECCIÓN 8	Cómo surtir una receta	103
SECCIÓN 9	Cobertura de farmacia de la Parte D en situaciones especiales.....	103
SECCIÓN 10	Programas sobre seguridad de medicamentos y manejo de medicamentos	104
SECCIÓN 11	Le enviaremos informes que explican los pagos de sus medicamentos y la etapa de pago en que se encuentra.....	107
CAPÍTULO 6:	<i>Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D</i>	110
CAPÍTULO 7:	<i>Cómo solicitarnos que le paguemos una factura que ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos</i>	112
SECCIÓN 1	Situaciones en las que debe solicitarnos que paguemos sus servicios o medicamentos cubiertos	112

Índice

SECCIÓN 2	Cómo solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que recibí.....	114
SECCIÓN 3	Analizaremos su solicitud de pago y decidiremos si le pagaremos o no ..	115
CAPÍTULO 8:	<i>Sus derechos y responsabilidades</i>	117
SECCIÓN 1	Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades interculturales como miembro del plan	117
SECCIÓN 2	Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan	122
CAPÍTULO 9:	<i>Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)</i>	125
SECCIÓN 1	Introducción	125
SECCIÓN 2	Dónde obtener más información y asistencia personalizada	126
SECCIÓN 3	¿Qué proceso debe utilizar para tratar su problema?	126
SECCIÓN 4	Manejo de problemas relacionados con sus beneficios de Medicare	127
SECCIÓN 5	Guía de los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones	128
SECCIÓN 6	Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura.....	131
SECCIÓN 7	Sus medicamentos con receta de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación	139
SECCIÓN 8	Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que está siendo dado de alta demasiado pronto	148
SECCIÓN 9	Cómo solicitarnos que continuemos cubriendo determinados servicios médicos si cree que su cobertura está finalizando demasiado pronto	153
SECCIÓN 10	Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y a niveles superiores	157
SECCIÓN 11	Cómo presentar una queja acerca de la calidad de la atención, los tiempos de espera, la atención al cliente u otras inquietudes.....	159
SECCIÓN 12	Cómo manejar los problemas sobre sus beneficios de Medicaid.....	163
CAPÍTULO 10:	<i>Cancelación de su membresía en el plan</i>	165
SECCIÓN 1	Introducción a cómo cancelar su membresía en nuestro plan.....	165
SECCIÓN 2	¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan?	165
SECCIÓN 3	¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan?	168
SECCIÓN 4	Hasta que se cancele su membresía, debe seguir recibiendo sus medicamentos, artículos y servicios médicos a través de nuestro plan	170
SECCIÓN 5	Highmark Health Options Duals debe cancelar su membresía del plan en determinadas situaciones	170

Índice

CAPÍTULO 11: Avisos legales	173
SECCIÓN 1 Aviso sobre las leyes vigentes	173
SECCIÓN 2 Aviso de no discriminación.....	173
SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare	173
SECCIÓN 4 Aviso sobre cómo determinamos si una tecnología es experimental.....	174
SECCIÓN 5 Aviso sobre lo que necesita saber sobre su cobertura	174
CAPÍTULO 12: Definiciones de palabras importantes	177

CAPÍTULO 1:

Primeros pasos como miembro

CAPÍTULO 1 Primeros pasos como miembro**SECCIÓN 1 Introducción****Sección 1.1 Está inscrito en Highmark Health Options Duals, que es un plan especializado de Medicare Advantage (plan de necesidades especiales)**

Usted está cubierto por Medicare y Medicaid:

- **Medicare** es el programa de seguro médico federal para personas de 65 años o mayores, algunas personas menores de 65 años con discapacidades y personas con enfermedad renal en Etapa terminal (insuficiencia renal).
- **Medicaid** es un programa del Gobierno federal y estatal conjunto que ayuda con los costos médicos de algunas personas con ingresos y recursos limitados. La cobertura de Medicaid varía según el estado y el tipo de Medicaid que usted tenga. Algunas personas que tienen Medicaid obtienen ayuda para pagar sus primas de Medicare y otros costos. Otras personas también obtienen cobertura para servicios adicionales y medicamentos que no están cubiertos por Medicare.

Ha elegido obtener su atención médica de Medicare y su cobertura de medicamentos recetados a través de nuestro plan, Highmark Health Options Duals. Debemos cubrir todos los servicios de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, los costos compartidos y el acceso a proveedores en este plan difieren de Original Medicare. [Insert 2024 plan name] es un plan Medicare Advantage especializado (un Plan de necesidades especiales de Medicare).

Highmark Health Options Duals es un plan Medicare Advantage especializado (un plan de necesidades especiales de Medicare), lo que significa que sus beneficios están diseñados para personas con necesidades de atención médica especiales. Highmark Health Options Duals está diseñado para personas que tienen Medicare y que también tienen derecho a recibir asistencia de Medicaid.

Debido a que usted recibe asistencia de Medicaid con su costo compartido de la Parte A y B de Medicare (deducibles, copagos y coseguros), es posible que no pague nada por sus servicios de atención médica de Medicare. Medicaid también puede proporcionarle otros beneficios al cubrir servicios de atención médica que no suele cubrir Medicare. También recibirá “Ayuda Adicional” (Extra Help) por parte del Programa Medicare para el pago de sus medicamentos recetados del Programa Medicare. Highmark Health Options Duals le ayudará a administrar todos estos beneficios para que obtenga los servicios de atención médica y la asistencia con el pago a los que tiene derecho.

Highmark Health Options Duals es gestionado por una empresa privada. Como todos los planes Medicare Advantage, este Plan de necesidades especiales de Medicare está aprobado por Medicare. El plan también tiene un contrato con el Programa Medicaid de Delaware para coordinar sus beneficios del Programa Medicaid. Nos complace brindarle su cobertura de atención médica de Medicare, incluida su cobertura de medicamentos con receta médica.

La cobertura en virtud de este plan califica como cobertura de salud calificada (Qualifying Health Coverage, QHC) y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de

CAPÍTULO 1 Primeros pasos como miembro

la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (Affordable Care Act, ACA). Para obtener más información, visite el sitio web del Servicio de impuestos internos (Internal Revenue Service, IRS) en: <https://www.irs.gov/affordable-care-act/individuals-and-families>

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

Este documento de *Evidencia de Cobertura* le informa cómo recibir su atención médica y medicamentos recetados de Medicare. Explica sus derechos y responsabilidades, lo que está cubierto, lo que paga como miembro del plan y cómo presentar una queja si no está satisfecho con una decisión o tratamiento.

Las palabras “cobertura” y “servicios cubiertos” hacen referencia a la atención y servicios médicos, y a los medicamentos recetados que tiene disponibles como miembro de Highmark Health Options Duals.

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

Si hay algún tema que lo confunde o le preocupa, o simplemente tiene una pregunta, comuníquese con Servicios para Miembros.

Sección 1.3 Información legal sobre la *Evidencia de Cobertura*

Esta *Evidencia de cobertura* forma parte de nuestro contrato con usted sobre cómo Highmark Health Options Duals cubre su atención. Otras partes de este contrato incluyen tu formulario de inscripción, la *Lista de medicamentos cubiertos (lista de medicamentos aprobados)* y los avisos que te enviamos sobre cambios en tu cobertura o condiciones que afectan tu cobertura. Estos avisos, en ocasiones, se denominan *cláusulas adicionales o enmiendas*.

El contrato tiene vigencia durante los meses en los que esté asegurado en Highmark Health Options Duals entre el 1.º de enero de 2025 y el 31 de diciembre de 2025.

Cada año calendario, Medicare nos permite realizar cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios del plan Highmark Health Options Duals después del 31 de diciembre de 2025. También podemos decidir dejar de ofrecer el plan en su área de servicio, u ofrecerlo en un área de servicio diferente, después del 31 de diciembre de 2025.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar el plan Highmark Health Options Duals todos los años. Puede seguir obteniendo la cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan cada año solo si decidimos continuar ofreciendo el plan y si Medicare renueva la aprobación del plan.

CAPÍTULO 1 Primeros pasos como miembro**SECCIÓN 2 ¿Qué requisitos debe cumplir para ser un miembro del plan?****Sección 2.1 Sus requisitos de elegibilidad**

Es elegible para nuestro plan siempre que:

- Tenga tanto la Parte A como la Parte B de Medicare.
- -- y -- Viva en nuestra área de servicio geográfica (la Sección 2.3, que se encuentra más abajo, describe el área de servicio). Las personas encarceladas no se consideran que viven en el área de servicio geográfica, incluso si están físicamente ubicadas en ella.
- -- y -- Sea ciudadano de los Estados Unidos o se encuentra legalmente en los Estados Unidos.
- -- y -- Cumpla con los requisitos especiales de elegibilidad que se describen a continuación.

Requisitos especiales de elegibilidad para nuestro plan

Nuestro plan está diseñado para cumplir las necesidades de las personas que reciben ciertos beneficios de Medicaid. (Medicaid es un programa conjunto del gobierno federal y estatal que ayuda con los costos médicos a ciertas personas con ingresos y recursos limitados). A fin de ser elegible para nuestro plan, debe ser elegible para Medicare y los beneficios completos de Medicaid o ser elegible para la asistencia de costos compartidos de Medicare en virtud de Medicaid.

Tenga en cuenta lo siguiente: Si pierde su elegibilidad, pero se puede esperar razonablemente que la recupere dentro de seis meses, aún es elegible para ser miembro de nuestro plan (en la Sección 2.1 del Capítulo 4 se le informa sobre la cobertura y los “costos compartidos” durante un período de elegibilidad continua estimada).

Sección 2.2 ¿Qué es Medicaid?

Medicaid es un programa conjunto del gobierno federal y estatal que ayuda con los costos médicos a ciertas personas que tienen ingresos y recursos limitados. Cada estado decide lo que cuenta como ingresos y recursos, quién es elegible, qué servicios están cubiertos y el costo de estos. Los estados también pueden decidir cómo administrar su programa, siempre que sigan las pautas del gobierno federal.

Además, hay programas ofrecidos a través de Medicaid para ayudar a las personas que tienen Medicare a pagar sus costos de Medicare, tales como sus primas mensuales. Estos “Programas de ahorros de Medicare” ayudan a las personas con ingresos y recursos limitados a ahorrar dinero todos los años:

- **Elegible para beneficios duales completos (Full Benefit Dual Eligible, FBDE):** Una persona FBDE es elegible para Medicaid ya sea de manera categórica o a través de grupos de cobertura opcionales, como niveles de ingresos especiales o necesidades médicas para exenciones institucionalizadas o basadas en el hogar y la comunidad.

CAPÍTULO 1 Primeros pasos como miembro

- **Beneficiario de Medicare Calificado Plus (Qualified Medicare Beneficiary Plus, 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). Las personas con QMB+ también tienen todos los beneficios de Medicaid.
- **Beneficiario Especificado de Bajos Ingresos Plus de Medicare (Specified Low-Income Medicare Beneficiary Plus, SLMB+):** Persona que reúne los requisitos (Qualifying Individual, QI): ayuda a pagar las primas de la Parte B. Las personas con SLMB + también tienen todos los beneficios de Medicaid.
- **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).

Sección 2.3	Esta es el área de servicio del plan Highmark Health Options Duals
--------------------	---

Highmark Health Options Duals solo está disponible para personas que viven en el área de servicio del plan. Para permanecer como miembro de nuestro plan, debe seguir viviendo en esta área de servicio. El área de servicio se describe a continuación.

Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados de Delaware: Kent, New Castle y Sussex.

Tenga en cuenta que debe vivir en uno de estos 4 condados Kent, New Castle, Sussex

Si planea mudarse fuera del área de servicio, no puede seguir siendo miembro de este plan.

Póngase en contacto con Servicios para los miembros para consultar si contamos con algún plan en su nueva área. Si se muda, tendrá un Período de inscripción especial que le permitirá cambiar a Original Medicare o inscribirse en un plan de salud de Medicare o de medicamentos disponible en su nueva ubicación.

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

Sección 2.4	Ciudadano estadounidense o presencia legal en los EE. UU.
--------------------	--

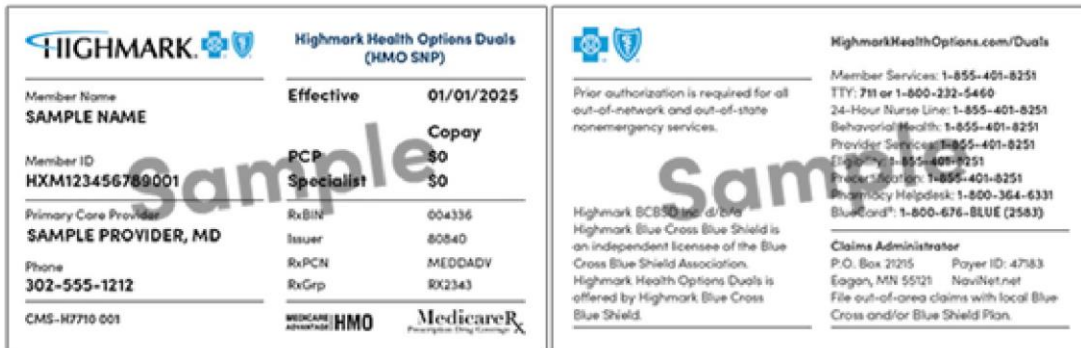
Los miembros de un plan de salud de Medicare deben ser ciudadanos estadounidenses o estar legalmente presentes en los Estados Unidos. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) le notificará a Highmark Health Options Duals si usted no cumple con los requisitos para seguir siendo miembro sobre esta base. Highmark Health Options Duals tiene que cancelar su inscripción si usted no cumple con este requisito.

CAPÍTULO 1 Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 3 Materiales importantes de membresía que recibirá

Sección 3.1 Su tarjeta de miembro

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



NO use la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para obtener los servicios médicos cubiertos mientras sea miembro de este plan. Si usa su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de miembro de Highmark Health Options Duals, es posible que usted tenga que pagar el costo total de los servicios médicos. Guarde la tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Se le puede pedir que le muestre si necesita servicios hospitalarios, servicios de hospicio o si participa en estudios de investigación clínica aprobados por Medicare, también denominados ensayos clínicos.

Si su tarjeta de membresía del plan se daña, la pierde o se la roban, llame a Servicios para Miembros de inmediato y le enviaremos una nueva tarjeta.

Sección 3.2 El Directorio de proveedores y farmacias

En el *Directorio de proveedores y farmacias* se enumeran a los proveedores, las farmacias y los proveedores de equipo médico duradero que pertenecen a nuestra red.

Los **proveedores de la red** son médicos y otros profesionales de atención médica, grupos médicos, proveedores de equipo médico duradero, hospitales y otros centros de atención médica que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y todo costo compartido del plan como pago total.

Las **farmacias de la red** son todas las farmacias que han acordado surtir los medicamentos recetados cubiertos para los miembros de nuestro plan. Puede usar el *Directorio de proveedores y farmacias* para encontrar la farmacia de la red que desee usar. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para obtener información sobre cuándo puede usar farmacias que no están en la red del plan.

CAPÍTULO 1 Primeros pasos como miembro

Debe usar proveedores de la red para obtener atención y servicios médicos. Si va a otro lugar sin la autorización adecuada, tendrá que pagar la totalidad de la cuenta. Las únicas excepciones son emergencias, servicios urgentemente necesarios cuando la red no está disponible (es decir, en situaciones en las que no es razonable o no es posible obtener servicios dentro de la red), servicios de diálisis fuera del área de cobertura y casos en los que Highmark Health Options Duals autoriza el uso de proveedores fuera de la red.

La lista más reciente de proveedores está disponible en nuestro sitio web en HighmarkHealthOptions.com/Duals.

Si no tiene su copia del *Directorio de proveedores y farmacias*, puede solicitar una copia (electrónica o en formato impreso) a Servicios para Miembros. También puede encontrar esta información en nuestro sitio web en HighmarkHealthOptions.com/Duals. Las solicitudes de *Directorios de proveedores* en formato impreso se le enviarán en un plazo de tres días hábiles.

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

El plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos (Vademécum)*. Nosotros la denominamos “Lista de medicamentos” para abreviarla. Informa qué medicamentos recetados de la Parte D están cubiertos por el beneficio de la Parte D incluido en el plan Highmark Health Options Duals. El plan, con la colaboración de un equipo de médicos y farmacéuticos, selecciona los medicamentos de la lista. La lista debe cumplir con los requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la Lista de medicamentos de Highmark Health Options Duals.

La Lista de medicamentos le indica si existen normas que restrinjan la cobertura de sus medicamentos.

Le proporcionaremos una copia de la Lista de medicamentos. La Lista de medicamentos que le proporcionamos incluye información sobre los medicamentos cubiertos que utilizan con mayor frecuencia nuestros asegurados. Sin embargo, cubrimos medicamentos adicionales que no se incluyen en la Lista de Medicamentos proporcionada. Si uno de sus medicamentos no está incluido en la Lista de medicamentos, debe visitar nuestro sitio web o comunicarse con Atención al Asegurado para averiguar si lo cubrimos. Para obtener la información más completa y actualizada sobre qué medicamentos están cubiertos, puede visitar el sitio web del plan (HighmarkHealthOptions.com/Duals) o llamar a Servicios para los miembros.

SECCIÓN 4 Sus costos mensuales para Highmark Health Options Duals

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

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

CAPÍTULO 1 Primeros pasos como miembro

Si tiene preguntas, revise su copia del manual Medicare y Usted 2025. Si necesita una copia, puede descargarla del sitio web de Medicare (www.medicare.gov/medicare-and-you). O bien, puede solicitar una copia impresa por teléfono al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 4.1 Prima del plan

Usted no paga una prima mensual del plan separada por el plan Highmark Health Options Duals.

Sección 4.2 Prima mensual de la Parte B de Medicare

Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare

Algunos miembros deben pagar otras primas de Medicare. Como se explica en la Sección 2 precedente, si desea ser elegible para nuestro plan, debe mantener su elegibilidad para Medicaid, así como tener tanto la Parte A como la Parte B de Medicare. Para la mayoría de los miembros de Highmark Health Options Duals paga su prima de la Parte A (si no reúne los requisitos automáticamente) y su prima de la Parte B.

Si Medicaid no paga las primas de Medicare por usted, debe seguir pagando sus primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan. Esto incluye su prima para la Parte B. También puede incluir una prima para la Parte A, que afecta a los miembros que no son elegibles para la Parte A sin prima.

Sección 4.3 Multa por inscripción tardía de la Parte D

Como tiene doble elegibilidad, la multa por inscripción tardía (Late Enrollment Penalty, LEP) no se aplica a usted mientras mantenga su condición de doble elegibilidad, pero si pierde la condición puede incurrir en una LEP. La multa por inscripción tardía de la Parte D es una prima adicional que debe pagarse para la cobertura de la Parte D si, en algún momento después de que finaliza su período de inscripción inicial, hay un período de 63 días consecutivos o más en los que usted no tiene la Parte D u otra cobertura para medicamentos con receta acreditable. La cobertura para medicamentos con receta acreditable es la cobertura que cumple con los estándares mínimos de Medicare, ya que se espera que cubra, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura estándar para medicamentos con receta de Medicare. El costo de la multa por inscripción tardía depende de cuánto tiempo estuvo sin cobertura de la Parte D u otra cobertura acreditable de medicamentos recetados. Deberá pagar esta multa mientras siga teniendo cobertura de la Parte D.

No tendrá que pagarla si:

- Usted recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos con receta.
- Ha pasado menos de 63 días seguidos sin cobertura acreditable.
- Ha tenido una cobertura de medicamentos acreditable a través de otra fuente, como un empleador anterior, un sindicato, TRICARE o la Administración de Salud de Veteranos

CAPÍTULO 1 Primeros pasos como miembro

del Departamento de Asuntos de Veteranos (Veterans Affairs, VA). Su asegurador o el departamento de recursos humanos le informarán cada año si su cobertura para medicamentos es una cobertura acreditable. Esta información se le puede enviar por carta o se la puede incluir en un boletín informativo del plan. Conserve esta información, porque puede necesitarla si se une en el futuro al plan de medicamentos de Medicare.

- **Nota:** Cualquier aviso debe indicar que tenía una cobertura para medicamentos con receta acreditable que se preveía que pagaría el mismo monto que el plan estándar para medicamentos con receta de Medicare.
- **Nota:** las siguientes *no* son coberturas de farmacia acreditables de medicamentos recetados: tarjetas de descuento para medicamentos recetados, clínicas gratis y sitios web de descuentos para medicamentos.

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

- En primer lugar, se cuenta la cantidad de meses completos que se retrasó en la inscripción de un plan de medicamentos de Medicare, después de que fuera elegible para inscribirse. O se cuenta la cantidad de meses completos en los que no tuvo cobertura acreditable para medicamentos con receta si la interrupción de la cobertura fue de 63 días o más. La multa es del 1% por cada mes que no tuvo cobertura acreditable. Por ejemplo, si pasa 14 meses sin cobertura, la multa será del 14%.
- Luego, Medicare determina el monto de la prima mensual promedio para los planes de medicamentos de Medicare en la nación desde el año anterior. Para 2025, este monto de prima promedio es de \$36.78.
- Para calcular su multa mensual, usted multiplica el porcentaje de la multa y la prima mensual promedio y luego redondea el resultado a los 10 centavos más cercanos. En este ejemplo, sería el 14% multiplicado por \$36.78 lo que equivale a \$5.149. Esto se redondea a \$5.10. Este monto se sumaría **a la prima mensual para alguien con multa por inscripción tardía de la Parte D.**

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

- Primero, **la multa puede cambiar cada año**, porque también puede cambiar la prima mensual promedio.
- Segundo, **continuará pagando una multa** todos los meses mientras cuente con cobertura que incluya beneficios para medicamentos de la Parte D de Medicare, incluso si cambia de cobertura.
- En tercer lugar, si tiene menos de 65 años y actualmente recibe beneficios de Medicare, la multa por inscripción tardía de la Parte D se reiniciará cuando cumpla 65 años. Después de los 65 años, la multa por inscripción tardía de la Parte D se basará solo en los meses en los que no tenga cobertura después del período de inscripción inicial para envejecer en Medicare.

Si no está de acuerdo con su multa por inscripción tardía de la Parte D, usted o su representante pueden pedir una revisión. En general, debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días** de la fecha de la primera carta que reciba en la que se indique que debe pagar la multa por

CAPÍTULO 1 Primeros pasos como miembro

inscripción tardía. Sin embargo, si pagaba una multa antes de inscribirse en nuestro plan, tal vez no tenga otra oportunidad de solicitar una revisión de la multa por inscripción tardía.

Sección 4.4 Monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos

Es posible que algunos miembros deban pagar un cargo adicional, conocido como Monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos de la Parte D, también conocido como Monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos (Income Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA). El cargo adicional se calcula utilizando sus ingresos brutos ajustados modificados, según lo informado en su declaración de impuestos del IRS de hace dos 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 quizás deba pagar según sus ingresos, visite <https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/monthly-premium-for-drug-plans>.

Si debe pagar un monto adicional, el Seguro Social, no su plan de Medicare, le enviará una carta en la que se le indicará cuál será ese monto adicional. El monto adicional será retenido de su cheque de beneficios del Seguro Social, de la Junta de jubilación para ferroviarios o de la Oficina de Administración de personal, independientemente de cómo pague siempre su prima del plan, a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir el monto adicional adeudado. Si el monto de su cheque de beneficios no cubre el monto adicional, recibirá una factura de Medicare. **Debe pagar el monto adicional al gobierno. No se puede pagar con su prima mensual del plan. Si no paga el monto adicional, su inscripción en el plan se cancelará y perderá la cobertura para medicamentos recetados.**

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

SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual**Sección 5.1 ¿Podemos cambiar su prima mensual del plan durante el año?**

No. No podemos cambiar el monto que cobramos por el pago mensual del plan durante el año. Si la prima mensual del plan llegara a cambiar el próximo año, se lo informaremos en septiembre, y la modificación entrará en vigencia el 1.º de enero.

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

- Si actualmente paga la multa por inscripción tardía de la Parte D y resulta ser elegible para la “Ayuda adicional” durante el año, podría dejar de pagar la multa.

CAPÍTULO 1 Primeros pasos como miembro

- Si pierde la “Ayuda adicional”, es posible que esté sujeto a la multa por inscripción tardía si pasa 63 días consecutivos o más sin otra cobertura acreditable para medicamentos con receta o de la Parte D.

Puede encontrar más información sobre el Programa “Beneficio Adicional” en la Sección 7 del Capítulo 2.

SECCIÓN 6 **Cómo mantener actualizado su registro de membresía del plan**

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

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

Infórmenos sobre las siguientes modificaciones:

- Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono.
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro médico que tenga (por ejemplo, de su empleador, del empleador de su cónyuge o pareja doméstica, compensación laboral o Medicaid).
- Si existe alguna demanda de responsabilidad civil, por ejemplo, por un accidente automovilístico.
- Si fue ingresado en un centro de cuidados.
- Si recibe atención en un hospital o una sala de emergencias que se encuentran fuera del área de cobertura o fuera de la red.
- Si cambia la parte responsable designada por usted (como un cuidador).
- Si está participando en un estudio de investigación clínica. (Nota: No está obligado a informar a su plan sobre los estudios de investigación clínica en los que le interesa participar, pero le recomendamos que lo haga).

Si hay algún cambio en su información, llame a Servicios para los miembros. También puede enviar una solicitud de cambio a través del portal para miembros en nuestro sitio web en HighmarkHealthOptions.com/Duals.

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

CAPÍTULO 1 Primeros pasos como miembro**SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan****Otros seguros**

Medicare exige que obtengamos su información sobre otra cobertura de seguro médico o de medicamentos que tenga. Esto se debe a que tenemos que coordinar las demás coberturas que tenga con los beneficios que obtiene de nuestro plan. Esto se denomina **Coordinación de beneficios**.

Una vez por año le enviaremos una carta con el detalle de las demás coberturas médicas o para medicamentos de las que tengamos conocimiento. Lea atentamente esta información. Si es correcta, no será necesario que haga nada. Si la información es incorrecta o si tiene alguna otra cobertura que no está incluida en la lista, llame a Servicios para los miembros. Es posible que sus otros aseguradores le requieran el número de identificación de miembro del plan (una vez que haya confirmado su identidad) para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

Cuando tiene otro seguro (como una cobertura de salud grupal del empleador), hay normas establecidas por Medicare que determinan si nuestro plan o su otro seguro paga en primer término. El seguro que primero paga se denomina pagador principal, y paga hasta el máximo de su cobertura. El que paga en segundo término, denominado pagador secundario, solo paga si quedaron costos sin cubrir de la cobertura principal. El pagador secundario puede no pagar todos los costos sin cubrir. 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 es menor de 65 años y está discapacitado, y usted o un miembro de su familia todavía trabajan, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 100 o más empleados o si este es parte de un plan de empleadores múltiples en el cual, al menos, uno de ellos tiene más de 100 empleados.
 - Si tiene más de 65 años y usted o su cónyuge o pareja doméstica todavía trabajan, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 20 empleados o más, o si este es parte de un plan de empleadores múltiples en el cual, al menos, uno de ellos tiene más de 20 empleados.
- Si usted tiene Medicare debido a una ESRD, su plan de salud grupal pagará primero durante los primeros 30 meses luego de haber sido elegible para Medicare.

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

- Seguro sin culpa (incluido el seguro automovilístico).
- Responsabilidad (incluido el seguro automovilístico).
- Beneficios por neumoconiosis.
- Compensación laboral.

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

CAPÍTULO 2:

*Números de teléfono
y recursos importantes*

SECCIÓN 1 Contactos de Health Options Duals (cómo ponerse en contacto con nosotros, incluido cómo ponerse en contacto con el área de Servicios para los miembros)

Cómo comunicarse con Servicios para Miembros de nuestro plan

Para obtener asistencia relacionada con reclamaciones, facturación o preguntas sobre tarjetas de miembro, llame o escriba a Servicios para los miembros de Highmark Health Options Duals. Con gusto lo ayudaremos.

Método	Servicios para miembros: información de contacto
LLAME AL	1-855-401-8251 Las llamadas a este número son gratuitas, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1.º de octubre al 31 de marzo. Del 1.º de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje de correo de voz después del horario de atención, los fines de semana y los feriados. Servicios para los miembros también ofrece un servicio gratuito de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 o 1-800-232-5460 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1.º de octubre al 31 de marzo. Del 1.º de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje de correo de voz después del horario de atención, los fines de semana y los feriados.
ESCRIBA A	Highmark Health Options Duals P.O. Box 890419 Camp Hill, PA 17089-0419
SITIO WEB	https://www.highmarkhealthoptions.com/duals

Cómo comunicarse con nosotros cuando solicita una decisión de cobertura o apelación sobre su atención médica o sus medicamentos recetados 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 servicios médicos o medicamentos recetados de la Parte D. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado. Para obtener más información acerca de cómo solicitar decisiones de

CAPÍTULO 2 Números de teléfono y recursos importantes

cobertura o apelaciones sobre sus servicios médicos o medicamentos recetados de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Método	Decisiones de cobertura para atención médica y medicamentos recetados de la Parte D: información de contacto
LLAME AL	1-855-401-8251 Las llamadas a este número son gratuitas, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1.º de octubre al 31 de marzo. Del 1.º de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje de correo de voz después del horario de atención, los fines de semana y los feriados.
TTY	711 o 1-800-232-5460 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1.º de octubre al 31 de marzo. Del 1.º de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje de correo de voz después del horario de atención, los fines de semana y los feriados.
FAX	1-888-447-4369 (medicamentos recetados de la Parte D)
ESCRIBA A	Highmark Health Options Duals P.O. Box 890416 Camp Hill, PA 17089-0419

Método	Apelaciones por cuidado de salud o medicamentos recetados de la Parte D: información de contacto
LLAME AL	1-855-401-8251 Las llamadas a este número son gratuitas, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1.º de octubre al 31 de marzo. Del 1.º de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje de correo de voz después del horario de atención, los fines de semana y los feriados.
TTY	711 o 1-800-232-5460 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1.º de octubre al 31 de marzo. Del 1.º de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje de correo de voz después del horario de atención, los fines de semana y los feriados.

CAPÍTULO 2 Números de teléfono y recursos importantes

Método	Apelaciones por cuidado de salud o medicamentos recetados de la Parte D: información de contacto
FAX	1-833-560-1828
ESCRIBA A	Appeals & Grievances Highmark Health Options Duals P.O. Box 890416 Camp Hill, PA 17089-0419

Cómo contactarnos cuando presente una queja sobre su atención médica

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

Método	Quejas sobre atención médica o medicamentos recetados de la Parte D: información de contacto
LLAME AL	1-855-401-8251 Las llamadas a este número son gratuitas, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1.º de octubre al 31 de marzo. Del 1.º de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje de correo de voz después del horario de atención, los fines de semana y los feriados.
TTY	711 o 1-800-232-5460 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1.º de octubre al 31 de marzo. Del 1.º de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje de correo de voz después del horario de atención, los fines de semana y los feriados.
FAX	1-833-560-1828
ESCRIBA A	Highmark Health Options Duals P.O. Box 890416 Camp Hill, PA 17089-0419
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja acerca del plan Highmark Health Options Duals directamente a Medicare. Para presentar una queja en línea a Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx

Dónde enviar una solicitud para que paguemos el costo de la atención médica o medicamento que ha recibido

Si recibió una factura o pagó por servicios (como la factura de un proveedor) que cree que deberíamos pagar, es posible que deba solicitarnos un reembolso o pagar la factura del proveedor. Consulte el Capítulo 7 (*Cómo solicitarnos que paguemos una factura que usted ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos*).

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

Método	Solicitudes de pago: información de contacto
LLAME AL	1-855-401-8251 Las llamadas a este número son gratuitas, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1.º de octubre al 31 de marzo. Del 1.º de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje de correo de voz después del horario de atención, los fines de semana y los feriados.
TTY	711 o 1-800-232-5460 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1.º de octubre al 31 de marzo. Del 1.º de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje de correo de voz después del horario de atención, los fines de semana y los feriados.
FAX	1-855-476-4158
ESCRIBA A	Highmark Health Options Duals Servicios de farmacia P.O. Box 890419 Camp Hill, PA 17089-0419
SITIO WEB	HighmarkHealthOptions.com/Duals

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

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

CAPÍTULO 2 Números de teléfono y recursos importantes

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

Método	Medicare: información de contacto
LLAME AL	1-800-MEDICARE o 1-800-633-4227 Las llamadas a este número son gratuitas. Durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.
SITIO WEB	www.medicare.gov Este es el sitio web gubernamental oficial de Medicare. Proporciona información actualizada sobre Medicare y cuestiones actuales relacionadas con Medicare. También contiene información sobre hospitales, centros de cuidados, médicos, agencias de atención médica a domicilio y centros de diálisis. Incluye documentos que se pueden imprimir directamente de su computadora. También puede encontrar la información de contacto de Medicare en su estado. El sitio web de Medicare también tiene información detallada sobre las opciones de elegibilidad e inscripción de Medicare con las siguientes herramientas: <ul style="list-style-type: none"> • Herramienta de elegibilidad para Medicare: ofrece información sobre el estado de elegibilidad para Medicare. • Buscador de planes de Medicare: proporciona información personalizada acerca de los planes de medicamentos recetados de Medicare, los planes de salud de Medicare y las pólizas de Medigap (Seguro complementario de Medicare) en su área. Estas herramientas brindan un <i>estimado</i> de cuáles serían sus costos de bolsillo en los diferentes planes de Medicare.
SITIO WEB (continuación)	También puede usar el sitio web para informar a Medicare cualquier queja que tenga sobre Highmark Health Options Duals: <ul style="list-style-type: none"> • Informe a Medicare acerca de su queja: Puede presentar una queja acerca del plan Highmark Health Options Duals directamente a Medicare. Para presentar una queja a Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma sus quejas de manera seria y utilizará esta información para mejorar la calidad del programa de Medicare.

CAPÍTULO 2 Números de teléfono y recursos importantes

Método	Medicare: información de contacto
	<p>Si no tiene una computadora, la biblioteca o el centro para personas de edad avanzada locales pueden ayudarlo a ingresar al sitio web con sus computadoras. O bien, puede llamar a Medicare para pedirles la información que está buscando. Ellos buscarán la información en el sitio web y revisarán la información con usted. (Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE [1-800-633-4227], durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).</p>

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

El Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa del gobierno con asesores capacitados en todos los estados. En Delaware, el SHIP se denomina Comisionado de Seguros de la Oficina de Asistencia de Medicare de Delaware.

Oficina de Asistencia de Medicare de Delaware

Oficina de Asistencia de Medicare de Delaware es un programa estatal independiente (no relacionado con ninguna compañía de seguros o plan de salud) que recibe dinero del gobierno federal para dar asesoramiento gratuito sobre seguros de salud locales a personas con Medicare.

Oficina de Asistencia de Medicare de Delaware

Los asesores del Comisionado de Seguros pueden ayudarlo a que entienda sus derechos en relación con Medicare, a presentar quejas sobre la atención o el tratamiento médicos y a solucionar problemas con las facturas de Medicare. Oficina de Asistencia de Medicare de Delaware

Los asesores del Comisionado de Seguros también pueden ayudarlo con las preguntas sobre Medicare o los problemas que pueda tener y ayudarlo a entender sus opciones del plan de Medicare y responder preguntas sobre el cambio de planes.

MÉTODO PARA ACCEDER A SHIP y OTROS RECURSOS:

- Visite <https://www.shiphelp.org> (Haga clic en SHIP LOCATOR [LOCALIZADOR DE SHIP] en el centro de la página)
- Seleccione su **ESTADO** de la lista. Lo llevará a una página que tiene los números de teléfono y recursos específicos de su estado.

CAPÍTULO 2 Números de teléfono y recursos importantes

Método	Oficina de Asistencia de Medicare de Delaware Comisionado de Seguros (SHIP de Delaware) – Información de contacto
LLAME AL	1-800-336-9500 Las visitas sin cita previa se aceptan de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 3:30 p. m., en las tres ubicaciones. Las llamadas telefónicas se aceptan de 8:00 a. m. a 4:30 p. m.
TTY	711. Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
ESCRIBA A	1351 West North Street Suite 101 Dover, DE 19904 503 Carr Road, Suite 303 Wilmington, DE 19809
SITIO WEB	Departamento de Seguros de Delaware - Estado de Delaware

SECCIÓN 4 Organización para el mejoramiento de la calidad

En cada estado hay una Organización para la mejora de la calidad designada que trabaja para los beneficiarios de Medicare. Para Delaware, la Organización para la mejora de la calidad se denomina Livanta.

Livanta tiene un grupo de médicos y otros profesionales de la salud que reciben pagos de Medicare para controlar y ayudar a mejorar la calidad de la atención para las personas con Medicare. Livanta es una organización independiente. No tiene ninguna relación con nuestro plan.

Debes comunicarte con Livanta ante cualquiera de estas situaciones:

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

Método	Livanta (Organización para la mejora de la calidad de Delaware) – Información de contacto
LLAME AL	1-888-396-4646 De lunes a viernes: de 9:00 a. m. a 5:00 p. m. (hora local) Sábados, domingos y feriados: de 10:00 a. m. a 4:00 p. m. (hora local) El servicio de correo de voz está disponible las 24 horas

Método	Livanta (Organización para la mejora de la calidad de Delaware) – Información de contacto
TTY	1-888-985-2660 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
ESCRIBA A	Livanta LLC BFCC-QIO 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701-1105
SITIO WEB	https://www.livantaqio.cms.gov/en/states/delaware

SECCIÓN 5 Seguro Social

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

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

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

Método	Seguro Social: información de contacto
LLAME AL	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m. Puede utilizar los servicios telefónicos automáticos del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunas gestiones durante las 24 horas.

CAPÍTULO 2 Números de teléfono y recursos importantes

Método	Seguro Social: información de contacto
TTY	1-800-325-0778 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m.
SITIO WEB	www.ssa.gov

SECCIÓN 6 Medicaid

Medicaid es un programa del Gobierno federal y estatal conjunto que ayuda con los costos médicos de algunas personas con ingresos y recursos limitados.

Además, hay programas ofrecidos a través del Programa de Asistencia Médica de Delaware para ayudar a las personas que tienen Medicare a pagar sus costos de Medicare, tales como sus primas mensuales. Dado que usted es elegible para Medicare y Medicaid, estos programas se aplican a usted. Estos “Programas de ahorros de Medicare” ayudan a las personas con ingresos y recursos limitados a ahorrar dinero todos los años:

- Elegible para beneficios duales completos (Full Benefit Dual Eligible, FBDE): Una persona FBDE es elegible para Medicaid ya sea de manera categórica o a través de grupos de cobertura opcionales, como niveles de ingresos especiales o necesidades médicas para exenciones institucionalizadas o basadas en el hogar y la comunidad.
- Beneficiario de Medicare Calificado Plus (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). Las personas con QMB+ también tienen todos los beneficios de Medicaid.
- Beneficiario Especificado de Bajos Ingresos Plus de Medicare (SLMB+): Persona que reúne los requisitos (Qualifying Individual, QI): ayuda a pagar las primas de la Parte B. Las personas con SLMB+ también tienen todos los beneficios de Medicaid.
- Beneficiario de Medicare calificado (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).

Si tiene preguntas sobre la asistencia que recibe de Medicaid, comuníquese con la División de Medicaid y Asistencia Médica (Division of Medicaid and Medical Assistance, DMMA).

Método	División de Medicaid y Asistencia Médica (DMMA) – Información de contacto
LLAME AL	(302) 255-9500 o 1-800-372-2022 de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5:00 p. m.

CAPÍTULO 2 Números de teléfono y recursos importantes

Método	División de Medicaid y Asistencia Médica (DMMA) – Información de contacto
TTY	711. Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
ESCRIBA A	DHSS Herman Holloway Campus, Lewis Building 1901 N. DuPont Highway, New Castle, DE 19720
SITIO WEB	https://dhss.delaware.gov/dhss/dmma/

El Departamento de Seguros

de Delaware ayuda a las personas inscritas en Medicaid que tienen problemas con los servicios o la facturación. Pueden ayudarlo a presentar un reclamo o una apelación ante nuestro plan.

Método	Departamento de Seguros de Delaware – Información de contacto
LLAME AL	1-800-282-8611 Las visitas sin cita previa se aceptan de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 3:30 p. m., en las tres ubicaciones. Las llamadas telefónicas se aceptan de 8:00 a. m. a 4:30 p. m.
TTY	711. Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
ESCRIBA A	Comisionado de Seguros 1351 West North Street Suite 101 Dover, DE 19904 Comisionado de Seguros 503 Carr Road, Suite 303 Wilmington, DE 19809 (302) 577-5280
SITIO WEB	https://insurance.delaware.gov/

El Programa del Defensor de Cuidado a Largo Plazo de Delaware ayuda a las personas a obtener información sobre los centros de cuidados y a resolver problemas entre los centros de cuidados y los residentes o sus familiares.

Método	Programa del Defensor de Cuidado a Largo Plazo de Delaware – Información de contacto
LLAME AL	1-855-773-1002 De lunes a viernes, de 9.00 a. m. a 5.00 p. m.
TTY	711. Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
ESCRIBA A	<u>Oficina del Defensor Estatal de Cuidado a Largo Plazo</u> <u>Servicios Sociales y de Salud de Delaware</u> <u>1901 N. Dupont Highway</u> <u>New Castle, Delaware 19720</u> 18 N, Walnut St. Milford, DE 19963
SITIO WEB	www.aging.pa.gov/organization/advocacy-and-protection/Pages/Ombudsman.aspx

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

El sitio web Medicare.gov (<https://www.medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs>) proporciona información sobre cómo reducir los costos de sus medicamentos recetados. Para las personas con ingresos limitados, también existen otros programas de asistencia, que se describen a continuación.

Programa “Ayuda Adicional” (Extra Help) de Medicare

Dado que usted es elegible para Medicaid, reúne los requisitos y recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar los costos del plan de medicamentos con receta. No necesita hacer nada más para obtener esta “Ayuda adicional”.

Si tiene alguna pregunta sobre la “Ayuda adicional”, llame a los siguientes números:

- Al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- Llame a la oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, entre las 8 a. m. y las 7 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.
- A su Oficina de Medicaid de su estado (consulte la Sección 6 de este capítulo para obtener la información de contacto).

CAPÍTULO 2 Números de teléfono y recursos importantes

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

- Si necesita ayuda para obtener esta evidencia, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en el reverso de este documento).
- Cuando recibamos las pruebas que demuestren su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que pueda abonar el copago correcto cuando obtenga su próximo medicamento con receta en la farmacia. Si el copago que abona es superior a lo que le correspondería pagar, le reembolsaremos la diferencia. Para ello, le enviaremos un cheque por la diferencia o haremos una compensación en los futuros copagos. Si la farmacia no le ha cobrado el copago y lo tiene registrado como un monto que usted le adeuda, es posible que efectuemos el pago directamente a la farmacia. Si el estado pagó en su nombre, tal vez le paguemos directamente al estado. Póngase en contacto con Servicios para los miembros si tiene preguntas.

¿Qué sucede si tiene “Ayuda Adicional” (Extra Help) y cobertura de un Programa Estatal de Asistencia para Medicamentos (State Pharmaceutical Assistance Program, SPAP)?

Muchos estados y las Islas Vírgenes de EE. UU. ofrecen ayuda para pagar medicamentos con receta, primas de planes de medicamentos u otros costos de medicamentos. Si está inscrito en un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP), la Ayuda adicional de Medicare paga primero.

¿Qué sucede si recibe “Ayuda Adicional” (Extra Help) y tiene cobertura de un Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP)? ¿Qué es el Programa de Asistencia con Medicamentos para Personas con Sida (ADAP)?

El Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP) ayuda a que las personas elegibles para este programa que tienen VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH que salvan vidas. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que también figuran en el vademécum del ADAP son elegibles para la asistencia de costos compartidos de medicamentos recetados a través del Programa Especial de Beneficios para Medicamentos contra el VIH/SIDA.

Nota: Para ser elegible para el ADAP que funciona en su estado, las personas deben cumplir con ciertos criterios, incluso comprobante de residencia en el estado y estado del VIH, comprobante de bajos ingresos según lo establece el estado, y estado de no asegurado/con seguro insuficiente. Si cambia de plan, notifique a su encargado local de inscripción del ADAP para que pueda continuar recibiendo asistencia. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al 1-888-311-7632.

Programas Estatales de Asistencia para Medicamentos

Muchos estados tienen Programas estatales de asistencia farmacéutica que ayudan a algunas personas a pagar sus medicamentos con receta de acuerdo con la necesidad financiera, la edad, la afección o la discapacidad. Cada estado se rige por distintas normas para brindar cobertura para medicamentos a sus miembros.

CAPÍTULO 2 Números de teléfono y recursos importantes

En Delaware, el Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica es el Programa de Asistencia para Medicamentos con Receta de Delaware.

Método	Programa de Asistencia para Medicamentos con Receta de Delaware (Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica de Delaware) – Información de contacto
LLAME AL	1-844-245-9580 De lunes a viernes de 8:00 a. m. a 4:30 p. m.
TTY	711. Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
ESCRIBA A	DXC DPAP P.O. BOX 950 NEW CASTLE DE 19720-0950
SITIO WEB	https://dhss.delaware.gov/dhss/dmma/dpap.html

SECCIÓN 8 Cómo comunicarse con la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios

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

Método	Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios: información de contacto
LLAME AL	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Si presiona “0”, podrá hablar con un representante de la Junta de jubilación para ferroviarios (Railroad Retirement Board, RRB), de 9:00 a. m. a 3:30 p. m. los lunes, martes, jueves y viernes, y de 9:00 a. m. a 12:00 p. m. los miércoles. Si presiona “1”, podrá acceder a la Línea de ayuda automatizada e información grabada de la RRB durante las 24 horas, incluidos los fines de semana y días feriados.

Método	Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios: información de contacto
TTY	1-312-751-4701 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número <i>no</i> son gratuitas.
SITIO WEB	rb.gov/

CAPÍTULO 3:

*Cómo usar el plan para sus servicios
médicos y
otros servicios cubiertos*

CAPÍTULO 3 Cómo usar el plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

SECCIÓN 1 Lo que debe saber acerca de cómo obtener cobertura para sus servicios médicos y otros servicios como miembro de nuestro plan

Este Capítulo le indica lo que necesita saber sobre cómo usar el plan para obtener sus servicios médicos y otros servicios cubiertos. Aquí se ofrecen definiciones de los términos y se explican las normas que deberá cumplir para obtener los tratamientos médicos, servicios, equipo, medicamentos con receta y otra atención médica cubiertos por el plan.

Para obtener más detalles sobre qué atención médica y otros servicios están cubiertos por nuestro plan, use la tabla de beneficios del siguiente capítulo, el Capítulo 4 (Tabla de beneficios médicos, qué está cubierto).

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

- Los **proveedores** son médicos y otros profesionales de atención de la salud con licencia del 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 atención médica, grupos médicos, hospitales, y otras instalaciones de atención médica que han acordado con nosotros aceptar nuestros pagos como pago total. Hemos acordado con estos proveedores que les presten servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red nos facturan de manera directa por la atención que le brindan. Cuando consulta a un proveedor de la red, no paga nada por los servicios cubiertos.
- “**Servicios cubiertos**” incluyen todos los servicios de atención médica, atención, suministros, equipos y medicamentos recetados que cubre nuestro plan. Los servicios médicos cubiertos para atención médica se incluyen en la tabla de beneficios que aparece en el Capítulo 4. Los servicios cubiertos para medicamentos con receta se analizan en el Capítulo 5.

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

Como un plan de salud de Medicare, Highmark Health Options Duals debe cubrir todos los servicios cubiertos por Original Medicare y debe seguir las normas de cobertura de Original Medicare. Consulte el Cuadro de beneficios médicos del capítulo 4.

Por lo general, el plan Highmark Health Options Duals cubrirá su atención médica siempre y cuando:

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

CAPÍTULO 3 Cómo usar el plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

- **La atención que reciba se considere necesaria desde el punto de vista médico.** 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 médico de atención primaria (primary care provider, PCP) de la red que le está brindando atención y la está supervisando.** Como miembro de nuestro plan, debe elegir a un PCP de la red (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2.1 de este capítulo).
- **Debe recibir la atención de un proveedor de la red** (para obtener más información sobre esto, consulte la Sección 2 de este capítulo). En la mayoría de los casos, no se cubrirá la atención que reciba de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no forme parte de la red de nuestro plan). Esto significa que tendrá que pagarle al proveedor la totalidad de los servicios prestados. *Aquí presentamos tres excepciones:*
 - El plan cubre los servicios de atención de emergencia o de urgencia que usted reciba de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información sobre este tema y ver qué significa atención de emergencia o de urgencia, consulte la Sección 3 de este capítulo.
 - Si necesita recibir atención médica que Medicare exige que cubra nuestro plan, pero no hay especialistas en nuestra red que proporcionen esa atención, puede obtener la atención de un proveedor fuera de la red por el mismo costo compartido que normalmente pagaría dentro de la red. Su proveedor debe obtener la aprobación previa de Highmark Health Options Duals para que usted pueda consultar a un proveedor fuera de la red. En esta situación, nosotros cubrimos estos servicios como si hubiera obtenido la atención de un proveedor de la red. Para obtener información sobre aprobaciones para ver a médicos fuera de la red, consulte la Sección 2.3 de este capítulo.
 - El plan cubre los servicios de diálisis renal que reciba en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando usted está temporalmente fuera del área de servicio del plan o cuando su proveedor para este servicio no esté temporalmente disponible o no se pueda acceder a él. El costo compartido que paga al plan por diálisis nunca puede exceder el costo compartido en Original Medicare. Si se encuentra fuera del área de servicio del plan y obtiene la diálisis de un proveedor que está fuera de la red del plan, su costo compartido no puede exceder el costo compartido que paga dentro de la red. Sin embargo, si su proveedor habitual de diálisis dentro de la red no está disponible temporalmente y usted elige obtener servicios dentro del área de servicio de un proveedor fuera de la red del plan, el costo compartido de la diálisis puede ser mayor.

CAPÍTULO 3 Cómo usar el plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos**SECCIÓN 2 Use los proveedores de la red del plan para obtener su atención médica y otros servicios****Sección 2.1 Usted debe elegir un Proveedor de atención primaria (PCP) para brindar y supervisar su atención****¿Qué es un médico de atención primaria (PCP) y qué hace por usted?**

Cuando usted pasa a ser un asegurado de nuestra cobertura, tiene que elegir a un prestador de servicios médicos de la cobertura para que sea su PCP. Un PCP puede ser un médico de familia, un médico general o un médico de medicina interna que participa en nuestro plan, cumple con los requisitos estatales y está capacitado en atención médica básica. Un PCP es como un “médico de familia tradicional”, que conoce su salud actual y sus antecedentes médicos, un proveedor con el que se siente cómodo hablando de todas sus necesidades de atención médica. Su PCP le proporcionará atención de rutina o básica. Su PCP también puede ayudar a coordinar el resto de los servicios cubiertos que obtiene como miembro del plan. La coordinación de sus servicios incluye controlar o consultar con otros proveedores del plan acerca de su atención médica y cómo evoluciona. Si usted necesita determinados tipos de suministros o servicios cubiertos, su PCP deberá obtener aprobación previa de nuestra parte. Debido a que este coordinará su atención médica, debe pedir que se envíen sus registros médicos anteriores al consultorio de su PCP.

¿Cómo elige a su PCP?

Los PCP se enumeran en el *Directorio de proveedores y farmacias*. También puede encontrar los PCP en nuestro sitio web en [HighmarkHealthOptions.com/Duals](https://www.HighmarkHealthOptions.com/Duals). Haga clic en **Find a Provider** (Buscar un proveedor) para acceder a nuestro *Directorio de proveedores y farmacias* en línea. Debido a que su PCP desempeña un papel central en su atención médica, seleccione uno teniendo en cuenta cuidadosamente la afiliación a hospitales y la ubicación del consultorio. Servicios para Miembros también puede ayudarle a seleccionar un PCP (los números de teléfono están impresos en el dorso de este manual). Para ver información sobre la certificación de la junta y la afiliación a hospitales de su PCP o especialista de la red, visite [HighmarkHealthOptions.com/Duals](https://www.HighmarkHealthOptions.com/Duals) y acceda a nuestro *Directorio de proveedores y farmacias* en línea. Además de esta información, para obtener las calificaciones profesionales de los proveedores de la red, incluidas las facultades de medicina a las que asistieron y las residencias que completaron, llame a Servicios para Miembros.

Cómo cambiar de PCP

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

Puede llamar a Servicios para Miembros para seleccionar un nuevo PCP (los números de teléfono están impresos en el dorso de este documento). Puede elegir un proveedor de la sección Proveedores de atención primaria del *Directorio de proveedores y farmacias* de nuestro plan o buscar nuestro *Directorio de proveedores y farmacias* en línea en nuestro sitio web [HighmarkHealthOptions.com/Duals](https://www.HighmarkHealthOptions.com/Duals).

CAPÍTULO 3 Cómo usar el plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

Servicios para Miembros lo ayudará con su selección, registrará su nuevo PCP y le informará cuándo entrará en vigencia el cambio. Servicios para Miembros también le pedirá una nueva tarjeta de membresía con el nombre y el número de teléfono del consultorio de su nuevo PCP. Una vez que reciba esta tarjeta nueva, puede desechar la tarjeta de membresía anterior de Highmark Health Options Duals Medicare Assured.

Cuando se inscribió en nuestro plan, seleccionó un PCP. Si su PCP abandona la red de proveedores de nuestro plan y no podemos comunicarnos con usted, es posible que se le asigne automáticamente un PCP. El nombre y el número de teléfono del consultorio de su PCP se encuentran en su tarjeta de miembro.

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

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

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

Un “especialista del plan” es alguien que participa en Highmark Health Options Duals. Enumeramos los especialistas y los otros proveedores de la red en el Directorio de proveedores y farmacias. También puede encontrar proveedores de la red en nuestro sitio web HighmarkHealthOptions.com/Duals. Si bien no es necesario que obtenga una derivación de su PCP antes de recibir atención especializada cubierta, se le recomienda que coordine y registre su tratamiento con su PCP en cada etapa de su atención. Su PCP también puede derivarle al especialista adecuado de inmediato, para que no pierda tiempo haciendo un seguimiento del mejor médico para su caso.

Su médico u otro proveedor de la red debe comunicarse con Highmark Health Options Duals antes de que usted reciba un servicio que requiera autorización previa. Consulte la Sección 2.1 del Capítulo 4 para obtener información acerca de cuáles servicios requieren autorización previa. El plan revisará la información y decidirá si se aprobará el servicio.

¿Qué sucede si un especialista u otro proveedor de la red deja nuestro plan?

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

- A pesar de que nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare exige que le proporcionemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Le notificaremos que su proveedor dejará el plan para que tenga tiempo de elegir un proveedor nuevo.

CAPÍTULO 3 Cómo usar el plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

- Si su proveedor de atención primaria o de salud conductual deja de estar en nuestro plan, le notificaremos si ha visitado a ese proveedor en los últimos tres años.
- Si alguno de sus otros proveedores deja nuestro plan, le notificaremos si está designado al proveedor, actualmente recibe atención de este o lo ha visitado en los últimos tres meses.
- Lo ayudaremos a elegir un nuevo proveedor calificado dentro de la red al que pueda acceder para continuar con la atención.
- Si actualmente está realizando terapias o tratamientos médicos con su proveedor actual, tiene derecho a solicitar, y trabajaremos con usted para garantizarlo, continuar con las terapias o los tratamientos médicamente necesarios que está recibiendo.
- Le proporcionaremos información sobre los diferentes períodos de inscripción a su disposición y las opciones que tenga para cambiar de plan.
- Coordinaremos cualquier beneficio cubierto médicamente necesario fuera de nuestra red de proveedores, pero al costo compartido dentro de la red, cuando un proveedor o beneficio dentro de la red no esté disponible o sea inadecuado para satisfacer sus necesidades médicas. (Es posible que se requiera autorización previa.)
- Si se entera de que su médico o especialista dejará el plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor para administrar su atención.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no está siendo administrada de manera apropiada, tiene derecho a presentar una queja de calidad de la atención a la QIO, un reclamo de calidad de la atención al plan, o ambas opciones. Consulte el Capítulo 9.

Sección 2.3 Cómo obtener atención de proveedores fuera de la red

En la mayoría de los casos, debe recibir la atención de un proveedor de la red (para obtener más información sobre esto, consulte la Sección 2 de este capítulo). En la mayoría de los casos, no se cubrirá la atención que reciba de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no forme parte de la red de nuestro plan). *Aquí presentamos tres excepciones:*

- El plan cubre los servicios de atención de emergencia o de urgencia que usted reciba de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información sobre este tema y ver qué significa atención de emergencia o de urgencia, consulte la Sección 3 de este capítulo.
- Si necesita cobertura de cuidado de salud exigida por Medicare a nuestro plan y los proveedores de nuestra red no pueden brindárselo, puede recibir este cuidado de un proveedor fuera de la red. Para pagar lo mismo que pagaría si recibiera atención de un proveedor de la red, debe obtener autorización previa del plan antes de buscar atención. Su PCP puede ayudarlo a obtener esta información.
- Servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando está transitoriamente fuera del área de servicio del plan.

Si desea usar un hospital o especialista que no forma parte de la red de Highmark Health Options Duals, su médico debe obtener la autorización previa.

CAPÍTULO 3 Cómo usar el plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

SECCIÓN 3 **Cómo obtener servicios cuando tiene una emergencia o una necesidad urgente de atención o durante un desastre**

Sección 3.1 **Cómo recibir atención si tienes una emergencia médica**

¿Qué es una “emergencia médica” y qué debe hacer si tiene una emergencia médica?

Una **emergencia médica** es cuando usted o cualquier otra persona prudente con conocimiento promedio de salud y medicina considera que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la muerte (y, si usted es una mujer embarazada, la muerte del bebé por nacer), la pérdida de una extremidad o la pérdida del funcionamiento 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.

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

- **Solicite ayuda lo más rápido posible.** Llame al 911 para pedir ayuda o acuda a la sala de emergencias u hospital más cercano. Pida una ambulancia por teléfono si la necesita. *No* es necesario que primero obtenga una aprobación o la derivación de su médico de atención primaria. No necesita usar un médico de la red. Puede recibir atención médica de emergencia cubierta cuando la necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios, y de cualquier proveedor con una licencia estatal adecuada, incluso si no forma parte de nuestra red. La atención médica de emergencia no tiene cobertura fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- **Tan pronto como sea posible, asegúrese de que se haya informado a nuestro plan 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 número de teléfono de su PCP está en su tarjeta de miembro. Si no puede localizar el número de su PCP, llame a Servicios para Miembros para obtener ayuda (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este documento).

¿Qué se encuentra cubierto si tiene 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 brindan atención de emergencia decidirán en qué momento se estabiliza la afección y finaliza la emergencia médica.

Luego de que finalice la emergencia, tiene derecho a recibir una atención de seguimiento para asegurarse de que su afección continúa estable. Sus médicos continuarán tratándolo hasta que se comuniquen con nosotros y hagan planes para que reciba atención adicional. El plan cubre la

CAPÍTULO 3 Cómo usar el plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

atención de seguimiento. Si recibe atención de emergencia por parte de proveedores fuera de la red, trataremos de que los proveedores de la red se hagan cargo de su atención tan pronto como su afección y las circunstancias lo permitan.

¿Qué sucedería si no fuera una emergencia médica?

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

No obstante, después de que el médico haya dicho que *no* se trataba de una emergencia, cubriremos la atención adicional *solo* si recibe atención adicional de una de dos maneras:

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

Sección 3.2 Cómo obtener atención cuando tiene una necesidad urgente de servicios

¿Qué son los servicios de urgencia?

Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata que no es una emergencia es un servicio que se necesita con urgencia si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan, o no es razonable, dado su tiempo, lugar y circunstancias, obtener este servicio de proveedores de la red con los que el plan tiene contrato. Algunos ejemplos de servicios de urgencia son enfermedades y lesiones médicas imprevistas, o brotes inesperados de afecciones existentes. Sin embargo, las visitas de rutina al proveedor médicamente necesarias, como los chequeos anuales, no se consideran urgentemente necesarias incluso si usted se encuentra fuera del área de servicio del plan o la red del plan no está disponible temporalmente.

Si cree que necesita atención de urgencia, diríjase al centro de atención de urgencia o a la sala de emergencias más cercanos. Nota: si acude a la sala de emergencias, su costo compartido podría ser mayor. Para obtener más información, consulte la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4 de este documento. Asegúrese de hacer un seguimiento con su PCP cuando pueda.

Medicare no proporciona cobertura para atención médica de emergencia fuera de los Estados Unidos y sus territorios. Nuestro plan no cubre servicios de emergencia, servicios urgentemente necesarios ni otros servicios de atención fuera de los Estados Unidos y sus territorios.

Sección 3.3 Cómo obtener atención durante un desastre

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

CAPÍTULO 3 Cómo usar el plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

Visite el siguiente sitio web: [HighmarkHealthOptions.com/Duals](https://www.HighmarkHealthOptions.com/Duals) para obtener información sobre cómo obtener la atención que necesita durante un desastre.

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

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

Sección 4.1 Puede solicitarnos que paguemos los servicios cubiertos

Si usted ha pagado por sus servicios cubiertos o si ha recibido una factura por servicios médicos cubiertos, consulte el Capítulo 7 (*Cómo solicitarnos que paguemos una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos*) para obtener información sobre lo que debe hacer.

Sección 4.2 ¿Qué debe hacer en el caso de los servicios que no cubre nuestro plan?

Highmark Health Options Duals cubre todos los servicios médicamente necesarios que se enumeran en la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4 de este documento. Si recibe servicios que nuestro plan no cubre o servicios obtenidos fuera de la red y que no se autorizaron, usted es responsable de pagar el costo total de los servicios.

Para los servicios cubiertos que tienen una limitación para los beneficios, usted paga el costo total de cualquier servicio que reciba después de haber utilizado la totalidad del beneficio para ese tipo de servicio cubierto. El costo de los servicios que recibe que superan la limitación de beneficios no cuenta dentro del máximo de costos de bolsillo.

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

Sección 5.1 ¿Qué es un estudio de investigación clínica?

Un estudio de investigación clínica (también llamado *ensayo clínico*) es una manera para que los médicos y científicos prueben nuevos tipos de atención médica, como el funcionamiento de un nuevo medicamento para el cáncer. Ciertos estudios de investigación clínica están aprobados por Medicare. Los estudios de investigación clínica aprobados por Medicare normalmente solicitan voluntarios para participar en el estudio.

Una vez que Medicare apruebe el estudio, y usted exprese su interés, alguien que trabaja en el estudio se pondrá en contacto con usted para explicarle más sobre el estudio y determinar si

CAPÍTULO 3 Cómo usar el plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

cumple con los requisitos establecidos por los científicos que están llevando a cabo el estudio. Usted puede participar en el estudio siempre que cumpla con los requisitos del estudio y comprenda y acepte completamente lo que implica participar en este.

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

Si quiere participar en cualquier estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* necesita informarnos u obtener aprobación de nuestra parte ni de su PCP. *No* es necesario que los proveedores que le brindan la atención como parte del estudio de investigación clínica sean parte de la red de proveedores de nuestro plan. Tenga en cuenta que esto no incluye beneficios a cargo de nuestro plan que incluyan, como componente, un ensayo clínico o un registro para evaluar el beneficio. Estos incluyen ciertos beneficios específicos en virtud de determinaciones de cobertura nacionales que requieren cobertura con desarrollo de evidencia (National Coverage Determinations requiring coverage with evidence development, NCD-CED) y exención de dispositivos de investigación (investigational device exemption, IDE) y pueden estar sujetos a autorización previa y otras normas del plan.

Aunque no es necesario que obtenga la autorización de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica con cobertura de Original Medicare para las personas inscritas en Medicare Advantage, le recomendamos que nos notifique por adelantado cuando elija participar en ensayos clínicos calificados por Medicare.

Si usted participa en un estudio que Medicare *no* haya aprobado, *deberá pagar todos los costos de su participación en el estudio.*

Sección 5.2 Cuando participas en un estudio de investigación clínica ¿quién paga qué costos?

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

- 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.

CAPÍTULO 3 Cómo usar el plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

Después de que Medicare haya pagado la parte que le corresponde del costo por estos servicios, nuestro plan pagará el resto. Como para todos los servicios cubiertos, usted no pagará nada por los servicios cubiertos que reciba en el estudio de investigación clínica.

Si participa en un estudio de investigación clínica, **ni Medicare ni nuestro plan pagarán lo siguiente:**

- Por lo general, Medicare *no* pagará el nuevo artículo ni servicio que se esté probando en el estudio, salvo en los casos en que Medicare cubriría el artículo o el servicio incluso si usted *no* estuviera participando en un estudio.
- Los productos o servicios que se proporcionen solo para recabar datos y que no se utilicen en su atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no cubriría las tomografías computarizadas mensuales que se realicen como parte del estudio si su afección normalmente requiriese una sola tomografía computarizada.
- Artículos y servicios que habitualmente proporcionan los patrocinadores de la investigación de forma gratuita para cualquier participante del ensayo.

¿Desea obtener más información?

Puede obtener más información sobre cómo inscribirse en un estudio de investigación clínica si visita el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación “*Medicare and Clinical Research Studies*” (*Medicare y los estudios de investigación clínica*). (La publicación está disponible en: <https://www.medicare.gov/sites/default/files/2019-09/02226-medicare-and-clinical-research-studies.pdf>.) También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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

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

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

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

Para obtener atención de una institución religiosa no médica para la atención de la salud, debe firmar un documento legal en el que indique que está conscientemente en contra de obtener tratamiento médico que esté **no exceptuado**.

CAPÍTULO 3 Cómo usar el plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

- La atención o el tratamiento médico **no exceptuado** corresponde a la atención o el tratamiento médico *voluntario* y *no obligatorio* según la ley federal, estatal o local.
- El tratamiento médico **exceptuado** se refiere a la atención o el tratamiento médico *no voluntario* u *obligatorio* según la ley federal, estatal o local.

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

- La institución que brinde atención debe estar certificada por Medicare.
- La cobertura de los servicios de nuestro plan que recibe se limita a los aspectos *no religiosos* de la atención.
- Si recibe servicios de esta institución que se le proporcionan en un centro, se aplican las siguientes condiciones:
 - Debe tener una afección que le permitiría recibir los servicios cubiertos correspondientes a atención hospitalaria para pacientes internados en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada.
 - — y — Debe obtener la aprobación de nuestro plan por adelantado, antes de su ingreso al establecimiento; de lo contrario, no se cubrirá su hospitalización.

Para este beneficio se aplican los límites de cobertura de hospitalización de nuestro plan. Consulte la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4 en el encabezado *Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados*.

SECCIÓN 7 Normas para la propiedad de equipo médico duradero

Sección 7.1 ¿Será propietario del equipo médico duradero, después de hacer cierta cantidad de pagos en virtud de nuestro plan?

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

En Original Medicare, quienes alquilan ciertos tipos de DME pueden quedarse con el equipo después de pagar el copago del artículo durante 13 meses. Sin embargo, como miembro de Highmark Health Options Duals, no tendrá posesión de los artículos de DME alquilados, independientemente de la cantidad de copagos que haya realizado por el artículo siendo miembro de nuestro plan, incluso si ha realizado hasta 12 pagos consecutivos por el artículo de DME bajo Original Medicare antes de unirse a nuestro plan. En determinadas circunstancias limitadas, le transferiremos la posesión del DME. Llame a Servicio para Miembros para obtener más información.

CAPÍTULO 3 Cómo usar el plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

¿Qué ocurre con los pagos que ha realizado por el equipo médico duradero si se cambia a Original Medicare?

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

Ejemplo 1: Hizo 12 pagos consecutivos o menos por el artículo en Original Medicare y luego se unió a nuestro plan. Los pagos que realizó en Original Medicare no cuentan.

Ejemplo 2: Hizo 12 pagos consecutivos o menos por el artículo en Original Medicare y luego se unió a nuestro plan. Estaba en nuestro plan, pero no obtuvo la propiedad mientras estaba en nuestro plan. Luego regresa a Original Medicare. Tendrá que hacer 13 nuevos pagos consecutivos para poseer el artículo una vez que se una de nuevo a Original Medicare. Todos los pagos anteriores (ya sea a nuestro plan o a Original Medicare) no cuentan.

Sección 7.2 Normas para equipos, suministros y mantenimiento de oxígeno

¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho?

Si califica para la cobertura de equipos de oxígeno de Medicare, Highmark Health Options Duals cubrirá:

- 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 el plan Highmark Health Options Duals, o ya no necesita el equipo de oxígeno por razones médicas, el equipo de oxígeno debe ser devuelto.

¿Qué sucede si deja su plan y regresa a Original Medicare?

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

CAPÍTULO 4:

Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto)

CAPÍTULO 4. Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto)**SECCIÓN 1 Cómo comprender los servicios cubiertos**

Este capítulo proporciona una Tabla de beneficios médicos que enumera sus servicios cubiertos como miembro de Highmark Health Options Duals. Más adelante en este capítulo, encontrará información sobre los servicios médicos que no están cubiertos. También explica los límites aplicables a ciertos servicios

Sección 1.1 Usted no paga nada por sus servicios cubiertos

Dado que obtiene ayuda de Medicaid, usted no paga sus servicios cubiertos siempre que cumpla con las normas de los planes para obtener su atención. (Consulte el Capítulo 3 para obtener más información sobre las reglas del plan para obtener su atención).

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

Nota: Como nuestros miembros también reciben asistencia de Medicaid, muy pocos miembros alcanzan este gasto máximo a su cargo. Si es elegible para la asistencia de costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, no es responsable de pagar los costos a su cargo para la cantidad máxima a su cargo de los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.

Como se afilió a un plan Medicare Advantage, existe un límite a la cantidad total que debe pagar de su bolsillo cada año por los servicios médicos que están cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Este límite se denomina monto máximo de costos de bolsillo (maximum out-of-pocket, MOOP) para servicios médicos. Para el año calendario 2025, este monto es de \$9,350.

Los importes que paga por copagos y coseguro por los servicios cubiertos se contemplan para este importe de desembolso directo máximo. Los montos que paga por las primas de su plan/ multa por inscripción tardía, si las hubiera, y por los medicamentos con receta médica de la Parte D no se cuentan para su monto máximo de costos de bolsillo. Además, los montos que paga por algunos servicios no cuentan para el monto máximo que paga de su bolsillo. Estos servicios están marcados con un signo más (+) en la Tabla de beneficios médicos. Si alcanza el monto máximo de costos de bolsillo de \$9,350, no deberá pagar ningún costo de bolsillo durante el resto del año para los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare (excepto cuando Medicaid o un tercero pague su prima de la Parte B).

SECCIÓN 2 Consulte la *Tabla de beneficios médicos* para saber qué está cubierto**Sección 2.1 Sus beneficios médicos como miembro del plan**

En la Tabla de beneficios médicos en las páginas siguientes, se enumeran los servicios que cubre Highmark Health Options Duals. La cobertura para medicamentos con receta de la Parte D se encuentra en el Capítulo 5. Los servicios descritos en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos solo cuando se cumple con los siguientes requisitos de cobertura:

CAPÍTULO 4. Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto)

- Los servicios que cubre Medicare deben brindarse de conformidad con las pautas de cobertura establecidas por Medicare.
- Sus servicios (incluida la atención médica, servicios, suministros, equipos y medicamentos recetados de la Parte B) *deben* ser necesarios desde el punto de vista médico. Medicamento 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 afiliados, su plan de atención coordinada de MA debe proporcionar un período de transición mínimo de 90 días, durante el cual es posible que el nuevo plan de MA no requiera autorización previa para ningún plan de tratamiento activo, incluso si el plan de tratamiento fue para un servicio que comenzó con un proveedor fuera de la red.
- Usted recibe su atención de parte de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, la atención que reciba de parte de un proveedor fuera de la red no estará cubierta, a menos que sea una atención de urgencia o emergencia o si su plan o un proveedor de la red le ha dado una remisión. Esto significa que tendrá que pagarle al proveedor la totalidad de los servicios prestados.
- Usted tiene un proveedor de atención primaria (un PCP) que brinda y supervisa su atención.
- Algunos de los servicios detallados en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos *solo* si su médico o los demás proveedores de la red obtienen aprobación por adelantado (esto suele denominarse “autorización previa”) de nuestra parte. Los servicios cubiertos que requieren aprobación anticipada están marcados en el Cuadro de beneficios médicos con un asterisco (*).

Otra información importante que debe saber sobre su cobertura:

- Usted está cubierto por Medicare y Medicaid. Medicare cubre la atención médica y los medicamentos con receta. Medicaid cubre su costo compartido por los servicios de Medicare. Medicaid también cubre servicios que Medicare no cubre.
- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Original Medicare. (Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual *Medicare & You 2025* [Medicare y Usted 2025]. También puede consultarlo en línea en www.medicare.gov o solicitar una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).
- Para todos los servicios preventivos que están cubiertos sin costo por Original Medicare, nosotros también cubrimos el servicio sin costo para usted.
- Si Medicare agrega cobertura para cualquier servicio nuevo durante el año 2025, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.
- Si se encuentra dentro del período de elegibilidad que se considera continuada de seis meses en nuestro plan, seguiremos brindando todos los beneficios de Medicare cubiertos por la cobertura Medicare Advantage. Sin embargo, durante este período, no pagaremos sus primas de Medicare ni los costos compartidos por los cuales el estado, de otro modo, sería responsable de pagar en su nombre si no hubiera perdido su elegibilidad para Medicaid. Usted será responsable de todas las primas de Medicare y los montos de costos compartidos durante este tiempo hasta que Medicaid restablezca sus beneficios. Los

CAPÍTULO 4. Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto)

montos de costos compartidos de Medicare para los beneficios básicos y complementarios de Medicare no cambian durante este período.

Usted no paga nada por los servicios que se muestran en la Tabla de beneficios, siempre que cumpla con los requisitos de cobertura descritos anteriormente.

Información importante sobre beneficios para todas las personas inscritas que participan en servicios de bienestar y planificación de la atención médica (WHP)

- Debido a que Highmark Health Options Duals participa en el Programa Supports for Living, usted será elegible para los siguientes servicios de bienestar y planificación de la atención médica (Wellness and Health Care Planning, WHP), incluidos los servicios de planificación anticipada de la atención (Advanced Care Planning, ACP):
 - Visita de bienestar anual
 - Evaluación de riesgos de salud de Medicare
 - Evaluación domiciliaria
 - Planificación anticipada de atención
 - Designación de un representante autorizado

Los servicios de WHP y ACP son voluntarios y usted es libre de rechazar estos servicios. Los servicios de WHP y ACP están disponibles en cualquier momento durante el tiempo en que el miembro esté inscrito. Para acceder a estos servicios, puede comunicarse con Servicios para Miembros o visitar el portal para miembros.

Información importante sobre los beneficios para los miembros que son elegibles para la “Ayuda adicional”:

- Si recibe “Ayuda adicional” (Extra Help) para pagar los costos de su programa de medicamentos con receta de Medicare, tales como primas, deducibles y coseguro, puede que sea elegible para recibir otros beneficios complementarios personalizados o un costo compartido reducido personalizado.
- Para obtener más detalles, consulte la fila de **VBID** (diseño de seguro basado en el valor) en la Tabla de beneficios médicos a continuación y el Capítulo 5 para obtener más detalles.


+ Verá este signo más al lado de los montos que paga por algunos servicios no se contemplan para el máximo de gasto de bolsillo.

* Verá este asterisco junto a los servicios cubiertos que necesitan autorización previa.



Usted verá esta manzana al lado de los servicios preventivos en la Tabla de Beneficios.




CAPÍTULO 4. Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto)**Tabla de beneficios médicos**

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
 <p>Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal</p> <p>Una ecografía de detección por única vez para las personas en riesgo. El plan solo cubre esta prueba de detección si usted tiene ciertos factores de riesgo y si recibe una remisión de parte de su médico, asistente médico, enfermero con práctica médica o especialista en enfermería clínica.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para esta prueba de detección preventiva.</p>
<p>Acupuntura para el dolor lumbar crónico*</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <p>Los beneficiarios de Medicare reciben cobertura para hasta 12 consultas en 90 días en las siguientes circunstancias:</p> <p>A los fines de este beneficio, el dolor crónico en la parte baja de la espalda se define según los siguientes términos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dura 12 semanas o más. • No es específico, en el sentido de que no tiene una causa sistémica identificable (es decir, no se asocia con una enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.). • No está relacionado con una cirugía. • No está relacionado con un embarazo. <p>Se cubrirán ocho sesiones adicionales para aquellos pacientes que manifiesten mejoría. No se administrarán más de 20 tratamientos de acupuntura por año.</p> <p>El tratamiento debe interrumpirse si el paciente no mejora o si empeora.</p> <p>Requisitos del proveedor:</p> <p>Los médicos (como se define en la sección 1861(r)(1) de la Ley del Seguro Social (la Ley)) pueden brindar sesiones de acupuntura de conformidad con los requisitos estatales vigentes.</p> <p>Los asistentes médicos (Physician assistants, PA), enfermeros practicantes (nurse practitioners, NP)/especialistas en enfermería clínica (clinical nurse specialists, CNS) (como se identificó en la sección 1861(aa) (5) de la Ley) y el personal auxiliar pueden brindar sesiones de acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales vigentes y tienen:</p>	<p>Copago de \$0 para servicios de acupuntura cubiertos por Medicare.</p>




CAPÍTULO 4. Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Acupuntura para el dolor lumbar crónico* (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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, territorio o Mancomunidad (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos o el Distrito de Columbia. <p>El personal auxiliar que brinda sesiones de acupuntura debe estar debidamente supervisado por un médico, PA o NP/CNS según lo requieren nuestras reglamentaciones en las secciones 410.26 y 410.27 del Título 42 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR).</p>	
<p>Servicios de ambulancia*</p> <p>Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sea para una situación de emergencia o que no sea de emergencia, incluyen servicios de ambulancia terrestre y aérea con aeronaves de ala fija o rotatoria hasta el centro apropiado más cercano que puede brindar atención solamente si se trata de un miembro cuya afección es tal que cualquier otro medio de transporte podría poner en peligro su salud o si está autorizado por el plan. Se requiere autorización previa para los servicios de ambulancia de ala fija y de ala rotatoria. Si los servicios de ambulancia no están cubiertos para una situación de emergencia, se debe documentar que la afección del miembro es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro su salud y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario.</p>	<p>Copago de \$0 por servicios de ambulancia terrestre y aérea de ida.</p> <p>Para obtener información sobre los beneficios de transporte de rutina, consulte la sección Transporte de rutina en esta Tabla de beneficios médicos.</p>


CAPÍTULO 4. Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Visita anual de bienestar</p> <p>Si ha tenido la Parte B por más de 12 meses, puede tener una consulta anual de bienestar para establecer o actualizar un plan de prevención personalizado basado en los factores de riesgo y salud actuales. Está cubierta una vez cada 12 meses.</p> <p>Nota: su primera visita anual de bienestar no puede hacerse dentro de los 12 meses posteriores a su visita preventiva de “<i>Bienvenida a Medicare</i>”. No obstante, no es necesario que vaya a una visita de “<i>Bienvenida a Medicare</i>” para tener cobertura para las visitas anuales de bienestar después de haber tenido la Parte B durante 12 meses.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para consultas anuales de bienestar.</p>
<p> Medición de la masa ósea</p> <p>Para las personas que reúnan los requisitos (generalmente, personas en riesgo de pérdida de la masa ósea o de osteoporosis), están cubiertos los siguientes servicios cada 24 meses o con mayor frecuencia si se considera médicamente necesario: procedimientos para determinar la densidad ósea, detectar la pérdida de masa ósea o determinar la calidad ósea (incluye la lectura de los resultados por parte del médico).</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para la medición de la masa ósea cubierta por Medicare.</p>
<p> Prueba de detección de cáncer de mamas (mamografía)</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una mamografía inicial entre los 35 y 39 años • Una mamografía de control cada 12 meses para las mujeres de 40 años o más. • Exámenes clínicos de mamas una vez cada 24 meses 	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para mamografías de detección cubiertas.</p>
<p>Servicios de rehabilitación cardíaca</p> <p>Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicios, educación y asesoramiento están cubiertos para los miembros que cumplen ciertas condiciones y tienen una orden del médico. El plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca que son habitualmente más rigurosos o intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.</p>	<p>Copago de \$0 por servicios de rehabilitación cardíaca.</p>

CAPÍTULO 4. Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
 <p>Visita de reducción de riesgos de enfermedad cardiovascular (terapia para enfermedad cardiovascular)</p> <p>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.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo para el tratamiento conductual intensivo de enfermedades cardiovasculares.</p>
 <p>Pruebas de enfermedades cardiovasculares</p> <p>Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas al riesgo elevado de enfermedades cardiovasculares) una vez cada 5 años (60 meses).</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para el análisis para detectar enfermedades cardiovasculares que se cubre una vez cada 5 años.</p>
 <p>Prueba de detección de cáncer cervical y vaginal</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para todas las mujeres: las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos están cubiertos una vez cada 24 meses. • Si corre alto riesgo de padecer cáncer de cuello de útero o de vagina, o está en edad de procrear y ha obtenido un resultado anormal en una prueba de Papanicolaou en los últimos 3 años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses. 	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos preventivos cubiertos por Medicare.</p>
<p>Servicios quiroprácticos*+</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación. • 20 visitas de atención quiropráctica de rutina por año calendario. Los servicios quiroprácticos de rutina cubren el tratamiento crónico o de subluxación en regiones espinales adicionales que incluyen la cabeza, las extremidades superiores e inferiores, la caja torácica y el abdomen. 	<p>Copago de \$0 por cada servicio de quiropraxia cubierto por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 por cada servicio quiropráctico de rutina. 20 visitas de rutina por año.</p>

CAPÍTULO 4. Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
 <p>Prueba de detección de cáncer colorrectal</p> <p>Están cubiertos las siguientes pruebas de detección:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La colonoscopia no tiene límite de edad mínimo ni máximo y está cubierta una vez cada 120 meses (10 años) para pacientes que no tienen alto riesgo, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para pacientes que no tienen alto riesgo de padecer cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para los pacientes de alto riesgo después de una colonoscopia de detección previa o enema de bario. • Sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 120 meses para los pacientes que no tienen alto riesgo después de que el paciente recibió una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para los pacientes de alto riesgo a partir de la última sigmoidoscopia flexible o enema de bario. • Análisis de sangre oculta en materia fecal para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 12 meses. • ADN de heces de múltiples cadenas para pacientes de 45 a 85 años y que no cumplen con los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Análisis de biomarcador en sangre para pacientes de 45 a 85 años y que no cumplen con los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Enema de bario como alternativa a la colonoscopia para los pacientes en alto riesgo y 24 meses después del último enema de bario de detección o la última colonoscopia de detección. • Enema de bario como alternativa a la sigmoidoscopia flexible para pacientes que no tienen alto riesgo y tiene 45 años o más. Una vez, al menos, 48 meses después del último enema de bario de detección o sigmoidoscopia flexible de detección. <p>Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de detección de seguimiento después de que se obtenga un resultado positivo en un análisis de heces de detección del cáncer colorrectal no invasiva cubierta por Medicare.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para un examen de detección de cáncer colorrectal con cobertura de Medicare. Si su médico 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, y usted paga costo compartido por los servicios de sus médicos. En un entorno hospitalario para pacientes ambulatorios, también paga el costo compartido aplicable de la cirugía para pacientes ambulatorios. Consulte la sección Médicos/profesionales y Cirugía para pacientes ambulatorios de esta Tabla de beneficios médicos para conocer los montos de los costos compartidos.</p>




CAPÍTULO 4. Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios dentales+</p> <p>En general, los servicios odontológicos preventivos (como limpiezas, exámenes de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Original Medicare. Sin embargo, Medicare actualmente paga los servicios odontológicos en una cantidad limitada de circunstancias, concretamente cuando ese servicio es parte integral del tratamiento específico de la afección primaria del beneficiario. Algunos ejemplos incluyen reconstrucción de la mandíbula después de una fractura o lesión, extracciones de dientes realizadas en preparación para el tratamiento de radiación para el cáncer de mandíbula o exámenes orales previos al trasplante de riñón. Además, cubrimos lo siguiente:</p> <p>Servicios dentales preventivos</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 examen bucal cada seis meses • Radiografías, incluidas las panorámicas y de boca completa una vez cada 5 años, y las periapicales, oclusales y de aleta de mordida una vez cada 6 meses. <p>Los servicios dentales integrales no cubiertos por Medicare incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Empastes blancos y plateados • Extracciones simples • Reparaciones de dentaduras postizas • Tratamiento de caries profundas hasta el nervio del diente, 2 tratamientos de conducto por año • Tratamiento de dientes muy rotos, 2 cubiertas (o coronas) por año. 1 corona en 5 años por diente • Servicios de tratamiento de enfermedades de las encías (beneficios periodontales) <ul style="list-style-type: none"> ○ Limpieza profunda de los dientes para quitar depósitos bajo las encías (raspado y alisado radicular), todas las áreas de la boca según sea necesario (límite de 4 cuadrantes por visita). Limitado a una vez por año. ○ Mantener la salud de las encías a través del mantenimiento. Cualquier combinación de profilaxis de rutina y mantenimiento periodontal, incluida la profilaxis periodontal, por un total de 4 tratamientos por año 	<p>Copago de \$0 por los servicios dentales preventivos.</p> <p>Asignación anual de \$3,000 para servicios dentales preventivos e integrales, que se pueden usar para comprar dentaduras postizas.</p> <p>Copago de \$0 para dentaduras postizas.</p>


CAPÍTULO 4. Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Servicios dentales+ (continuación)	
<ul style="list-style-type: none"> ○ Eliminación de grandes depósitos en los dientes (desbridamiento completo de la boca). 1 desbridamiento completo de la boca por año. No se permiten servicios el mismo día con limpieza dental regular, mantenimiento periodontal o limpieza profunda. • Las dentaduras postizas están cubiertas una por arco cada año, incluidas dentaduras postizas completas, parciales o inmediatas y reparaciones de dentaduras postizas. 	
<p>Hasta un beneficio máximo del plan de asignación de \$3,000 para servicios dentales preventivos e integrales cada año. Usted es responsable de los costos que superen el máximo del plan de \$3,000.</p>	
<p>Debe usar un proveedor participante de United Concordia para recibir servicios dentales preventivos e integrales. Para encontrar un proveedor participante, comuníquese con Servicios para Miembros.</p>	
<p>Los tratamientos de conducto y las dentaduras postizas están cubiertos cuando los realiza un dentista general que participa en la red de United Concordia. El raspado y alisado radicular periodontal, el desbridamiento completo de la boca y el mantenimiento periodontal están cubiertos cuando los realiza un dentista general que participa en la red de United Concordia.</p>	
<p>Servicios dentales cubiertos por Original Medicare:</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • No se aplica a la asignación para servicios integrales. • Para conocer los costos compartidos de los servicios dentales cubiertos por Medicare, consulte las secciones Médicos/profesionales y Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios de esta Tabla de beneficios médicos. Se podría requerir una autorización para los servicios cubiertos por Medicare únicamente. 	

CAPÍTULO 4. Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
 <p>Prueba de detección de depresión</p> <p>Cubrimos un examen de detección de depresión por año. La prueba de detección debe realizarse en un establecimiento de atención primaria que pueda brindar remisiones o tratamiento de seguimiento.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta anual de detección de depresión.</p>
 <p>Prueba de detección de diabetes</p> <p>Cubrimos esta prueba (incluidas pruebas rápidas de glucosa) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), niveles históricos anormales de triglicéridos y colesterol (dislipidemia), obesidad o historial de niveles elevados de azúcar en sangre (glucosa). Los exámenes también pueden ser cubiertos si cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso y tener antecedentes familiares de diabetes.</p> <p>Puede ser elegible para hasta dos pruebas de detección de diabetes cada 12 meses después de la fecha de su prueba de detección de diabetes más reciente.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.</p>
 <p>Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para diabéticos</p> <p>Para todas las personas que tienen diabetes (que usan y no usan insulina).</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suministros para controlar la glucosa en sangre: monitor de glucosa en sangre, tiras reactivas para medir la glucosa en sangre, dispositivos de lanceta y lancetas y soluciones para el control de la glucemia para controlar la precisión de las tiras reactivas y los monitores. • Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para pacientes diabéticos (continuación) Para las personas que padecen diabetes y pie diabético grave: un par de zapatos terapéuticos a medida por año calendario (con los zapatos se incluyen las plantillas ortopédicas) y dos pares extra de plantillas ortopédicas, o un par de zapatos profundos y tres pares de plantillas ortopédicas (con los zapatos no se incluyen las plantillas ortopédicas extraíbles que no están hechas a medida). La cobertura incluye adaptación. • La capacitación para el autocontrol de la diabetes está cubierta, siempre que se cumpla con ciertos requisitos. 	<p>Copago de \$0 por suministros y calzado y plantillas para diabéticos. Copago de \$0 por la capacitación para el autocontrol de la diabetes.</p>


CAPÍTULO 4. Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para diabéticos (continuación)</p> <p>Los suministros para diabéticos (monitores, medidores, tiras reactivas y lancetas) recibidos de un proveedor de DME no se limitan a un fabricante específico.</p> <p>Los suministros para diabéticos (monitores, medidores, tiras reactivas y lancetas) recibidos de una farmacia minorista se limitan a artículos fabricados por Abbott Products. En estos beneficios, cubrimos además lo siguiente:</p> <p>Tiras reactivas de glucosa sanguínea:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tiras reactivas Freestyle • Tiras reactivas Freestyle Lite • Tiras reactivas Freestyle Insulinx • Tiras reactivas Freestyle Precision Neo • Tiras reactivas Precision Xtra <p>Medidores de glucosa en sangre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medidor Freestyle Freedom Lite • Medidor Freestyle Lite • Medidor Freestyle Insulinx • Medidor Precision Xtra <p>Dispositivos de monitoreo continuo de glucosa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lector Freestyle Libre • Sensor Freestyle Libre <p>Mensaje importante sobre lo que usted paga por la insulina: no pagará más de \$0 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, independientemente del nivel de costo compartido en el que se encuentre.</p>	

CAPÍTULO 4. Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados* (En el Capítulo 12 y en la Sección 7 del Capítulo 3 de este documento, encontrará una definición de equipo médico duradero).</p> <p>Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, camas de hospital recetadas por un proveedor para usar en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos para la generación del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores y andadores.</p> <p>Cubrimos todo el DME que sea médicamente necesario cubierto por Original Medicare. Si nuestro proveedor en su área no trabaja una marca o un fabricante en particular, puede solicitarle que le realice un pedido especial para usted. La lista más reciente de proveedores está disponible en nuestro sitio web en (HighmarkHealthOptions.com/Duals) .</p> <p>Si usted (o su proveedor) no están de acuerdo con la decisión de cobertura del plan, pueden presentar una apelación. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con la decisión de su proveedor sobre qué producto o marca es adecuada para su afección. (Para obtener más información acerca de las apelaciones, consulte el Capítulo 9, <i>Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]</i>).</p>	<p>Copago de \$0 por Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados.</p> <p>Sus costos compartidos para la cobertura de equipos de oxígeno de Medicare es de \$0, todos los meses hasta 36 meses.</p> <p>Después de cinco años, puede recibir un nuevo equipo de oxígeno de Medicare. Luego, usted es elegible para que se le apliquen costos compartidos durante otro período de 36 meses.</p> <p>Si, antes de inscribirse en Highmark Health Options Duals, había realizado 36 meses de pago de alquiler para la cobertura de equipos de oxígeno, su costo compartido en 2025 es \$0.</p>


CAPÍTULO 4. Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Atención de emergencia</p> <p>La atención de emergencia hace referencia a los servicios con estas características:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Son brindados por un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia. • Son necesarios para evaluar o estabilizar una afección de emergencia. <p>Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente, con un conocimiento normal sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren de atención médica inmediata para evitar que pierda la vida (y, si está embarazada, la pérdida del feto), una extremidad o la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección que se agrava rápidamente.</p> <p>Los costos compartidos para los servicios de emergencia necesarios que se brindan fuera de la red son los mismos que para los mismos servicios que se brindan dentro de la red.</p> <p>La atención de emergencia no tiene cobertura fuera de los Estados Unidos.</p>	<p>Copago de \$0 por cada servicio de atención de emergencia.</p> <p>Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención para pacientes internados después de que se estabiliza su problema de salud de emergencia, debe regresar a un hospital de la red para que continúe la cobertura de su atención. <i>O</i> debe pedir que su atención para pacientes internados en un hospital fuera de la red sea autorizada por el plan y su costo es el gasto compartido más alto que pagaría en un hospital de la red.</p>
<p> Programas educativos de salud y bienestar+ Línea de enfermería las 24 horas del día, los 7 días de la semana</p> <p>Asesoramiento telefónico gratuito y consejos de enfermería por parte de clínicos formados si tiene preguntas sobre lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un diagnóstico reciente, opciones de tratamiento o cirugía • Síntomas actuales • Efectos secundarios de los medicamentos • Tratamientos de cuidado personal en el hogar • Cuándo ir al médico • Cuándo ir al centro de atención de urgencia o a la sala de emergencias • Pruebas de laboratorio y atención preventiva <p>La línea de enfermería está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana llamando al 1-855-401-8251 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para la línea de enfermería, el programa de acondicionamiento físico y los servicios de control de enfermedades.</p>

CAPÍTULO 4. Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Programa de acondicionamiento físico</p> <p>Tiene acceso a una red nacional de gimnasios, gimnasios locales y centros comunitarios a través de FitOn Health.</p> <p>Recibirá 32 créditos al comienzo de cada mes. Puede usar sus créditos para membresías en gimnasios o clases de acondicionamiento físico que ofrece FitOn Health. La cantidad de créditos que recibe se establece cada mes y no se transfiere.</p> <p>Su cuenta FitOn ofrece acceso ilimitado a una biblioteca digital sin usar ninguno de sus 32 créditos mensuales. La biblioteca digital incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Clases de acondicionamiento físico y bienestar en el hogar • Clases de meditación • Planificación nutricional y de comidas • Consejos sobre el estilo de vida • Y mucho más <p>Para obtener más información sobre FitOn Health y para buscar gimnasios y estudios participantes, visite www.fitonhealth.com. También puede encontrar el costo del crédito por gimnasio visitando el sitio web de FitOn Health o llamando al 1-855-946-4036 (TTY 711). El horario del Servicio de Atención al Cliente es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 9:00 p. m.</p> <p>Si el costo de las membresías en gimnasios excede su asignación de crédito mensual de 32 meses, usted será responsable de comprar créditos adicionales para cubrir la diferencia de costo en esa instalación.</p>	<p>Copago de \$0 por cada examen auditivo cubierto por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 para 1 examen de audición de rutina por año.</p>
<p>Servicios de la audición</p> <p>Los exámenes diagnósticos de la audición y el equilibrio realizados por su proveedor para determinar si usted necesita algún tratamiento médico cubierto como servicio ambulatorio cuando son proporcionados por un médico, audiólogo u otro proveedor calificado.</p>	<p>Copago de \$0 por cada examen auditivo cubierto por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 para 1 examen de audición de rutina por año.</p>

CAPÍTULO 4. Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Examen de audición+:</p> <p>1 examen de audición de rutina por año con un proveedor de TruHearing.</p> <p>Audífonos+:</p> <p>Hasta dos audífonos (uno por oído) cada 3 años El beneficio está limitado a audífonos TruHearing Advanced, que vienen en distintos estilos y colores. Debe consultar con un proveedor de TruHearing para usar este beneficio. Llame al 1-844-763-4240 para programar una cita (para TTY, marque 711).</p> <p>La compra de audífonos incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Visitas de seguimiento con el proveedor durante el primer año • Período de prueba de 60 días • Garantía extendida por tres años • 80 baterías por audífono para modelos no recargables <p>El beneficio no incluye ni cubre nada de lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Audífonos de venta libre (OTC) • Moldes para los oídos • Accesorios para audífonos • Consultas adicionales al proveedor • Baterías adicionales; baterías cuando se compra un audífono recargable • Audífonos que no sean de la marca TruHearing Advanced • Costos asociados con reclamaciones de garantías por daños y pérdidas <p>Los costos relacionados con los elementos excluidos son responsabilidad del miembro y no están cubiertos por el plan.</p>	<p>Copago de \$0 por un audífono por oído cada tres años.</p>
<p> Prueba de detección de VIH</p> <p>Para personas que solicitan una prueba de detección de VIH o que están en mayor riesgo de infección por el VIH, cubrimos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una prueba de detección cada 12 meses. <p>Para mujeres embarazadas, cubrimos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hasta tres pruebas de detección durante el embarazo. 	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para pruebas de detección de VIH preventivas cubiertas por Medicare.</p>

CAPÍTULO 4. Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Entrega de comidas a domicilio+</p> <p>Después de recibir el alta de una hospitalización, es elegible para recibir hasta 14 comidas (2 comidas por día) durante 7 días con entrega a domicilio.</p> <p>Se contactará a los miembros elegibles después del alta para analizar las opciones de comidas y la entrega. En caso de que no se comuniquen con usted, comuníquese con su administrador de casos para coordinar la obtención de comidas.</p> <p>Las comidas pueden incluir almuerzo o cena y se ofrecen en diferentes paquetes dietéticos. Las comidas tienen bajo contenido de sodio, grasa, colesterol y azúcar para adaptarse a una variedad de afecciones crónicas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Las comidas para afecciones renales, kosher, purés y no perecederas están disponibles a pedido <p>Las comidas deben solicitarse dentro de los 30 días de la fecha del alta.</p>	<p>Copago de \$0 por comidas a domicilio elegibles.</p>
<p>Agencia de atención médica domiciliaria*</p> <p>Antes de recibir servicios de salud en el hogar, un médico debe certificar que necesita servicios de salud en el hogar y solicitará la prestación de dichos servicios por parte de una agencia de cuidado de salud en el hogar. El requisito es que usted no pueda salir de su casa, lo que significa que hacerlo implica un gran esfuerzo.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de enfermería especializada o los servicios de un auxiliar de atención de la salud a domicilio 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 auxiliar de atención médica a domicilio combinados deben totalizar menos de 8 horas por día y 35 horas por semana). • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Servicios médicos y sociales. • Equipos y suministros médicos. 	<p>Copago de \$0 por atención médica domiciliaria.</p>

CAPÍTULO 4. Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Terapia de infusión en el hogar</p> <p>El tratamiento de infusión en el hogar implica la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a una persona en su hogar. 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).</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, brindados de conformidad con el plan de atención. • La capacitación y la educación del paciente no están cubiertos, de otra manera, por los beneficios del equipo médico duradero. • Supervisión remota • Servicios de supervisión para el suministro del tratamiento de infusión en el hogar y los medicamentos de infusión en el hogar brindados por un proveedor calificado para el tratamiento de infusión en el hogar. 	<p>Copago de \$0 por terapia de infusión en el hogar si se factura a través de una agencia de atención domiciliaria.</p>
<p>Artículos de seguridad para el hogar+</p> <p>Dispositivos de seguridad para el hogar y el baño</p> <p>Consulte la sección VBID (diseño de seguro basado en el valor) para obtener más detalles.</p>	


CAPÍTULO 4. Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Atención en un centro de cuidados paliativos</p> <p>Usted es elegible para el beneficio de hospicio cuando su médico y el director médico del hospicio le han dado un diagnóstico de enfermedad terminal que certifica que tiene una enfermedad terminal y que tiene una expectativa de vida inferior a 6 meses si su enfermedad sigue el curso normal. Es posible que reciba atención a través de un programa de hospicio certificado por Medicare. Su plan está obligado a ayudarlo a encontrar programas de hospicio certificados por Medicare en el área de servicio del plan, incluidos aquellos que la organización de MA posee, controla o en las que tiene un interés financiero. El médico del hospicio puede ser un proveedor dentro o fuera de la red. Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos para controlar síntomas y aliviar el dolor. • Atención de alivio a corto plazo. • Atención a domicilio. 	<p>Quando se inscribe en un programa de centro de cuidados paliativos certificado por Medicare, Original Medicare pagará los servicios en el centro de cuidados paliativos y los servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su pronóstico terminal en lugar de Highmark Health Options Duals.</p>
<p><u>Para los servicios en el centro de cuidados paliativos y servicios cubiertos por la Parte A o B de Medicare que se relacionan con su pronóstico terminal:</u> Original Medicare (en lugar de nuestro plan) pagará a su proveedor del hospicio por sus servicios en un hospicio relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal. Mientras esté en el programa de hospicios, su proveedor del hospicio facturará a Original Medicare por los servicios que Original Medicare cubra. Se le facturará el costo compartido de Original Medicare.</p>	

CAPÍTULO 4. Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Atención en un centro de cuidados paliativos (continuación)	
<p><u>Para los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare que no se relacionan con su diagnóstico terminal:</u> Si necesita servicios que no sean de emergencia ni de urgencia que estén cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que no estén relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal, el costo de estos servicios</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red y sigue las normas del plan para los servicios recibidos, solo pagará el monto de costo compartido del plan para los servicios dentro de la red. • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, paga el costo compartido en virtud de las tarifas por servicio prestado de Medicare (Original Medicare) 	
<p><u>Para los servicios que están cubiertos por Highmark Health Options Duals pero que no están cubiertos por las Partes A o B de Medicare:</u> Highmark Health Options Duals continuará cubriendo los servicios cubiertos por el plan médico que no estén cubiertos por las Partes A o B, independientemente de que se relacionen o no con su pronóstico terminal. Usted paga el monto del costo compartido de su plan por estos servicios.</p>	
<p><u>Para medicamentos que pueden estar cubiertos por los beneficios de la Parte D del plan:</u> Si estos medicamentos no están relacionados con su condición en un hospicio por enfermedad terminal, usted paga el costo compartido. Si están relacionados con su condición en un hospicio por enfermedad terminal, entonces usted paga el costo compartido de Original Medicare. Los medicamentos nunca están cubiertos por el hospicio y nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte la Sección 9.3 del Capítulo 5 (<i>Si está en un programa de un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare</i>).</p>	
<p>Nota: Si necesita atención médica que no sea en un hospicio (atención que no está relacionado con su diagnóstico de enfermedad terminal), debe comunicarse con nosotros para coordinar los servicios.</p>	

CAPÍTULO 4. Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Vacunas</p> <p>Los servicios de la Parte B cubiertos por Medicare incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vacunas contra la neumonía • Vacunas contra la gripe, una vez en cada temporada de gripe en el otoño y el invierno, y vacunas contra la gripe adicionales si son médicamente necesarias. • Vacunas contra la hepatitis B si corre riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B. • Vacunas contra la COVID-19 • Otras vacunas si su salud está en peligro y si cumple con las normas de cobertura de la Parte B de Medicare. <p>También cubrimos la mayoría de las otras vacunas para adultos en virtud de los beneficios de cobertura para medicamentos recetados de la Parte D. Llame a Servicios para miembros para obtener más información.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, la gripe, la hepatitis B ni la COVID-19.</p>
<p>Atención de pacientes hospitalizados*</p> <p>Incluye servicios hospitalarios de cuidados agudos, de rehabilitación, de atención a largo plazo y de otros tipos para pacientes internados. La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día en que formalmente ingresa al hospital con una orden del médico. El día anterior a su alta médica es su último día como paciente internado.</p> <p>El plan cubre 90 días por período de beneficios y 60 días de reserva vitalicia adicionales por única vez. Un período de beneficios comienza el primer día de una estadía cubierta por Medicare y finaliza al cierre de 60 días consecutivos durante los cuales no recibió atención de internación en un hospital o de enfermería especializada.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario). • Comidas, incluidas dietas especiales. • Servicios de enfermería permanentes. • Costos de las unidades de cuidados especiales (por ejemplo, unidades de cuidados intensivos o coronarios). 	<p>Paga por período de beneficios un:</p> <p>Copago de \$0 por día, del día 1 al 90.</p> <p>Copago de \$0 por día para los días de reserva de por vida del 91 al 150.</p>

CAPÍTULO 4. Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Atención de pacientes hospitalizados* (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos. • Análisis de laboratorio. • Radiografías y otros servicios radiológicos. • Suministros médicos y quirúrgicos necesarios. • Uso de aparatos, como sillas de ruedas. • Costos de la sala de operaciones y de recuperación. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje. • Servicios de tratamiento de trastornos por consumo de sustancias en pacientes hospitalizados • En algunos casos, están cubiertos los siguientes tipos de trasplantes: de córnea, riñón, riñón/páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinos/múltiples vísceras. Si necesita un trasplante, coordinaremos para que un centro de trasplantes aprobado por Medicare revise su caso, y este decidirá si es candidato para 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 Highmark Health Options Duals proporciona servicios de trasplante en un lugar fuera del patrón de atención para trasplantes de su comunidad y usted elige obtener trasplantes en este lugar distante, organizaremos o pagaremos los costos de alojamiento y transporte apropiados para usted y un acompañante. • Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y de concentrado de glóbulos rojos comienza a partir de la cuarta pinta de sangre que usted necesite; debe pagar por las 3 primeras pintas de sangre que reciba en un año calendario o donar la sangre usted mismo o pedirle a alguien más que done. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta de sangre utilizada. 	<p>Si obtiene atención médica autorizada para pacientes hospitalizados en un hospital que no forma parte de la red una vez que su condición de emergencia se ha estabilizado, su costo es el gasto compartido más alto que pagaría en un hospital que forma parte de la red.</p>

CAPÍTULO 4. Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Atención de pacientes hospitalizados* (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios médicos. <p>Para comidas entregadas a domicilio después del alta de centros de rehabilitación para pacientes hospitalizados o centros de enfermería especializados o agudos, consulte la sección Comidas entregadas a domicilio de esta Tabla de beneficios médicos.</p> <p>Nota: Para ser paciente internado, el proveedor debe hacer una orden por escrito para que lo ingresen de manera formal como paciente internado en el hospital. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente externo. Si no está seguro de si es un paciente internado o externo, consulte con el personal del hospital.</p> <p>También puede encontrar más información en una hoja informativa de Medicare denominada <i>¿Es usted un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!</i> Esta hoja de datos está disponible en Internet en https://es.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. Puede llamar a estos números de forma gratuita, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.</p>	



CAPÍTULO 4. Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico*</p> <ul style="list-style-type: none"> Los servicios cubiertos incluyen servicios de salud mental que requieren hospitalización. Hay una cobertura máxima de por vida de 190 días para servicios para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico. El límite de 190 días no se aplica a los servicios de salud mental para pacientes hospitalizados provistos en la unidad psiquiátrica de un hospital general. 	<p>Paga por período de beneficios un:</p> <p>Copago de \$0 por día, del día 1 al 90.</p> <p>Copago de \$0 por día para los días de reserva de por vida del 91 al 150.</p> <p>Tiene cobertura durante 90 días en cada período de beneficios y 60 días de reserva vitalicia adicionales por única vez.</p> <p>Un período de beneficios comienza el primer día de una estadía cubierta por Medicare y finaliza al cierre de 60 días consecutivos durante los cuales no recibió atención de internación en un hospital o de enfermería especializada.</p>

CAPÍTULO 4. Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Hospitalización: Servicios cubiertos recibidos en un hospital o SNF durante una hospitalización no cubierta*</p> <p>Si ha agotado sus beneficios para paciente internado o si la hospitalización no es razonable y necesaria, no cubriremos su hospitalización.</p> <p>Sin embargo, en algunos casos, cubriremos ciertos servicios que recibe mientras está en el hospital o en el centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios médicos. • Análisis de diagnóstico (como los análisis de laboratorio). • Tratamiento con radiografías, radio e isótopos, incluidos los servicios y materiales de los técnicos. • Vendajes quirúrgicos. • Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones. • Dispositivos 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. • Soportes para piernas, brazos, espalda y cuello; bragueros; y piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos ajustes, reparaciones y reemplazos necesarios debidos a la rotura, al desgaste, a la pérdida o a un cambio en el estado físico del paciente. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. 	<p>Copago de \$0 por cada visita al médico de atención primaria.</p> <p>Copago de \$0 por cada visita a un médico especialista.</p> <p>Copago de \$0 por cada servicio de radiografías cubierto por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 por cada servicio de laboratorio y procedimiento/prueba diagnóstica cubiertos por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 por Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados.</p> <p>Copago de \$0 por cada sesión de fisioterapia y terapia del habla.</p> <p>Copago de \$0 por cada sesión de terapia ocupacional.</p> <p>Copago de \$0 por prótesis y suministros relacionados.</p>

CAPÍTULO 4. Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Servicios de terapia de nutrición médica</p> <p>Este beneficio es para personas con diabetes, enfermedades renales (de los riñones) (pero no sometidas a diálisis) o después de un trasplante de riñón, cuando lo ordena su médico.</p> <p>Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento individual durante el primer año que recibe los servicios de terapia médica nutricional en virtud de Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier plan Medicare Advantage u Original Medicare) y 2 horas cada año, después de este. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambia, podrá recibir más horas de tratamiento con la orden de un médico.</p> <p>Un médico debe recetar estos servicios y renovar la orden cada año si su tratamiento es necesario el siguiente año calendario.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para servicios de terapia médica nutricional cubiertos por Medicare.</p>
<p> Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP)</p> <p>Los servicios del Programa de prevención de la diabetes de Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP) estarán cubiertos para los beneficiarios elegibles de Medicare a través de todos los planes de salud de Medicare.</p> <p>El MDPP es una intervención estructurada de cambio de conducta de salud que brinda capacitación práctica sobre cambio en la dieta a largo plazo, mayor actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar los desafíos a fin de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.</p> <p>Para obtener más información, comuníquese con Servicios para Miembros.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio del MDPP.</p>


CAPÍTULO 4. Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare*</p> <p>La Parte B de Original Medicare cubre estos medicamentos. Los miembros de nuestro plan reciben la cobertura de estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos que, generalmente, el paciente no se autoadministra y que se aplican por medio de una inyección o infusión cuando recibe los servicios de médicos, en un hospital para pacientes externos o en un centro quirúrgico ambulatorio. • Insulina provista a través de un equipo médico duradero (por ejemplo, una bomba de insulina médicamente necesaria). • Otros medicamentos que se administran con equipo médico duradero (por ejemplo, nebulizadores) autorizados por el plan. • El medicamento para el Alzheimer, Leqembi®, (nombre genérico lecanemab), que se administra por vía intravenosa. Además de los costos de los medicamentos, es posible que necesite exploraciones y pruebas adicionales antes y/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. • Trasplante/Medicamentos inmunosupresores: Medicare cubre la terapia con medicamentos para trasplantes si Medicare pagó el trasplante de órganos. Debe tener la Parte A en el momento del trasplante cubierto y debe tener la Parte B en el momento en que reciba medicamentos inmunosupresores. Tenga en cuenta que la cobertura de medicamentos de Medicare (Parte D) cubre los medicamentos inmunosupresores si la Parte B no los cubre • Medicamentos inyectables para la osteoporosis si usted no puede salir de su casa, tiene una fractura ósea que el médico confirma que se relacionó con la osteoporosis posmenopáusica y no puede administrarse usted mismo el medicamento. 	<p>Copago de \$0 por quimioterapia y otros medicamentos recetados de la Parte B.</p> <p>Puede haber medicamentos eficaces y de menor costo disponibles que traten la misma afección médica. Si le recetan un medicamento nuevo o no ha surtido el medicamento en virtud de la Parte B (dentro de los últimos 365 días), es posible que deba probar uno o más de estos otros medicamentos antes de que el plan cubra su medicamento. Si ya ha probado otros medicamentos o su médico considera que no son adecuados para usted, usted o nuestro médico pueden solicitarle al plan que cubra el medicamento.</p>

CAPÍTULO 4. Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare* (continuación)	
<ul style="list-style-type: none"> • Algunos antígenos: Medicare cubre antígenos si un médico los prepara y una persona debidamente capacitada (que podría ser usted, el paciente) los administra bajo la supervisión adecuada • Ciertos medicamentos orales contra el cáncer: Medicare cubre algunos medicamentos orales contra el cáncer que toma por boca si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable o si el medicamento es un profármaco (una forma oral de un medicamento que, cuando se ingiere, se descompone en el mismo ingrediente activo que se encuentra en el medicamento inyectable) del medicamento inyectable. A medida que se disponga de nuevos medicamentos orales contra el cáncer, la Parte B puede cubrirlos. Si la Parte B no los cubre, la Parte D sí • Medicamentos antieméticos orales: Medicare cubre los medicamentos antieméticos orales que usted usa como parte de un régimen quimioterapéutico contra el cáncer si se administran antes, a las 48 horas de la quimioterapia o dentro de estas, o si se usan como reemplazo terapéutico completo de un medicamento intravenoso antiemético • Ciertos medicamentos orales para la enfermedad renal en Etapa terminal (ESRD) si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable y el beneficio de la Parte B para la ESRD lo cubre • Medicamentos calcimiméticos bajo el sistema de pago de una ESRD, incluido el medicamento intravenoso Parsabiv® y el medicamento oral Sensipar® • Ciertos medicamentos para la diálisis domiciliaria, incluida la heparina, el antídoto para la heparina, cuando sea médicamente necesario, y los anestésicos tópicos • Agentes estimulantes de la eritropoyesis: Medicare cubre la eritropoyetina mediante inyección si tiene enfermedad renal en estadio terminal (ESRD) o si necesita este medicamento para tratar la anemia relacionada con otras afecciones determinadas (como Epogen®, Procrit®, Retacrit®, Epoetin Alfa, Aranesp®, Darbepoetin Alfa, Mircera® o Methoxy polyethylene glycol-epoetin beta). 	

CAPÍTULO 4. Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare* (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inmunoglobulinas intravenosas para el tratamiento a domicilio de deficiencias inmunitarias primarias. • Nutrición parenteral y enteral (alimentación intravenosa y por sonda) <p>El siguiente enlace lo llevará a una lista de Medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos a la Terapia Escalonada: http://highmarkhealthoptions.com/duals/Medicare/Member-Tools/Medication-Benefits/Medicare-Part-B-Step-Therapy</p> <p>También cubrimos algunas vacunas en virtud de los beneficios de cobertura para medicamentos recetados de la Parte B y la mayoría de las vacunas para adultos en virtud de los beneficios de cobertura para medicamentos recetados de la Parte D.</p> <p>El Capítulo 5 explica el beneficio para medicamentos con receta de la Parte D e indica las normas que deben seguirse a fin de recibir cobertura para los medicamentos con receta.</p>	
<p> Pruebas de detección de la obesidad y tratamiento para estimular la pérdida sostenida de peso</p> <p>Si usted tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos asesoramiento intensivo para ayudarlo a perder peso. Este asesoramiento está cubierto si usted lo recibe en un establecimiento de atención primaria, donde se puede coordinar con su plan integral de prevención. Para obtener más información, consulte con su especialista o médico de atención primaria.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para los tratamientos y las pruebas de detección preventivos de obesidad.</p>

CAPÍTULO 4. Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios del programa de tratamiento de opioides</p> <p>Los miembros de nuestro plan con trastorno por uso de opioides (Opioid Use Disorder, OUD) pueden recibir la cobertura de servicios para tratar los OUD a través de un Programa de tratamiento para opioides (Opioid Treatment Program, OTP), que incluye los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA) y medicamentos agonistas y antagonistas de opioides para tratamiento asistido por medicamentos (medication-assisted treatment, MAT). • Suministro y administración de medicamentos de MAT (si corresponde). • Orientación para trastornos por abuso de sustancias • Terapia individual y grupal. • Pruebas toxicológicas. • Actividades de admisión. • Evaluaciones periódicas. 	<p>Copago de \$0 por servicios de tratamiento con opioides.</p>
<p>Los servicios de telesalud pueden estar disponibles a través de un proveedor de la red. Antes de obtener servicios de telesalud, verifique con su proveedor si la telesalud es una opción de tratamiento.</p>	

CAPÍTULO 4. Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios, y servicios y suministros terapéuticos*</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Radiografías. • Servicios de radiología de diagnóstico/Servicios avanzados de diagnóstico por imágenes (como resonancias magnéticas y tomografías computarizadas): • Radioterapia (radio e isótopo), incluidos materiales y suministros técnicos • Suministros quirúrgicos, por ejemplo, vendajes. • Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones. • Análisis de laboratorio. • Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y de concentrado de glóbulos rojos comienza a partir de la cuarta pinta de sangre que usted necesite; debe pagar por las 3 primeras pintas de sangre que reciba en un año calendario o donar la sangre usted mismo o pedirle a alguien más que done. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta de sangre utilizada. • Otras pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios, incluidas pruebas de laboratorio y no de laboratorio cubiertas por Medicare <p>Los servicios deben prestarse en un entorno hospitalario para pacientes ambulatorios. La autorización previa se aplica a servicios de radiología complejos, como tomografías computarizadas y tomografía por emisión de positrones, resonancias magnéticas, angiografías por resonancia magnética, resonancias magnéticas espectroscópicas e imágenes por perfusión miocárdica, si no se realizan como parte de una visita a la sala de emergencias, una estadía en observación o una estadía aprobada como paciente internado.</p>	<p>Copago de \$0 por cada servicio de radiografías cubierto por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 por cada servicio de radiología terapéutica.</p> <p>Copago de \$0 por cada servicio de laboratorio y procedimiento/prueba diagnóstica cubiertos por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 para cada servicio por imágenes avanzado cubierto por Medicare</p> <p>Además de los copagos por cada uno de los servicios para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare en esta sección, puede estar sujeto a costos compartidos adicionales según la ubicación y el servicio recibido. Consulte las demás secciones de esta tabla para conocer los servicios y costos.</p>

CAPÍTULO 4. Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Observación en un hospital para pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios de observación son servicios hospitalarios para pacientes externos proporcionados para determinar si necesita ser ingresado como paciente internado o puede ser dado de alta.</p> <p>Para que los servicios hospitalarios de observación para pacientes externos tengan cobertura, deben cumplir con los criterios de Medicare y considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación tienen cobertura solo cuando son proporcionados a partir de la orden de un médico o de otra persona autorizada por la ley de licencias del estado y los reglamentos sobre personal del hospital para ingresar pacientes al hospital u ordenar pruebas para pacientes externos.</p> <p>Nota: A menos que el proveedor haya dejado por escrito una orden de admisión como paciente internado, usted es un paciente externo y paga los montos del costo compartido por servicios hospitalarios para pacientes externos. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente externo. Si no está seguro de si es un paciente externo, consulte con el personal del hospital.</p> <p>También puede encontrar más información en una hoja informativa de Medicare denominada <i>¿Es usted un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!</i> Esta hoja de datos está disponible en Internet en https://es.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. Puede llamar a estos números de forma gratuita, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.</p>	<p>Copago de \$0 por cada servicio de observación hospitalaria ambulatoria cubierto por Medicare.</p>

CAPÍTULO 4. Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios*</p> <p>Cubrimos servicios médicamente necesarios que se le hayan brindado en el departamento de pacientes externos de un hospital para diagnóstico y tratamiento de una enfermedad o lesión. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios en un departamento de emergencias o una clínica para pacientes externos, como servicios de observación o cirugía para pacientes externos. • Pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital. • Atención de salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que el tratamiento con internación podría ser requerido sin esta atención. • Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital. • Suministros médicos como entablillados y yesos. • Algunos medicamentos y productos biológicos que no se pueden autoadministrar. • Servicios de diagnóstico por imágenes avanzados (como tomografías computarizadas e imágenes por resonancia magnética) <p>Nota: A menos que el proveedor haya dejado por escrito una orden de admisión como paciente internado, usted es un paciente externo y paga los montos del costo compartido por servicios hospitalarios para pacientes externos. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente externo. Si no está seguro de si es un paciente externo, consulte con el personal del hospital.</p> <p>También puede encontrar más información en una hoja informativa de Medicare denominada <i>¿Es usted un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!</i> Esta hoja de datos está disponible en Internet en https://es.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. Puede llamar a estos números de forma gratuita, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.</p>	<p>Copago de \$0 por cada servicio de atención de emergencia.</p> <p>Copago de \$0 por cada visita al médico de atención primaria.</p> <p>Copago de \$0 por cada visita a un médico especialista.</p> <p>Copago de \$0 por cada visita de salud mental cubierta por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 por cada servicio de hospitalización parcial cubierto por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 por cada visita por abuso de sustancias cubierta por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 por cada servicio de laboratorio y procedimiento/prueba diagnóstica cubiertos por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 por cada servicio de radiografías cubierto por Medicare.</p>

CAPÍTULO 4. Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios* (continuación)</p> <p>Además de los copagos por cada uno de los servicios cubiertos por Medicare recibidos en esta sección, puede estar sujeto a costos compartidos adicionales según la ubicación y el servicio recibido. Consulte las demás secciones de esta tabla para conocer los servicios y costos.</p> <p>*La autorización previa se aplica a servicios de radiología complejos, como tomografías computarizadas y tomografía por emisión de positrones, resonancias magnéticas, angiografías por resonancia magnética, resonancias magnéticas espectroscópicas e imágenes por perfusión miocárdica, si no se realizan como parte de una visita a la sala de emergencias, una estadía en observación o una estadía aprobada como paciente internado.</p> <p>Consulte la sección Atención de emergencia y Cirugías ambulatorias, incluidos los servicios que brindan los centros de cuidados ambulatorios y los centros de cirugía ambulatoria de esta Tabla de beneficios médicos para obtener información.</p>	<p>Copago de \$0 por cada servicio de radiología terapéutica.</p> <p>Copago de \$0 por quimioterapia y otros medicamentos recetados de la Parte B.</p> <p>Copago de \$0 para cada servicio por imágenes avanzado cubierto por Medicare</p> <p>Copago de \$0 por hospitalización para cirugía en un hospital de cuidados ambulatorios cubierta por Medicare.</p>
<p>Atención de la salud mental para pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <p>Servicios de salud mental prestados por un psiquiatra o médico autorizado por el estado, psicólogo clínico, asistente social clínico, especialista en enfermería clínica, consejera profesional autorizada (Licensed Professional Counselor, LPC), terapeuta familiar y matrimonial con licencia (LMFT), enfermero practicante (NP), asistente médico (PA) u otro profesional de atención de salud mental calificado por Medicare, según lo permitido por la legislación estatal aplicable.</p> <p>Los miembros tienen derecho a autoderivarse a un tratamiento de salud mental y tratamiento por abuso de sustancias.</p> <p>Los servicios de telesalud pueden estar disponibles a través de un proveedor de la red. Los servicios de telesalud están cubiertos solo para sesiones individuales de atención de salud mental para pacientes ambulatorios. Antes de obtener servicios de telesalud, verifique con su proveedor si la telesalud es una opción de tratamiento.</p>	<p>Copago de \$0 por cada visita de salud mental cubierta por Medicare.</p>

CAPÍTULO 4. Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios de rehabilitación ambulatoria*</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y del lenguaje.</p> <p>Los servicios de rehabilitación para pacientes externos se brindan en varios entornos para pacientes externos, como departamentos ambulatorios de hospitales, consultorios de terapeutas independientes y Centros de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facilities, CORF).</p>	<p>Copago de \$0 por cada sesión de fisioterapia y terapia del habla.</p> <p>Copago de \$0 por cada sesión de terapia ocupacional.</p>
<p>Servicios de tratamiento de trastornos por consumo de sustancias en pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de salud mental y de trastorno por consumo de sustancias proporcionados por un proveedor aprobado por Medicare. • Los servicios deben ser razonables y necesarios, y pueden incluir asesoramiento individual, grupal y familiar, así como algunos programas de tratamiento diurno y seguimiento posterior a la hospitalización. • Los proveedores/médicos clínicos de tratamiento deben tener licencia estatal, estar inscritos en el programa Medicare y encontrarse dentro del alcance de la práctica estatal. Los proveedores pueden incluir psiquiatras, psicólogos clínicos, trabajadores sociales clínicos, enfermeros practicantes, especialistas en enfermería clínica y asistentes médicos. • La cobertura también incluye algunos medicamentos utilizados en un entorno ambulatorio para el tratamiento del trastorno por consumo de sustancias y la administración de la herramienta de detección, intervención breve y tratamiento de derivación de la derivación al tratamiento de intervención breve de selección (Screening Brief Intervention Referral to Treatment, SBIRT). <p>Los miembros tienen derecho a autoderivarse al tratamiento de salud mental y al tratamiento de trastornos por consumo de sustancias para sesiones individuales y grupales de salud mental para pacientes ambulatorios proporcionadas a través de un proveedor dentro de la red.</p>	<p>Copago de \$0 por sesiones individuales ambulatorias para trastornos por consumo de sustancias cubiertas por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 por sesiones grupales ambulatorias para trastornos por consumo de sustancias cubiertas por Medicare.</p>

CAPÍTULO 4. Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Cirugía ambulatoria, incluidos los servicios prestados en centros ambulatorios de hospital y centros quirúrgicos ambulatorios*</p> <p>Nota: Si va a ser sometido a una cirugía en un centro hospitalario, consulte con el proveedor si será considerado un paciente internado o externo. A menos que el proveedor escriba una orden de admisión para su hospitalización, usted es un paciente externo y paga los montos del costo compartido para la cirugía para pacientes externos. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente externo.</p> <p>Además de los copagos por cada uno de los servicios cubiertos por Medicare recibidos en esta sección, puede estar sujeto a costos compartidos adicionales según la ubicación y el servicio recibido. Consulte las demás secciones de esta Tabla de beneficios médicos para conocer los servicios y costos.</p>	<p>Copago de \$0 por día por cada cirugía cubierta por Medicare realizada en un centro quirúrgico ambulatorio.</p> <p>Copago de \$0 por hospitalización para cirugía en un hospital de cuidados ambulatorios cubierta por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 por cada servicio de observación hospitalaria ambulatoria cubierto por Medicare.</p>
<p>Productos de venta libre (OTC)</p> <p>Consulte la sección VBID (diseño de seguro basado en el valor) para obtener más detalles.</p>	
<p>Servicios de hospitalización parcial y servicios intensivos para pacientes ambulatorios*</p> <p>La <i>hospitalización parcial</i> es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo proporcionado como un servicio hospitalario para pacientes ambulatorios o por un centro comunitario de salud mental, que es más intenso que la atención recibida en el consultorio de su médico o terapeuta, terapeuta familiar y de pareja con licencia (LMFT) o asesor profesional con licencia, y que es una alternativa a la hospitalización.</p> <p>El <i>servicio intensivo para pacientes ambulatorios</i> es un programa estructurado de terapia activa de salud conductual (mental) que se brinda en un departamento para pacientes ambulatorios de un hospital, un centro de salud mental comunitario, un centro de salud aprobado por el Gobierno federal o una clínica de salud rural, que es más intensivo que la atención recibida en la consulta de su médico, terapeuta, terapeuta familiar y de pareja con licencia (LMFT) o asesor profesional con licencia, pero menos intensivo que la hospitalización parcial.</p>	<p>Copago de \$0 por cada servicio de hospitalización parcial cubierto por Medicare.</p>


CAPÍTULO 4. Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios de médicos/profesionales, incluidas las visitas al consultorio médico</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios quirúrgicos o de atención médica necesarios llevados a cabo en un consultorio médico, centro quirúrgico ambulatorio certificado, departamento para pacientes externos de un hospital o cualquier otra ubicación. • Consultas con un especialista, y diagnóstico y tratamiento a cargo de un especialista. • Exámenes básicos de audición y relacionados con el equilibrio realizados por su PCP o especialista si su médico lo indica para determinar si usted necesita tratamiento médico. • Ciertos servicios de telesalud, incluidos: <ul style="list-style-type: none"> ○ Servicios del médico de atención primaria (Primary care physician, PCP) ○ Servicios del médico especialista ○ Sesiones individuales para servicios de especialidad de salud mental ○ Sesiones individuales para servicios psiquiátricos ○ Tiene la opción de recibir estos servicios mediante una consulta en persona o a través de telesalud. Si elige recibir uno de estos servicios a través de telesalud, debe utilizar un proveedor de la red que ofrezca el servicio a través de telesalud. ○ Comuníquese con su proveedor para obtener instrucciones sobre cómo acceder al beneficio de telesalud para los servicios mencionados anteriormente. • Servicios de telesalud para las consultas mensuales relacionadas con una enfermedad renal terminal para los miembros que se realizan diálisis en el hogar en un centro de diálisis renal basado en un hospital o basado en un hospital de acceso crítico, centro de diálisis renal o el hogar del miembro. • Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar síntomas de una apoplejía, independientemente de su ubicación. 	<p>Copago de \$0 por cada visita al médico de atención primaria.</p> <p>Copago de \$0 por cada visita a un médico especialista.</p> <p>Si su proveedor se encuentra dentro de un hospital, es posible que se le cobre un cargo del centro además de su copago regular del médico.</p> <p>Verifique con su proveedor si se encuentra fuera de un hospital y si se cobrará una tarifa del centro.</p>

CAPÍTULO 4. Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Servicios de médicos/profesionales, incluidas las visitas al consultorio médico (continuación)	
<ul style="list-style-type: none"> • 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, la evaluación y el tratamiento de trastornos de salud mental si se cumple lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ○ Tiene una consulta en persona dentro de los 6 meses anteriores a su primera consulta de telesalud. ○ Tiene una consulta en persona cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud. ○ Se pueden hacer excepciones a lo anterior en ciertas circunstancias. • 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 a 10 minutos si: <ul style="list-style-type: none"> ○ 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 tiene como resultado una visita al consultorio dentro de las 24 horas de la cita más próxima disponible. • Evaluación del video o las imágenes que envíe a su médico, y la interpretación y el seguimiento por parte de su médico en un plazo de 24 horas si: <ul style="list-style-type: none"> ○ No es un paciente nuevo y ○ La evaluación no requiere una visita al consultorio dentro de las 24 horas o la cita disponible lo más pronto posible • 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 cirugía. • Atención dental cubierta por Medicare (los servicios cubiertos se limitan a cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas, fracturas de la mandíbula o de los huesos faciales, extracción de dientes para preparar la mandíbula para tratamientos con radiación para una enfermedad neoplásica maligna, o servicios que estarían cubiertos cuando fueran proporcionados por un médico). Se podría requerir una autorización para los servicios cubiertos por Medicare únicamente. 	


CAPÍTULO 4. Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios de podología+</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (por ejemplo, dedo en martillo o espolones calcáneos). • Atención de rutina de los pies para los miembros que padecen determinadas afecciones que comprometen las extremidades inferiores. • 20 servicios de podología de rutina por año 	<p>Copago de \$0 por cada servicio de podología cubierto por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 por cada servicio de podiatría de rutina.</p>
<p> Pruebas de detección de cáncer de próstata</p> <p>Para los hombres de 50 años o más, los servicios cubiertos incluyen los siguientes estudios una vez cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tacto rectal • Análisis del antígeno prostático específico (Prostate Specific Antigen, PSA) 	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para un análisis del PSA anual.</p>
<p>Dispositivos protésicos y ortopédicos y suministros relacionados*</p> <p>Dispositivos (no odontológicos) que reemplazan una función o parte del cuerpo parcial o totalmente. Estos incluyen, entre otros, prueba, colocación o capacitación en el uso de dispositivos protésicos y ortopédicos, así como lo siguiente: bolsas de colostomía y artículos directamente relacionados con el cuidado de la colostomía, marcapasos, férulas, calzado ortopédico, miembros artificiales, prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico para después de una mastectomía). Se incluyen determinados suministros relacionados con dispositivos protésicos y ortopédicos, así como la reparación o sustitución de estos dispositivos. También incluye cierta cobertura tras una cirugía de cataratas o eliminación de cataratas; consulte Atención de visión más adelante en esta Sección para obtener más detalles.</p>	<p>Copago de \$0 por prótesis y suministros relacionados.</p>
<p>Servicios de rehabilitación pulmonar</p> <p>Los programas completos de rehabilitación pulmonar están cubiertos para miembros que tienen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) moderada a muy grave y que tienen una orden para rehabilitación pulmonar del médico que trata la enfermedad respiratoria crónica.</p>	<p>Copago de \$0 por cada servicio de rehabilitación pulmonar cubierto por Medicare.</p>



CAPÍTULO 4. Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Transporte de rutina+</p> <p>El transporte de rutina hacia y desde lugares relacionados con la salud aprobados por el plan está cubierto por hasta 36 viajes de ida o vuelta por año calendario (limitado únicamente al transporte terrestre).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Límite de viaje en un radio de 60 millas de ida para viajes médicos y límite en un radio de 30 millas de ida para viajes no médicos según la ruta más eficiente. Se pueden otorgar millas adicionales de hasta 80 millas con aprobación previa, según los límites del plan, solo para viajes médicos. Se aplican reglas de programación y restricciones del plan. • Un solo viaje se considera de ida y un viaje de ida y vuelta se consideran dos viajes. • Un miembro puede hacer que otro acompañante lo acompañe en el vehículo. • Los miembros tienen un límite en la cantidad de artículos permitidos mientras utilizan el beneficio de transporte. El miembro debe introducir y sacar fácilmente las bolsas del vehículo. • Highmark Health Options Duals no es responsable de ningún artículo que quede en el vehículo. • Highmark Health Options Duals no es responsable de proporcionar el reembolso por una cita o actividad perdida. • Los miembros que requieren transporte en silla de ruedas pueden tener un acompañante; sin embargo, las modificaciones para sillas de ruedas están disponibles solo para miembros. El servicio de sillas de ruedas no está disponible a través del servicio Rideshare. • Los servicios de transporte están disponibles de lunes a sábado. • Se requiere un aviso mínimo de 72 horas de anticipación para la programación del viaje. • El origen de la recogida debe estar dentro del área de servicio del plan; sin embargo, si se lo transporta fuera del área de servicio, en el viaje de regreso, el origen de la recogida puede estar fuera del área de servicio del plan. 	<p>Copago de \$0 por servicios de transporte de rutina cubiertos por el plan.</p>

CAPÍTULO 4. Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Transporte de rutina+ (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se pueden solicitar servicios puerta a puerta y silla de ruedas al programar un viaje. El servicio puerta a puerta es la mejor opción si necesita ayuda para subir y bajar del vehículo. • Llame al 855-401-8251 (TTY 711) de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. para programar un traslado. • Un viaje se contará para la asignación anual de un miembro si se pierde el viaje, el miembro no aborda el vehículo a su llegada a la hora solicitada o si un viaje programado no se cancela al menos 2 horas antes del despacho. <p>El reembolso de millas está disponible cuando el transporte es proporcionado por un automóvil personal y no por el proveedor aprobado por el plan. El monto del reembolso de millas será igual al monto del reembolso de millas comerciales del Servicio de impuestos internos (Internal Revenue Service, IRS) al comienzo del año calendario.</p> <p>Los formularios de reembolso de millas deben recibirse dentro de los 30 días calendario a partir de la fecha de servicio proporcionada en el formulario.</p> <p>Un viaje se contará para la asignación anual de un miembro si se pierde el viaje, el miembro no aborda el vehículo a su llegada a la hora solicitada o si un viaje programado no se cancela al menos 2 horas antes del despacho.</p>	
<p> Detección y asesoramiento para el tratamiento del abuso de alcohol</p> <p>Cubrimos una prueba de detección de abuso de alcohol para adultos con Medicare (incluidas mujeres embarazadas) que abusan del alcohol, pero que no son dependientes.</p> <p>Si el resultado de la prueba de detección de abuso de alcohol es positivo, usted puede obtener hasta 4 sesiones breves de asesoramiento personales por año (si demuestra ser competente y estar alerta durante el asesoramiento) brindado por un médico o profesional de atención primaria calificado en un establecimiento de atención primaria.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol cubierto por Medicare.</p>

CAPÍTULO 4. Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Prueba de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de dosis baja (LDCT)</p> <p>Para las personas que reúnen los requisitos, se cubre una tomografía computarizada de baja dosis (Low Dose Computed Tomography, LDCT) cada 12 meses.</p> <p>Los miembros elegibles son: personas entre 50 y 77 años que no presentan signos o síntomas de cáncer de pulmón, pero que tienen una historia de consumo de tabaco de, al menos, 20 años fumando un paquete diario, que fuman actualmente o que han dejado de fumar en los últimos 15 años, que reciben una orden para una LDCT durante la visita de asesoramiento y toma de decisiones compartida acerca de la prueba de detección del cáncer de pulmón que cumple los criterios de Medicare para dichas visitas y que es prestada por un médico o por otro profesional de la salud.</p> <p><i>Para las pruebas de detección de cáncer de pulmón con LDCT tras la prueba de detección inicial con LDCT:</i> el miembro debe recibir una orden para la prueba de detección de cáncer de pulmón con LDCT, que podrá emitirse durante cualquier visita pertinente a un médico o profesional no médico calificado. Si un médico o profesional no médico calificado elige proporcionar asesoramiento sobre la detección del cáncer de pulmón y una visita de toma de decisiones compartida para las pruebas de detección de cáncer de pulmón posteriores con una LDCT, la visita debe cumplir con los criterios de Medicare para dichas visitas.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta de asesoramiento y de toma de decisiones compartidas cubierta por Medicare o para la LDCT.</p>
<p> Prueba de detección de infecciones de transmisión sexual (STI) y asesoramiento para prevenir las STI</p> <p>Cubrimos pruebas de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) como clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas de detección están cubiertas para las mujeres embarazadas y para ciertas personas que se encuentran en un mayor riesgo de infecciones por ETS cuando el proveedor de atención primaria las solicita. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertas etapas durante el embarazo.</p> <p>También cubrimos hasta dos sesiones personales súper intensivas de asesoramiento conductual de 20 a 30 minutos por año, para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de infecciones por ETS. Solo cubriremos estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo si son brindadas por un proveedor de atención primaria y se realizan en un establecimiento de atención primaria, como en un consultorio del médico.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para beneficios preventivos para pruebas de detección de ETS y asesoramiento para prevenirlas cubiertos por Medicare.</p>


CAPÍTULO 4. Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios para el tratamiento de enfermedades renales</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios educativos sobre la enfermedad renal para enseñar sobre el cuidado del riñón y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas sobre su cuidado. En el caso de los miembros con enfermedad renal crónica en etapa IV, cuando son remitidos por su médico, cubrimos hasta seis sesiones de servicios educativos sobre la enfermedad renal de por vida. • Tratamientos de diálisis para pacientes externos (incluso 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 internados (si se lo ingresa al hospital para recibir atención especial). • 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 autodiálisis en su hogar. • Determinados servicios de apoyo a domicilio (por ejemplo, cuando sea necesario, recibir visitas por parte de trabajadores capacitados y especializados en diálisis para verificar cómo va con la autodiálisis en su hogar, para ayudar en casos de emergencia y para revisar su equipo para diálisis y el suministro de agua). <p>Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos por los beneficios de cobertura para medicamentos de la Parte B de Medicare. Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte B, consulte la sección Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare.</p>	<p>Copago de \$0 por los servicios de educación para enfermedades renales.</p> <p>Copago de \$0 por servicios de tratamiento de diálisis.</p>

CAPÍTULO 4. Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Atención en un centro de enfermería especializada (SNF)* (En el Capítulo 12 de este documento, encontrará una definición de “centro de atención de enfermería especializada”, que suele denominarse SNF, por “Skilled Nursing Facility”).</p> <p>Usted tiene cobertura hasta por 100 días para cada período de beneficios. No se requiere estadía en el hospital antes de la admisión al centro de enfermería especializada. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario). • Comidas, incluidas dietas especiales. • Servicios de enfermería especializada. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Medicamentos administrados como parte del plan de atención (esto incluye sustancias naturalmente presentes en el organismo, como los factores de la coagulación de la sangre). • Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y de concentrado de glóbulos rojos comienza a partir de la cuarta pinta de sangre que usted necesite; debe pagar por las tres primeras pintas de sangre que reciba en un año calendario o donar la sangre usted mismo o pedirle a alguien más que done. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta de sangre utilizada. • Suministros médicos y quirúrgicos que habitualmente proveen los SNF. • Análisis de laboratorio que habitualmente se realizan en los SNF. • Radiografías y otros servicios de radiología que habitualmente se realizan en los SNF. • Uso de aparatos, como sillas de ruedas, que habitualmente proveen los SNF. • Servicios de médicos o profesionales. 	<p>Copago de \$0 por día para los días 1 a 100.</p> <p>Usted es responsable de todos los costos por día después de los 100 días. Un período de beneficios comienza el primer día que ingresa en un hospital o un centro de enfermería especializada. El período de beneficios termina cuando no ha recibido atención de hospitalización en un hospital (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos.</p>

CAPÍTULO 4. Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Atención en un centro de enfermería especializada (SNF)* (continuación)</p> <p>Generalmente, la atención en los SNF la obtendrá en los centros de la red. No obstante, en determinadas condiciones que se detallan más abajo, es posible que pueda recibir la atención de un centro que no sea proveedor de la red si dicho centro acepta los montos de pago de nuestro plan.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un centro de cuidados o una comunidad de atención continua para los jubilados donde estaba viviendo justo antes de ir al hospital (siempre que brinde los servicios de un centro de atención de enfermería especializada). • Un SNF donde su cónyuge o pareja doméstica esté viviendo en el momento en que usted se retire del hospital. <p>Para comidas entregadas a domicilio después del alta de centros de rehabilitación para pacientes hospitalizados o centros de enfermería especializados o agudos, consulte la sección Comidas entregadas a domicilio de esta Tabla de beneficios médicos.</p>	<p>Un nuevo periodo empieza si usted ingresa en un hospital o centro de cuidados médicos especializados después de que ha finalizado un periodo de beneficios. No hay un límite en la cantidad de períodos de beneficios que pueda tener.</p>
<p> Dejar de fumar y consumir tabaco (orientación para dejar de fumar y consumir tabaco)+</p> <p><u>Si consume tabaco, pero no presenta signos o síntomas de enfermedades asociadas a este:</u> el plan cubre dos intentos de asesoramiento para dejar de fumar en un plazo de 12 meses como servicio preventivo sin costo para usted. Cada tentativa de orientación incluye hasta cuatro consultas personales.</p> <p><u>Si consume tabaco y se le ha diagnosticado una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando medicamentos que pueden verse afectados por el tabaco:</u> cubrimos servicios de asesoramiento para dejar de fumar. Cubrimos dos tentativas de orientación para dejarlo, dentro de un período de 12 meses; no obstante, usted pagará el costo compartido aplicable. Cada tentativa de orientación incluye hasta cuatro consultas personales. El plan proporciona dos visitas adicionales de asesoramiento además del beneficio cubierto por Medicare.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos para dejar de fumar y de consumir tabaco cubiertos por Medicare.</p>

CAPÍTULO 4. Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Terapia de ejercicios supervisada (SET)</p> <p>La SET está cubierta para los miembros que padecen una enfermedad arterial periférica (EAP) sintomática.</p> <p>Se cubren hasta 36 sesiones en un período de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa de SET.</p> <p>El programa de SET debe cumplir con lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 pacientes externos o en el consultorio de un médico. • Proporcionarse 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, asistente médico, enfermero practicante o especialista en enfermería clínica, que debe estar capacitado en reanimación cardiopulmonar básica y avanzada. <p>El SET podría cubrirse por 36 sesiones adicionales en un período de tiempo extendido, más allá de las 36 sesiones en 12 semanas, si un proveedor de atención médica considera que es médicamente necesario.</p>	<p>Copago de \$0 por cada sesión de tratamiento de SET cubierta por Medicare.</p>
<p>Servicios de urgencia necesarios</p> <p>Servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata que no es una emergencia es un servicio de urgencia si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan, o incluso si se encuentra dentro del área de servicio del plan, no es razonable, dado su tiempo, lugar y circunstancias, obtener este servicio de proveedores de la red con los que el plan tiene contrato. Su plan debe cubrir los servicios de urgencia y solo cobrarle los costos compartidos dentro de la red. Algunos ejemplos de servicios de urgencia son enfermedades y lesiones médicas imprevistas, o brotes inesperados de afecciones existentes. Sin embargo, las visitas de rutina al proveedor médicamente necesarias, como los chequeos anuales, no se consideran urgentemente necesarias incluso si usted se encuentra fuera del área de servicio del plan o la red del plan no está disponible temporalmente.</p> <p>Los servicios de urgencia no están cubiertos fuera de los Estados Unidos.</p>	<p>Copago de \$0 por cada servicio de urgencia necesario.</p>


CAPÍTULO 4. Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Modelo de diseño de seguro basado en el valor (VBID)</p> <p>Los fondos se cargan en una tarjeta Flex fácil de usar. La tarjeta Flex viene prepagada por el plan y puede usarla para pagar alimentos saludables, artículos de venta libre, artículos de seguridad para el baño y el hogar y servicios públicos.</p> <p>La tarjeta Flex es solo para su uso personal, no tiene valor en efectivo y no se puede vender ni transferir.</p> <p>Recibirá una tarjeta de débito precargada fácil de usar por correo. Se volverá a cargar su asignación al inicio de cada mes.</p> <p>Recordatorio: Los fondos no utilizados se transferirán de un mes a otro. Cualquier fondo no utilizado al final del año del plan (31 de diciembre de 2025) vencerá y no se transferirá a 2026. Si abandona el plan, perderá cualquier parte no utilizada de su beneficio.</p> <p>Utilice la tarjeta para lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comestibles saludables • Artículos de OTC • Seguridad para el hogar y el baño • Servicios públicos <p>Para obtener ayuda con la activación de su tarjeta, ayuda para realizar un pedido, verificar el saldo o si tiene preguntas sobre su tarjeta Flex, comuníquese con Servicios para Miembros al 1-833-623-2619, TTY 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., o visite www.myhealthyflex.com/.</p> <p>Comestibles saludables</p> <ul style="list-style-type: none"> • Su cobertura puede incluir alimentos saludables como frutas, verduras y productos selectos enlatados. • Puede comprar en tiendas minoristas participantes, realizar un pedido en línea, o por teléfono a través del catálogo que se le enviará por correo. Los artículos se le enviarán directamente a usted sin costo. 	<p>Asignación de \$208 por mes para alimentos saludables, servicios públicos, artículos de venta libre (Over-the-Counter, OTC) y de seguridad para el hogar y el baño.</p>



CAPÍTULO 4. Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Artículos de venta libre</p> <ul style="list-style-type: none"> • Su cobertura incluye artículos de salud y bienestar de venta libre sin receta, como vitaminas, protector solar, analgésicos, medicamentos para la tos y el resfriado, vendas y terapias de reemplazo de la nicotina. • Puede comprar en tiendas minoristas participantes, realizar un pedido en línea, o por teléfono a través del catálogo que se le enviará por correo. Los artículos se le enviarán directamente a usted sin costo. 	
<p>Artículos de seguridad para el hogar y el baño</p> <ul style="list-style-type: none"> • Su cobertura incluye artículos de seguridad diarios, como barandas de seguridad para el baño, elevadores para asiento de inodoro y dispositivos para alcanzar objetos. • Puede realizar un pedido en línea, por teléfono o a través del catálogo que se le enviará por correo. Los artículos se le enviarán directamente a usted sin costo. • Es posible que algunos artículos requieran montaje o instalación. Los costos de montaje e instalación no están cubiertos. • Highmark Health Options Duals no instala dispositivos de seguridad para el baño y no es responsable por su inadecuado montaje, instalación, reparación u otras modificaciones. Los miembros son responsables de todos los costos asociados con el montaje o la instalación. • Highmark Health Options Duals y los proveedores del plan de salud no son responsables por paquetes perdidos o robados. • Estos artículos no están cubiertos por el DME. 	
<p>Servicios públicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Su cobertura proporciona una asignación para ayudar con los servicios públicos, como la factura de electricidad, agua o gas natural. Para usar su tarjeta para pagar su factura, simplemente llame a su proveedor de servicios o visite su sitio web. 	

CAPÍTULO 4. Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Modelo de diseño de seguro basado en el valor (VBID) (continuación)</p> <p>La asignación mensual no se puede utilizar para compras de armas de fuego, municiones, armas, tabaco o alcohol.</p> <p>Si los servicios que recibe o los pedidos que realiza superan los fondos disponibles en su tarjeta Flex, usted deberá hacerse cargo de los cargos adicionales. La tarjeta Flex tiene un valor precargado de determinada cantidad, según sus beneficios. La tarjeta Flex debe utilizarse en tiendas minoristas participantes. Puede encontrar los comercios minoristas participantes en línea en www.myhealthyflex.com o llamando al 1-833-623-2619, TTY 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.</p> <p>A través del beneficio de Diseño de Seguros Basados en el Valor (Value-Based Insurance Design Program, VBID), los miembros también tendrán un costo compartido de \$0 en todos los medicamentos de la Parte D y tendrán la opción de usar 36 viajes de ida o vuelta para servicios no relacionados con la salud. Consulte Parte D y Transporte para obtener más información.</p>	
<p> Atención de la vista</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de médicos para pacientes externos para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones de los ojos, incluido el tratamiento de la degeneración macular relacionada con la edad. Original Medicare no cubre exámenes de la vista de rutina (refracción de la vista) para anteojos o lentes de contacto. • Para las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma, cubriremos una prueba de detección de glaucoma cada año. Las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma son las personas con antecedentes familiares de glaucoma, las personas diabéticas, los afroamericanos de 50 años o más y los hispanoamericanos de 65 años o más. • Para las personas con diabetes, se cubre una prueba de detección de retinopatía diabética por año. 	<p>Copago de \$0 por cada examen de la vista cubierto por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 por un (1) examen de la vista de rutina por año calendario.</p> <p>Copago de \$0 por cada prueba de detección de glaucoma cubierta por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 por cada examen de retina ocular en pacientes diabéticos cubierto por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 para lentes y anteojos para después de la catarata cubiertas por Medicare.</p> <p>Copago de \$0. Limitado a un par de anteojos o lentes de contacto por año.</p>

CAPÍTULO 4. Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Atención de la vista (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluya implante de lente intraocular (si tiene dos operaciones de cataratas separadas, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía y comprar dos anteojos después de la segunda cirugía). <p>Atención de visión de rutina+</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un (1) examen de la vista de rutina por año calendario • Límite de un (1) par de anteojos y marcos o lentes de contacto por año. <ul style="list-style-type: none"> ○ Los siguientes lentes están cubiertos en su totalidad: monofocales, bifocales con línea, trifocales con línea, lenticulares. ○ Asignación de \$400 para marcos de anteojos O lentes de contacto. ○ Las siguientes mejoras de lentes están cubiertas: Revestimiento contra rayaduras, lentes de gran tamaño, tintes, progresivos estándar, lentes fotocromáticos, recubrimiento UV y lentes de policarbonato. Se aplican restricciones del plan. <p>Debe usar un proveedor participante de VSP para recibir beneficios de atención de visión de rutina. Comuníquese con Servicios para miembros para obtener una lista de proveedores participantes, así como detalles y limitaciones de la cobertura.</p>	
<p> Visita preventiva “Bienvenido a Medicare”</p> <p>El plan cubre la visita preventiva de “<i>Bienvenida a Medicare</i>” por única vez. La consulta incluye una revisión de su salud, como así también educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita, (incluidas ciertas pruebas de detección y vacunas) y derivaciones a otro tipo de atención si fuera necesario.</p> <p>Importante: Cubrimos la visita preventiva de “<i>Bienvenida a Medicare</i>” solo durante los primeros 12 meses que tiene la Parte B de Medicare. Cuando programe su cita, informe al consultorio de su médico que quiere programar su visita preventiva de “<i>Bienvenida a Medicare</i>”.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para la visita preventiva de “<i>Bienvenida a Medicare</i>”.</p>

CAPÍTULO 4. Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto)**SECCIÓN 3 ¿Qué servicios están cubiertos fuera de Highmark Health Options Duals?****Sección 3.1 Servicios *no* cubiertos por Highmark Health Options Duals****Beneficios cubiertos fuera de Highmark Health Options Duals**

Para los servicios que no están cubiertos por Highmark Health Options Duals, pero que están disponibles a través de Medicaid, consulte su Manual para miembros de Medicaid.

SECCIÓN 4 ¿Qué servicios no están cubiertos por el plan?**Sección 4.1: Servicios que *no* están cubiertos por el plan**

En esta Sección se indica qué servicios están excluidos por Medicare.

La tabla que se presenta a continuación describe algunos servicios y artículos que el plan no cubre bajo ninguna circunstancia o que solo se cubren en circunstancias 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 una sala de emergencia, los servicios excluidos siguen sin estar cubiertos y el plan no los pagará. La única excepción es si el servicio se apela y se considera, mediante una apelación, como un servicio médico que debería haberse pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hayamos tomado sobre no prestar cobertura para un servicio médico, consulte la Sección 6.3 del Capítulo 9 de este documento).

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubiertos solo en situaciones específicas
Acupuntura.		<ul style="list-style-type: none"> • Disponible para personas con dolor lumbar crónico en determinadas circunstancias.
Examen físico de rutina anual	No cubiertos en ninguna situación	
Cirugía o procedimientos cosméticos.		<ul style="list-style-type: none"> • Se cubren en casos de lesión accidental o para mejorar el funcionamiento de un miembro deformado.

CAPÍTULO 4. Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto)

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubiertos solo en situaciones específicas
		<ul style="list-style-type: none"> • Se cubren todas las etapas de reconstrucción de mama después de una mastectomía, así como también la de la mama no afectada para producir una apariencia simétrica.
<p>Cuidado asistencial.</p> <p>El cuidado asistencial es aquel cuidado personal que no requiere la atención continua de personal médico o paramédico capacitado, por ejemplo, ayuda con las actividades de la vida cotidiana, como bañarse o vestirse.</p>	No cubiertos en ninguna situación	
<p>Procedimientos, equipos y medicamentos médicos y quirúrgicos experimentales.</p> <p>Los productos y los procedimientos experimentales son aquellos determinados por Original Medicare que, generalmente, no son aceptados por la comunidad médica.</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Original Medicare puede cubrirlos en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o su plan. <p>(Para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica, consulte la Sección 5 del Capítulo 3).</p>
<p>Cargos cobrados por la atención por sus familiares inmediatos o miembros de su hogar.</p>	No cubiertos en ninguna situación	
<p>Atención de enfermería de tiempo completo en su hogar</p>	No cubiertos en ninguna situación	

CAPÍTULO 4. Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto)

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubiertos solo en situaciones específicas
Audífonos o exámenes para ajuste de audífonos.	Audífonos que no sean del modelo Select Advanced de TruHearing, visitas al proveedor para el servicio de audífonos (más allá de los límites descritos en los beneficios cubiertos), moldes auditivos, accesorios para audífonos, cargos por reclamación de garantía y baterías para audífonos (más allá de las 80 baterías gratuitas por audífono comprado por año). Visitas adicionales al proveedor después de 1 examen auditivo de rutina por año y ajustes después de un período de doce meses.	
Servicios de empleada doméstica que incluyen ayuda básica en el hogar, como tareas domésticas sencillas o preparación de comidas livianas.	No cubiertos en ninguna situación	
Los servicios de naturopatía (que utilizan tratamientos naturales o alternativos)	No cubiertos en ninguna situación	
Atención odontológica que no sea de rutina.		<ul style="list-style-type: none"> Se puede cubrir la atención odontológica requerida para tratar una enfermedad o lesión como atención para pacientes internados o externos.

CAPÍTULO 4. Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto)

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubiertos solo en situaciones específicas
Zapatos ortopédicos o dispositivos de apoyo para los pies		<ul style="list-style-type: none"> Los zapatos que sean parte de un soporte de pierna y estén incluidos en el costo del soporte. Zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con enfermedad de pie diabético.
Objetos personales en su habitación del hospital o centro de atención de enfermería especializada, por ejemplo, un teléfono o televisor.	No cubiertos en ninguna situación	
Habitación privada en el hospital.		<ul style="list-style-type: none"> Solo se cubre cuando es médicamente necesario.
Queratotomía radial, cirugía LASIK y otras ayudas para la visión reducida.	No cubiertos en ninguna situación	
Reversión de procedimientos de esterilización o suministros de anticonceptivos sin receta.	No cubiertos en ninguna situación	
Servicios considerados no razonables ni necesarios, según las normas de Original Medicare.	No cubiertos en ninguna situación	

CAPÍTULO 5:

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

CAPÍTULO 5 Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D



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

Dado que usted es elegible para Medicaid, reúne los requisitos y recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar los costos del plan de medicamentos con receta. Debido a que forma parte del programa “Ayuda adicional”, **alguna información en esta Evidencia de Cobertura sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D no se aplica a su caso.** Le enviamos un folleto por separado, denominado *Cláusula adicional de Evidencia de Cobertura para personas que reciben ayuda adicional (Extra Help) para pagar medicamentos recetados* (también denominado *Cláusula adicional de subsidio por bajos ingresos* o *Cláusula adicional de LIS*), que le informa sobre su cobertura de medicamentos. Si no posee este inserto, comuníquese con Servicios para Miembros y solicite la *Cláusula adicional LIS*. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros figuran en la contratapa de este documento).

SECCIÓN 1 Introducción

En este Capítulo se **explican las normas para utilizar su cobertura para medicamentos de la Parte D.** Consulte el Capítulo 4 para conocer los beneficios de medicamentos de la Parte B de Medicare y los beneficios de medicamentos para cuidados paliativos.

Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, usted tiene cobertura a través de los beneficios de Medicaid para algunos medicamentos con receta.

Puede obtener información sobre su cobertura de medicamentos de Delaware Medical Assistance (Medicaid) comunicándose con el Departamento de Seguros de Delaware. Consulte la Sección 6 del Capítulo 2 para obtener información de contacto.

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

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

- Debe hacer que un proveedor (un médico, dentista u otro proveedor que emite la receta) le emita una receta que debe ser válida en virtud de la ley estatal aplicable.
- La persona autorizada a dar recetas no debe estar en las Listas de Exclusión o Preclusión de Medicare.
- Por lo general, debe utilizar una farmacia de la red para obtener sus medicamentos con receta. (Consulte la Sección 2 de este capítulo) *o puede surtir su receta a través del servicio de pedido por correo del plan*.
- Su medicamento debe aparecer en la *Lista de medicamentos cubiertos (Vademécum)* del plan (la llamamos “Lista de medicamentos” de forma abreviada). (Consulte la Sección 3 de este capítulo).
- Su medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. Una indicación médicamente aceptada es un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) o avalado por ciertas referencias. (Consulte la Sección 3 de este Capítulo para obtener información sobre una indicación médicamente aceptada).
- Es posible que su medicamento requiera aprobación antes de que lo cubramos. (Consulte la Sección 4 de este Capítulo para obtener más información acerca de las restricciones a la cobertura).

CAPÍTULO 5 Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D**SECCIÓN 2 Obtener sus medicamentos recetados en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan****Sección 2.1 Usar una farmacia de la red**

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

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

Sección 2.2 Farmacias de la red**¿Cómo encuentra una farmacia de la red en su área?**

Para buscar una farmacia de la red, puede ver su *Directorio de farmacias*, visitar nuestro sitio de Internet ([HighmarkHealthOptions.com/Duals](https://www.HighmarkHealthOptions.com/Duals)) y/o llamar a Servicios para miembros.

Puede ir a cualquiera de las farmacias de la red.

¿Qué sucede si la farmacia que ha utilizado deja la red?

Si la farmacia que estaba usando deja de formar parte de la red del plan, deberá buscar una nueva farmacia dentro de la red. Para encontrar otra farmacia en su área, puede obtener ayuda de Servicios para Miembros o usar el *Directorio de farmacias*. También puede encontrar información en nuestro sitio web en [HighmarkHealthOptions.com/Duals](https://www.HighmarkHealthOptions.com/Duals).

¿Qué sucede si necesita una farmacia especializada?

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

- Farmacias que proveen medicamentos para tratamientos de infusión en el hogar.
- Farmacias que suministran medicamentos para residentes de un centro de atención a largo plazo (Long-Term Care, LTC). En general, un centro de LTC (como un centro de cuidados) tiene su propia farmacia. Si tiene dificultad para acceder a sus beneficios de la Parte D en un centro de LTC, comuníquese con Servicios para los miembros.
- Farmacias que brinden servicios al Programa de salud para la población india estadounidense urbana o tribal, del Servicio de Salud para la Población India Estadounidense (no está disponible en Puerto Rico). Salvo en caso de emergencia, solo los indios estadounidenses o los nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias dentro de la red.

CAPÍTULO 5 Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D

- Farmacias que proveen medicamentos que están limitados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) para ciertos lugares o que requieren un manejo especial, la coordinación del proveedor o el aprendizaje sobre su uso. Para ubicar una farmacia especializada, busque en su *Directorio de Farmacias* (HighmarkHealthOptions.com/Duals) o llame a Servicios para miembros.

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

Para determinados tipos de medicamentos, usted puede utilizar el servicio de pedido por correo de la red del plan. Por lo general, los medicamentos proporcionados a través del pedido por correo son medicamentos que toma con regularidad para una afección crónica o a largo plazo. Los medicamentos que *no* están disponibles a través del servicio de pedidos por correo de la aseguradora están marcados con un asterisco en nuestra Lista de medicamentos.

El servicio de pedido por correo de nuestro plan le permite pedir **al menos 90 días de suministro del medicamento y no más de 100 días de suministro para los Niveles 1 y 2.**

Para obtener información sobre cómo surtir sus medicamentos con receta por correo, comuníquese con Servicios para Miembros (los números de teléfono aparecen impresos en la contraportada de este documento).

En general, un pedido por correo a la farmacia te llegará a más tardar en 10 días. Si una receta se retrasa en una farmacia de pedido por correo, llame a Servicios para Miembros para coordinar el surtido en una farmacia minorista.

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

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

- Utilizó los servicios de pedido por correo con este plan en el pasado.
- Se inscribió para la entrega automática de todas las recetas nuevas recibidas directamente de los proveedores de atención médica. Puede solicitar la entrega automática de todas las recetas nuevas en cualquier momento comunicándose con Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este documento).

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

Si usó el pedido por correo en el pasado y no desea que la farmacia surta y envíe automáticamente cada receta médica nueva, comuníquese con Servicios para Miembros (los números de teléfono aparecen impresos en la contraportada de este documento).

Si usted nunca ha utilizado nuestro servicio de entrega de pedidos por correo o si decide interrumpir el surtido automático de nuevas recetas, la farmacia se pondrá en contacto con usted cada vez que reciba una nueva receta de un proveedor de atención médica para ver si desea que le surta y envíe el

CAPÍTULO 5 Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D

medicamento inmediatamente. Es importante que usted responda cada vez que la farmacia lo contacte para informar si la nueva receta se debe enviar, atrasar o cancelar.

Resurtidos de recetas enviadas por correo. Para volver a surtir sus medicamentos, tiene la opción de inscribirse en un programa de resurtido automático. En este programa, comenzaremos a procesar su siguiente resurtido automáticamente cuando nuestros registros muestren que se está por quedar sin el medicamento. La farmacia se comunicará con usted antes del envío de cada resurtido para asegurarse de que necesite más medicamento. Usted puede cancelar los resurtidos si tiene suficiente medicamento o si el medicamento ha cambiado.

Si decide no utilizar nuestro programa de resurtido automático, pero aún desea que la farmacia de envío por correo le envíe su medicamento recetado, comuníquese con su farmacia 15 días antes de que se agote su suministro actual del medicamento recetado. Esto asegurará que su pedido se le envíe a tiempo.

Para excluirse de nuestro programa que prepara automáticamente los resurtidos por correo, comuníquese con Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este documento).

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

Sección 2.4 ¿Cómo puedes recibir un suministro de medicamentos a largo plazo?

El plan ofrece dos maneras de recibir un suministro a largo plazo (también llamado suministro extendido) de medicamentos de mantenimiento que aparecen en la Lista de medicamentos de nuestro 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 medicinas de mantenimiento. Su *Directorio de Farmacias* (HighmarkHealthOptions.com/Duals) le indica qué farmacias de nuestra red pueden proporcionarle un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar a Servicios para los miembros para obtener más información.
2. También puede recibir medicamentos de mantenimiento a través de nuestro programa de pedido por correo. Consulte la Sección 2.3 para obtener más información.

Sección 2.5 ¿Cuándo puedes usar una farmacia que no forma parte de la red del plan?

Sus medicamentos recetados pueden estar cubiertos en ciertas situaciones

En general, el plan cubre los medicamentos surtidos en una farmacia fuera de la red *solo* cuando usted no puede usar una farmacia de la red. Para ayudarlo, tenemos farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio en donde puede surtir sus recetas como miembro de nuestro plan. **En estos casos, primero**

CAPÍTULO 5 Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D

consulta con Servicios para miembros para ver si hay alguna farmacia que participe en la red cerca de ti. Es posible que deba pagar la diferencia entre lo que paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia dentro de la red.

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

- Cubriremos los medicamentos recetados que obtenga en farmacias fuera de la red si están relacionados con atención para emergencias médicas o servicios de urgencia necesarios. En este caso, pida a la farmacia fuera de la red que se comunique con el Departamento de Servicios de Farmacia de Highmark Health Options Duals al 1-855-401-8251 para obtener la anulación de una farmacia fuera de la red.
- Si toma de forma regular un medicamento recetado y se va de viaje, asegúrese de verificar su suministro del medicamento antes de partir. Cuando sea posible, lleve consigo todos los medicamentos que necesitará. Para solicitar sus medicamentos con receta por adelantado, pídale a su médico que llame al Departamento de Servicios de Farmacia de Highmark Health Options Duals al 1-855-401-8251 para solicitar un suministro para vacaciones.
- Si está de viaje dentro de los Estados Unidos, pero fuera del área de servicio del plan, y se enferma, pierde o se queda sin sus medicamentos recetados cubriremos las recetas que se surtan en una farmacia fuera de la red si sigue todas las demás normas de cobertura identificadas en este documento y no hay una farmacia de la red disponible. En este caso, pida a la farmacia fuera de la red que se comunique con el Departamento de Servicios de Farmacia de Highmark Health Options Duals al 1-855-401-8251 para solicitar la anulación de una farmacia fuera de la red.
- Si se declara un desastre o estado de emergencia en su área geográfica, puede usar una farmacia fuera de la red.

¿Cómo pide un reembolso al plan?

Si se ve obligado a utilizar una farmacia fuera de la red, en general tendrá que pagar el costo total cuando surta su medicamento recetado. Puede solicitarnos un reembolso. En la Sección 2 del Capítulo 7, se explica cómo puede solicitar un reembolso al plan).

SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben formar parte de la Lista de medicamentos del plan

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

El plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos (Vademécum)*. En esta *Evidencia de cobertura*, **la denominamos Lista de medicamentos, para abreviar.**

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

La Lista de medicamentos incluye los medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare. Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos recetados están cubiertos por sus

CAPÍTULO 5 Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D

beneficios de Medicaid. Puede obtener información sobre su cobertura de medicamentos de Delaware Medical Assistance comunicándose con la agencia estatal de Medicaid. Consulte la Sección 6 del Capítulo 2 para obtener información de contacto.

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

- Aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos para el diagnóstico o la afección para la que fue recetado.
- Avalado por ciertas referencias, como American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de Información DRUGDEX.

La Lista de medicamentos incluye medicamentos de marca, medicamentos genéricos y 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 del medicamento. Los productos biológicos son medicamentos más complejos que los medicamentos habituales. 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 que se denominan biosimilares. En general, un medicamento genérico o biosimilar funciona igual que un medicamento de marca o producto biológico original y suele costar menos. Existen medicamentos genéricos sustitutos disponibles para muchos medicamentos de marca y alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son biosimilares intercambiables y, según las leyes estatales, pueden sustituirse por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una receta nueva, al igual que los medicamentos genéricos pueden sustituirse por medicamentos de marca.

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

Medicamentos de venta libre

Nuestro plan también cubre ciertos medicamentos de venta libre. Algunos medicamentos de venta libre son menos costosos que los medicamentos con receta y funcionan igual. Para obtener más información, llame al Servicios para Miembros.

¿Qué *no* aparece en la Lista de medicamentos?

El plan no cubre todos los medicamentos con receta.

- En algunos casos, la ley no permite que ningún plan de Medicare cubra determinados tipos de medicamentos. (Para obtener más información al respecto, consulte la Sección 7.1 de este capítulo).

CAPÍTULO 5 Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D

- En otros casos, hemos decidido no incluir en la Lista de medicamentos un medicamento en particular. En algunos casos, es posible que pueda obtener un medicamento que no está en la Lista de medicamentos. (Consulte el Capítulo 9 para obtener más información).
- Hay medicamentos con receta cubiertos por Delaware Medical Assistance, pero no por Medicare. Para obtener más información sobre los medicamentos cubiertos por Delaware Medical Assistance, comuníquese con la agencia estatal de Medicaid. Consulte la Sección 6 del Capítulo 2 para obtener información de contacto.

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

Tiene 4 maneras de saberlo:

1. Consulte la Lista de medicamentos más reciente que le proporcionamos electrónicamente.
2. Visite el sitio web del plan (HighmarkHealthOptions.com/Duals). La Lista de medicamentos en el sitio web siempre es la más actual.
3. Llame a Servicios para Miembros para averiguar si un medicamento en particular forma parte de la Lista de medicamentos del plan o para solicitar una copia de la lista.
4. Use la “Herramienta de beneficios en tiempo real” del plan (HighmarkHealthOptions.com/Duals o llame a Servicios para miembros). Con esta herramienta, puede buscar medicamentos en la Lista de medicamentos para ver una estimación de lo que pagará y si hay medicamentos alternativos en la Lista de medicamentos que podrían tratar la misma afección.

SECCIÓN 4 Hay restricciones de cobertura para algunos medicamentos.

Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?

Para ciertos medicamentos con receta, existen normas especiales que restringen cómo y cuándo el plan los cubre. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrollaron estas normas para alentarlos a usted y a su proveedor a usar los medicamentos de la forma más eficaz. Para averiguar si alguna de estas restricciones se aplica a un medicamento que está tomando o desea tomar, consulte la Lista de medicamentos.

Si un medicamento seguro y de bajo costo funcionará médicamente tan bien como uno de mayor costo, las normas del plan están destinadas a alentarlos a usted y a su proveedor a usar esa opción más económica.

CAPÍTULO 5 Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D

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

Sección 4.2 ¿Qué tipos de restricciones?

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

Si existe alguna restricción para su medicamento, por lo general, significa que usted o su proveedor tendrán que seguir pasos adicionales para que podamos cubrirlo. Comuníquese con Servicios para los miembros para obtener información sobre qué debe hacer usted o su proveedor para obtener cobertura para el medicamento. Si desea pedirnos que eliminemos la restricción, tendrá que usar el proceso de decisión de cobertura para solicitarnos una excepción. Podemos estar o no de acuerdo en eliminar la restricción. (Consulte el Capítulo 9).

Obtención de la aprobación por adelantado

Para determinados medicamentos, usted o su proveedor deben obtener la autorización del plan antes de que aceptemos cubrir el medicamento. Esto se denomina **autorización previa**. Esto se implementa para garantizar la seguridad de los medicamentos y ayudar a guiar el uso adecuado de ciertos medicamentos. Si no obtiene esta autorización, es posible que el plan no cubra el medicamento.

Prueba de un medicamento diferente primero

Este requisito hace que usted trate de utilizar medicamentos menos costosos, pero generalmente igual de eficaces antes de que el plan le brinde cobertura para otro medicamento. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma afección y el medicamento A es menos costoso, el plan puede requerir que pruebe el medicamento A primero. Si el medicamento A no funciona para usted, el plan cubrirá el medicamento B. Este requisito de probar un medicamento diferente primero se llama **terapia de pasos**.

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 píldora al día de un medicamento determinado, podemos limitar la cobertura de su medicamento con receta a no más de una píldora por día.

CAPÍTULO 5 Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D**SECCIÓN 5 ¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera que le gustaría?****Sección 5.1 Hay cosas que puedes hacer si tu medicamento no está cubierto del modo en que quisieras**

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

- El medicamento puede no estar cubierto en absoluto. O tal vez una versión genérica del medicamento tenga cobertura, pero la versión de marca que desea tomar no está cubierta.
- El medicamento está cubierto, pero se aplican normas o restricciones adicionales respecto de la cobertura de ese medicamento, como se explica en la Sección 4.
- Hay algunas cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera en que usted quisiera que lo estuviera. **Si el medicamento no está en la Lista de medicamentos o si está restringido, consulte la Sección 5.2 para obtener información sobre lo que puede hacer.**

Sección 5.2 ¿Qué puede hacer si su medicamento no forma parte de la Lista de medicamentos o está restringido de algún modo?

Si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o está restringido, estas son algunas opciones:

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

Puede obtener un suministro temporal

Bajo ciertas circunstancias, el 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.

A fin de ser elegible para un suministro temporal, el medicamento que ha estado tomando **ya no debe estar en la Lista de medicamentos del plan O ahora debe estar restringido de alguna manera.**

- **Si es un nuevo miembro**, cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros **90 días** de su membresía en el plan.

CAPÍTULO 5 Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D

- **Si estuvo en el plan el año pasado**, cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros **90 días** del año calendario.
- Este suministro temporal será por un máximo de 30 días. Si su receta fue extendida por menos días, le permitiremos múltiples surtidos para brindar un suministro máximo de 30 días de medicamento. El medicamento con receta debe obtenerse en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo puede proporcionarle el medicamento en menores cantidades por vez para evitar el uso indebido).
- **Para los miembros que han estado en el plan durante más de 90 días y están internados en un centro de cuidados a largo plazo y necesitan un suministro de inmediato:**

Cubriremos un suministro de emergencia de 31 días de un medicamento en particular, o menos si su receta es por menos días. Esto es complementario al suministro temporal anteriormente mencionado.

Si tiene preguntas sobre un suministro temporal, llame a Servicios para los miembros.

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

1. Puede cambiar a otro medicamento

Hable con su proveedor para ver si hay un medicamento diferente cubierto por el plan que podría funcionar igual de bien para usted. Puede llamar a Servicios para los miembros y pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que funcione para usted.

2. Puede solicitar una excepción

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

Si es miembro actual y un medicamento que toma se eliminará de la lista de medicamentos aprobados o se restringirá de algún modo para el año siguiente, le informaremos sobre el cambio antes del año siguiente. Puede solicitar una excepción antes del próximo año y le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibida su solicitud (o declaración de respaldo de su solicitud por parte de la persona autorizada a dar recetas). Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura antes de que el cambio entre en vigencia.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, en la Sección 7.4 del Capítulo 9 se explica qué hacer. Encontrará los procedimientos y las fechas límite que Medicare ha establecido para garantizar que su solicitud se maneje de manera justa y expedita.

CAPÍTULO 5 Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D**SECCIÓN 6 ¿Qué sucede si su cobertura cambia para uno de sus medicamentos?****Sección 6.1 La Lista de medicamentos puede cambiar durante el año.**

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

- **Agregar o quitar medicamentos de la Lista de medicamentos.**
- **Añadir o eliminar una restricción en la cobertura de un medicamento.**
- **Reemplazar un medicamento de marca por un medicamento genérico.**
- **Sustituir un producto biológico original por una versión biosimilar intercambiable del producto biológico.**

Debemos cumplir con los requisitos de Medicare antes de cambiar la Lista de medicamentos del plan. Consulte el Capítulo 12 para conocer las definiciones de los tipos de medicamentos que se analizan en este capítulo.

Sección 6.2 ¿Qué sucede si cambia la cobertura para un medicamento que tomas?**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. Esta sección describe los tipos de cambios que podemos hacer en la Lista de medicamentos y cuándo recibirá un aviso directo si se realizaron cambios en un medicamento que está tomando.

Cambios que podemos hacer en la Lista de medicamentos que lo afectan durante el año del plan actual

- **Agregar nuevos medicamentos a la Lista de medicamentos y eliminar o hacer cambios inmediatos a un medicamento similar en la Lista de medicamentos.**
 - Al agregar una nueva versión de un medicamento a la Lista de medicamentos, podemos eliminar inmediatamente un medicamento similar de la Lista de medicamentos, mover dicho medicamento a un nivel de costo compartido diferente, agregar nuevas restricciones, o ambas cosas. La nueva versión del medicamento tendrá las mismas restricciones o menos.
 - Realizaremos estos cambios inmediatos solo si agregamos una nueva versión genérica de una marca o si agregamos ciertas nuevas versiones biosimilares de un producto biológico original que ya estaba en la Lista de medicamentos.
 - Podemos realizar estos cambios inmediatamente y comunicárselo más tarde, incluso si está tomando el medicamento que estamos eliminando o modificando. Si está tomando el

CAPÍTULO 5 Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D

- medicamento similar en el momento en que hagamos el cambio, le informaremos sobre cualquier cambio específico que hayamos hecho.
- **Agregar medicamentos a la Lista de medicamentos y quitar o hacer cambios a un medicamento similar en la Lista de medicamentos con aviso previo.**
 - Al agregar otra versión de un medicamento a la Lista de medicamentos, podemos eliminar un medicamento similar de la Lista de medicamentos, moverlo a un nivel de costo compartido diferente, agregar nuevas restricciones o ambos. La versión del medicamento que agreguemos tendrá las mismas restricciones o menos.
 - Realizaremos estos cambios solo si agregamos una nueva versión genérica de un medicamento de marca o si agregamos ciertas nuevas versiones biosimilares de un producto biológico original que ya estaba en la Lista de medicamentos.
 - Le informaremos al menos 30 días antes de realizar el cambio, o le informaremos sobre el cambio y cubriremos un surtido de 30 días de la versión del medicamento que está tomando.
 - **Retirar medicamentos no seguros y otros medicamentos de la Lista de medicamentos que se retiran del mercado.**
 - A veces un medicamento puede considerarse no seguro o retirarse del mercado por otro motivo. Si esto ocurre, podremos eliminar inmediatamente el medicamento de la Lista de medicamentos. Si está tomando ese medicamento, se lo informaremos después de que hagamos el cambio.
 - **Hacer otros cambios en los medicamentos de la Lista de medicamentos.**
 - Podemos hacer otros cambios que afecten los medicamentos que esté tomando una vez que el año haya comenzado. Por ejemplo, basarnos en los recuadros de advertencia de la FDA o las nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare.
 - Le informaremos al menos 30 días antes de realizar estos cambios, o le informaremos sobre el cambio y cubriremos un surtido adicional de 30 días del medicamento que está tomando.

Si realizamos alguno de estos cambios en cualquiera de los medicamentos que está tomando, hable con el recetador sobre las opciones que serían más adecuadas para usted, incluido el cambio a un medicamento diferente para tratar su afección o la solicitud de una decisión de cobertura para cumplir con cualquier restricción nueva sobre el medicamento que está tomando. Usted o el recetador pueden solicitarnos una excepción para continuar cubriendo el medicamento o la versión del medicamento que ha estado tomando. 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 lo afectan durante el año actual del plan

Podemos realizar ciertos cambios en la Lista de medicamentos no descritos anteriormente. En estos casos, el cambio no se aplicará a usted si está tomando el medicamento cuando se realiza el cambio; 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.

CAPÍTULO 5 Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D

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

- Imponemos una nueva restricción en el uso de su medicamento.
- Retiramos su medicamento de la Lista de medicamentos.

Si cualquiera de estos cambios ocurre con un medicamento que esté tomando (excepto por un retiro del mercado, el reemplazo de un medicamento de marca por un medicamento genérico, u otro cambio mencionado en las secciones anteriores), el cambio no afectará su uso o lo que paga como su parte del costo compartido hasta el 1 de enero del próximo año.

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

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

Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos

En esta Sección se indican los tipos de medicamentos recetados que están **excluidos**. Esto significa que Medicare no paga estos medicamentos.

Si apela y se determina que el 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). Si el medicamento excluido por nuestro plan también está excluido por Medicaid, debe pagarlo por su cuenta.

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

- La cobertura para medicamentos de la Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que estaría cubierto en la Parte A o Parte B de Medicare.
- Nuestro plan no cubre un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos o sus territorios.
- Nuestro plan no puede cubrir un medicamento para un *uso no aprobado* cuando este uso no está avalado por ciertas referencias, como American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de Información DRUGDEX de Micromedex. El uso *no aprobado* es cualquier uso distinto de los que se indican en la etiqueta de un medicamento, según lo aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos.

Además, por ley, las categorías de medicamentos que se muestran a continuación no están cubiertas por Medicare. Sin embargo, algunos de estos medicamentos pueden estar cubiertos por su cobertura de medicamentos de Medicaid. Para obtener más información sobre su cobertura de medicamentos en virtud de Delaware Medical Assistance, comuníquese con la agencia estatal de Medicaid. Consulte la Sección 6 del Capítulo 2 para obtener información de contacto.

CAPÍTULO 5 Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D

- Medicamentos sin receta (también denominados medicamentos de venta libre).
- Medicamentos utilizados para estimular la fertilidad.
- Medicamentos utilizados para el alivio de la tos o los síntomas del resfriado.
- Medicamentos para fines estéticos o para promover el crecimiento del cabello.
- Vitaminas con receta y productos minerales, salvo las vitaminas prenatales y preparaciones de flúor.
- 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 externos cuyo fabricante pretenda exigir como condición de venta que los exámenes asociados o servicios de supervisión se compren exclusivamente al fabricante.

Si recibe la “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos recetados, el programa de “Ayuda adicional” no pagará los medicamentos que normalmente no están cubiertos. Sin embargo, si tiene una cobertura para medicamentos a través de Medicaid, el programa Medicaid de su estado pueden cubrir algunos medicamentos con receta que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare. Comuníquese con el programa Medicaid de su estado para determinar la cobertura para medicamentos disponible para usted. (Los números de teléfono y la información de contacto de Medicaid se encuentran en la Sección 6 del Capítulo 2).

CAPÍTULO 5 Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D**SECCIÓN 8** Cómo surtir una receta**Sección 8.1** Proporciona tu información de membresía

Para obtener su medicamento con receta, proporcione la información de miembro de su plan, que puede encontrarse en su tarjeta de miembro, en la farmacia de la red que usted elija. La farmacia de la red facturará automáticamente al plan el costo de su medicamento.

Sección 8.2 ¿Qué sucede si no tienes contigo la información de membresía?

Si usted no tiene su información de miembro del plan en el momento de obtener su medicamento con receta, usted o su farmacia pueden llamar al plan para obtener la información necesaria, o puede pedirle a la farmacia que busque la información de inscripción de su plan.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, **es posible que deba pagar el costo completo del medicamento recetado cuando la retire.** (Puede solicitar, luego, **que se lo reembolsemos.** Consulte la Sección 2 del Capítulo 7 sobre cómo solicitar el reembolso al plan).

SECCIÓN 9 Cobertura de farmacia de la Parte D en situaciones especiales**Sección 9.1** ¿Qué sucede si estás en un hospital o un centro de enfermería especializada por una estadía que está cubierta por el plan?

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

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

Normalmente, un centro de atención a largo plazo (Long-Term Care, LTC) (como un centro de cuidados) tiene su propia farmacia o usa una farmacia que suministra medicamentos para todos sus residentes. Si vive en un centro de LTC, puede recibir sus medicamentos recetados a través de la farmacia del centro o la que use, si es parte de nuestra red.

CAPÍTULO 5 Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D

Consulte su *Directorio de proveedores/farmacias* ([HighmarkHealthOptions.com/Duals](https://www.HighmarkHealthOptions.com/Duals)) para saber si la farmacia de su centro de LTC o la que este usa forma parte de nuestra red. Si no forma parte, o si necesita más información o ayuda, comuníquese con Servicios para los miembros. Si usted está en un centro de LTC, debemos asegurarnos de que pueda recibir de manera rutinaria sus beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias de LTC.

¿Qué sucede si es residente en un centro de atención a largo plazo (LTC) y necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos o que está restringido de alguna manera?

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

Sección 9.3 ¿Qué sucede si está en un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare?

El hospicio y nuestro plan no cubren el mismo medicamento al mismo tiempo. Si está inscrito en un hospicio de Medicare y necesita ciertos medicamentos (p. ej., medicamento contra las náuseas, un laxante, un analgésico o un ansiolítico) que no están cubiertos por el hospicio porque no está relacionado con su enfermedad terminal o sus afecciones relacionadas, la persona autorizada a dar recetas o su proveedor del hospicio debe notificar a nuestro plan que el medicamento no está relacionado antes de que el plan pueda cubrir el medicamento. Para evitar retrasos en la recepción de estos medicamentos que deberían estar cubiertos por nuestro plan, pregunte a su proveedor de hospicio o persona autorizada a dar recetas que le proporcione un aviso antes de que se surta su medicamento con receta.

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

SECCIÓN 10 Programas sobre seguridad de medicamentos y manejo de medicamentos

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

Llevamos a cabo revisiones sobre los usos de medicamentos para nuestros miembros para ayudarlos a asegurarse de que estén recibiendo una atención segura y adecuada.

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

CAPÍTULO 5 Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D

- Posibles errores en los medicamentos.
- Medicamentos que pueden no ser necesarios porque está tomando 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.
- Recetas para medicamentos que tienen ingredientes a los que usted es alérgico.
- Posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que esté tomando.
- Cantidades inseguras de analgésicos opioides.

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

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

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 recetadores o farmacias, o si tuvo una sobredosis reciente de opioides, podemos hablar con los recetadores para asegurarnos de que su uso de los medicamentos opioides sea adecuado y medicamento necesario. En colaboración con los recetadores, si decidimos que su uso de medicamentos opioides o benzodiazepinas recetados no es seguro, es posible que limitemos la forma en que usted reciba estos medicamentos. Si lo ubicamos en nuestro DMP, las limitaciones pueden ser las siguientes:

- Exigirle que surta todas sus recetas de opioides o benzodiazepinas en determinadas farmacias
- Exigirle que obtenga todas sus recetas de opioides o benzodiazepinas de ciertos recetadores
- Limitar la cantidad de opioides o benzodiazepinas que cubriremos para usted

Si planeamos limitar cómo puede obtener estos medicamentos o cuánto puede obtener, le enviaremos una carta por adelantado. En la carta, se le indicará si limitamos la cobertura de estos medicamentos para usted o si se le pedirá que obtenga los medicamentos recetados solo de una persona autorizada a dar recetas o farmacia específicos. Tendrá la oportunidad de informarnos qué recetadores o farmacias prefiere usar, y brindarnos cualquier otra información que considere que es importante que conozcamos. Después de que haya tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos, le enviaremos otra carta en la que se confirme 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 presenta una apelación, revisaremos su caso y le comunicaremos una nueva decisión. Si seguimos denegando cualquier parte de su solicitud relacionada con las limitaciones que se aplican a su

CAPÍTULO 5 Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D

acceso a los medicamentos, automáticamente le enviaremos su caso a un revisor independiente fuera de nuestro plan. Para obtener información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9.

No se lo colocará en un DMP si usted tiene determinadas afecciones, como dolor relacionado con un cáncer o enfermedad de células falciformes, o si recibe atención en un centro de hospicio, cuidados paliativos o centro de final de vida, o vive en un centro de atención a largo plazo.

Sección 10.3 Programas de gestión de terapias con medicamentos (MTM) para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos

Tenemos un programa que puede ayudar a nuestros miembros con necesidades complejas de la salud. Nuestro programa se denomina programa de Administración de Farmacoterapia (Medication Therapy Management, MTM). Este programa es voluntario y gratuito. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrolló el programa para que podamos asegurarnos de que nuestros miembros obtengan el mayor beneficio de los medicamentos que toman.

Algunos miembros que tienen determinadas enfermedades crónicas y toman medicamentos que superan una cantidad específica de costos de medicamentos o que están en un DMP para que los ayude a utilizar sus opioides de forma segura, pueden obtener los servicios de un Programa de 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, puede hablar sobre sus medicamentos, los costos o cualquier problema o pregunta que tenga sobre sus medicamentos con receta y de venta libre. Recibirá un resumen escrito que 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, el momento donde debería tomarlos y la razón por la que los está tomando. Además, los miembros del programa de MTM recibirán información sobre la eliminación segura de medicamentos recetados que sean sustancias controladas.

Es una buena idea hablar con su médico sobre los pasos a seguir recomendados y su lista de medicamentos. Lleve el resumen con usted a su consulta o en cualquier momento que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica. También tenga su lista de medicamentos actualizada y llévela con usted (por ejemplo, con su identificación) si concurre al hospital o a la sala de emergencias.

Si tenemos un programa que se adapte a sus necesidades, lo inscribiremos automáticamente en él y le enviaremos la información. Si usted decide no participar, notifíquelo y retiraremos su participación. Si tiene preguntas sobre este programa, comuníquese con Servicios para los miembros.

CAPÍTULO 5 Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D**SECCIÓN 11 Le enviaremos informes que explican los pagos de sus medicamentos y la etapa de pago en que se encuentra****Sección 11.1 Le enviamos un informe mensual denominado *Explicación de beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D)**

Highmark Health Options Duals ofrece un beneficio de copago de \$0 para medicamentos de la Parte D. Dado que recibe “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos con receta y califica para recibir este beneficio, pagará \$0 por todos los medicamentos cubiertos de la Parte D durante todas las etapas de cobertura a lo largo del año. A lo largo del año, su nivel de subsidio por bajos ingresos (Low-Income Subsidy, LIS) puede cambiar. Sin embargo, mientras califique para la “Ayuda adicional”, continuará recibiendo el beneficio de medicamentos cubiertos de la Parte D por \$0.

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

- Llevamos un registro de cuánto ha pagado. A esto se lo denomina **costos que paga de su bolsillo**.
- Llevamos un registro de los costos totales de los **costos totales de sus medicamentos**. Es el total de todos los pagos efectuados por sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Incluye lo que pagó el plan, lo que usted pagó y lo que otros programas u organizaciones pagaron por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

Si ha surtido una o más recetas a través del plan durante el mes anterior, le enviaremos una Explicación de beneficios (Explanation of Benefits, EOB) de la Parte D. La EOB de la Parte D incluye:

- **Información para ese mes.** Este informe proporciona los detalles de pago sobre los medicamentos con receta que obtuvo el mes anterior. Muestra el total de costos de los medicamentos, lo que el plan pagó y lo que usted y otros pagaron en su nombre.
- **Los totales para el año desde el 1 de enero.** A esto se lo denomina información del año hasta la fecha. Muestra los costos totales de los medicamentos y los pagos totales por sus medicamentos desde el inicio del año.
- **Información sobre los precios de los medicamentos.** Esta información mostrará el precio total del medicamento e información sobre aumentos en el precio desde el primer resurtido para cada reclamación de medicamento con receta de la misma cantidad.
- **Medicamentos con receta alternativos disponibles a un costo más bajo.** Esto incluirá información sobre otros medicamentos con menor costo compartido disponibles para cada reclamación de medicamento con receta, si corresponde.

CAPÍTULO 5 Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D**Sección 11.2 Ayúdenos a mantener al día nuestra información sobre sus pagos de los medicamentos**

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

- **Muestre su tarjeta de miembro cada vez que obtenga un medicamento con receta.** Esto nos ayuda a que sepamos acerca de los medicamentos con receta que está obteniendo y lo que está pagando.
- **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 recibiremos automáticamente la información que necesitamos para mantener el seguimiento de los costos que paga de su bolsillo. Para ayudarnos a mantener un registro de los costos que paga de su bolsillo, bríndenos copias de sus recibos. Estos son algunos ejemplos de cuándo debe darnos copias de sus recibos de medicamentos:
 - Cuando usted compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuento que no sea parte del beneficio de nuestro plan.
 - Cuando realiza un copago por los medicamentos que se proporcionan en virtud de un programa de asistencia al paciente del fabricante de medicamentos.
 - Cada vez que compre medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red u otras veces que pague el precio total de un medicamento cubierto en circunstancias especiales.
 - Si se le factura por un medicamento cubierto, puede pedirle a nuestro plan que pague la parte que nos corresponde del costo. Para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo, vaya a la Sección 2 del Capítulo 7.
- **Envíenos información sobre los pagos que terceros hayan realizado por usted.** Los pagos realizados por otras personas u organizaciones también se tienen en cuenta en los costos que paga de su bolsillo. Por ejemplo, para los costos que paga de su bolsillo, se tienen en cuenta los pagos realizados por un Programa estatal de asistencia farmacéutica para el SIDA, un Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP), el Servicio de salud para la población india estadounidense y la mayoría de las organizaciones benéficas. 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 algo está incompleto o si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para los miembros. La EOB de la Parte D también está disponible en formato digital, al que se puede acceder después de registrar una cuenta en nuestro portal seguro para miembros. Asegúrese de conservar estos informes.

CAPÍTULO 6:

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

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

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

Dado que usted es elegible para Medicaid, reúne los requisitos y recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar los costos del plan de medicamentos con receta. Debido a que participa en el programa de “Ayuda Adicional”, **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 apliquen a usted.** Le enviamos un folleto por separado, denominado *Cláusula adicional de Evidencia de Cobertura para personas que reciben ayuda adicional (Extra Help) para pagar medicamentos recetados* (también denominado *Cláusula adicional de subsidio por bajos ingresos* o *Cláusula adicional de LIS*), que le informa sobre su cobertura de medicamentos. Si no posee este inserto, comuníquese con Servicios para Miembros y solicite la *Cláusula adicional LIS*. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros figuran en la contratapa de este documento).

CAPÍTULO 7:

*Cómo solicitarnos que paguemos
una factura que recibió por
servicios médicos o
medicamentos cubiertos*

CAPÍTULO 7: Cómo solicitarnos que paguemos una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe solicitarnos que paguemos sus servicios o medicamentos cubiertos

Los proveedores de nuestra red le facturan directamente al plan los servicios y medicamentos cubiertos; usted no debe recibir una factura por los servicios o medicamentos cubiertos. Si recibe una factura por atención médica o medicamentos que ha recibido, debe enviárnosla para que podamos pagarla. Cuando nos envíe la factura, la revisaremos y decidiremos si los servicios o medicamentos deberían estar cubiertos. Si decidimos que se deben cubrir, le pagaremos al proveedor directamente.

Si ya pagó los servicios o artículos de Medicare cubiertos por el plan, puede solicitar a nuestro plan que le devuelva el dinero (la acción de devolver el dinero, con frecuencia, se denomina **reembolso**). Tiene derecho a que nuestro plan le devuelva el pago siempre que usted haya pagado los servicios médicos o los medicamentos que están cubiertos por nuestro plan. Puede haber plazos que deba cumplir para que le devuelvan el dinero. Consulte la Sección 2 de este capítulo. Cuando nos envíe una factura que ya ha pagado, revisaremos la factura y decidiremos si los servicios o medicamentos deben estar cubiertos. Si decidimos que debemos cubrirlos, le reembolsaremos los costos de los servicios o medicamentos.

También habrá veces en las que recibirá una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que se le prestó o posiblemente por un monto más alto que la parte que le corresponde del costo compartido, según se detalle en este documento. Primero, intente resolver el tema de la factura con el proveedor. Si esto no funciona, envíenos la factura en lugar de pagarla usted. Examinaremos la factura y decidiremos si los servicios se deben cubrir. Si decidimos que se deben cubrir, le pagaremos al proveedor directamente. Si decidimos no pagarla, notificaremos al proveedor. Nunca debe pagar más que el costo compartido permitido por el plan. Si se contrata a este proveedor, todavía tiene derecho al tratamiento.

Estos son ejemplos de situaciones en las que puede tener que solicitarle al plan que le haga un reembolso o que pague una factura que ha recibido:

1. Cuando haya recibido atención médica de emergencia o de urgencia por parte de un proveedor que no forma parte de la red de nuestro plan

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

- Si usted pagó el monto completo en el momento en que recibió la atención, solicítenos que le realicemos el reembolso. Envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya efectuado.
- Es posible que reciba una factura del proveedor en la que le pide pagar un monto que usted considera que no debe. Envíenos esa factura junto con la documentación de cualquier pago que ya haya efectuado.
 - Si al proveedor se le debe algo, le pagaremos directamente.
 - Si ya pagó el servicio, le devolveremos el dinero.

CAPÍTULO 7: Cómo solicitarnos que paguemos una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos

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

Los proveedores de la red siempre deben facturar al plan directamente. Sin embargo, algunas veces cometen errores y le solicitan el pago de los servicios.

- Cuando reciba una factura de un proveedor de la red, envíenosla. Nos pondremos en contacto con el proveedor directamente y resolveremos el problema de facturación.
- Si ya le ha pagado una factura a un proveedor de la red, envíenosla junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado. Debe solicitarnos que le paguemos por sus servicios cubiertos.

3. Si se inscribió en forma retroactiva en nuestro plan

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

Si se inscribió en forma retroactiva en nuestro plan y pagó de su bolsillo por cualquiera de sus servicios o medicamentos cubiertos después de su fecha de inscripción, puede pedirnos que le devolvamos el dinero. Deberá enviarnos cierta documentación, como recibos y facturas, para que coordinemos su reembolso.

4. Cuando usa una farmacia fuera de la red para surtir un medicamento recetado

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

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso. Recuerde que solo cubrimos farmacias fuera de la red en circunstancias limitadas. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para obtener más información sobre 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 el monto que nosotros pagaríamos en una farmacia dentro de la red.

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

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

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

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

- Por ejemplo, el medicamento puede no estar en la Lista de medicamentos del plan o podría tener un requisito o restricción que usted no conocía o que no cree que debería aplicarse en

CAPÍTULO 7: Cómo solicitarnos que paguemos una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos

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. En algunas situaciones, es posible que necesitemos obtener más información de su médico para reembolsarle el costo del medicamento. Es posible que no le reembolsemos el costo total que pagó si el precio en efectivo que pagó es superior a nuestro precio negociado por la receta.

Cuando nos envíe una solicitud de pago, revisaremos su solicitud y decidiremos si corresponde cubrir el servicio o medicamento. Esto se denomina tomar una **decisión de cobertura**. Si decidimos que hay que brindar la cobertura, pagaremos el costo del servicio o medicamento. Si rechazamos su solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión. El Capítulo 9 de este documento contiene información sobre cómo presentar una apelación.

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

Puede solicitarnos que le reembolsemos el dinero enviando una solicitud por escrito. Si envía una solicitud por escrito, envíenos su factura y la documentación de cualquier pago que haya realizado. Es buena idea hacer una copia de su factura y de los recibos para sus registros.

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

Reclamaciones médicas:

atención al cliente de Wayspring: Claims Department Claims Review Claims Processing
Department
Highmark Health Options Duals
PO Box 21215
Eagan, MN 55121

Reclamaciones para medicamentos con receta:

atención al cliente de Wayspring: Claims Department Claims Review Claims Processing
Department
Highmark Health Options Duals
PO Box 21215
Eagan, MN 55121

CAPÍTULO 7: Cómo solicitarnos que paguemos una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos

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

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

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

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento están cubiertos, y usted siguió todas las normas, pagaremos por el servicio o el medicamento. Si ya ha pagado el servicio o el medicamento, le enviaremos el reembolso por correo. Si pagó el costo total de un medicamento, es posible que no se le reembolse el monto total que pagó (por ejemplo, si obtuvo un medicamento en una farmacia fuera de la red o si el precio en efectivo que pagó por un medicamento es mayor que nuestro precio negociado). Si aún no ha pagado el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo el pago directamente al proveedor.
- Si decidimos que la atención médica o el medicamento *no* están cubiertos o que usted *no* siguió todas las normas, no pagaremos la atención o el medicamento. Le enviaremos una carta en la que se le explican las razones por las que no le estamos enviando el pago y su derecho a apelar esa decisión.

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

Si usted piensa que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago o no está de acuerdo con el monto que estamos pagando, puede presentar una apelación. Si usted presenta una apelación, significa que nos está pidiendo que cambiemos la decisión que tomamos al rechazar su solicitud de pago. El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Para obtener detalles sobre cómo presentar esta apelación, vaya al Capítulo 9 de este documento.

CAPÍTULO 8:

Sus derechos y responsabilidades

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

Sección 1.1	Debemos brindar información en un formato que usted entienda (en idiomas diferentes al español, en Braille, en letra imprenta grande o en otros formatos alternativos, etc.).
--------------------	--

Su plan debe garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se brinden de una manera culturalmente competente y sean accesibles para todos los afiliados, incluidos aquellos con dominio limitado del inglés, habilidades limitadas de lectura, discapacidad auditiva o aquellos con antecedentes culturales y étnicos diversos. Los ejemplos de cómo un plan puede cumplir con estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros, la disposición de servicios de traducción, servicios de interpretación, teletipos o conexión TTY (teléfono de texto o teletipo).

Nuestro plan cuenta con servicios de interpretación gratuitos disponibles para responder a las preguntas de los miembros que no hablan inglés. También podemos brindarle información en otros idiomas que no sean el inglés, en braille, letra grande o en otro formato alternativo sin costo, si así lo necesita. Debemos proporcionarle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Para obtener información sobre nosotros de una manera que sea conveniente para usted, llame a Servicios para los miembros.

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

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

Si tiene algún problema para obtener información por parte de nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, llame para presentar un reclamo a Servicios para los miembros (los números de teléfono aparecen impresos en la contraportada de este documento). También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

Sección 1.2	Debemos garantizar que obtenga acceso de forma oportuna a sus medicamentos y servicios cubiertos
--------------------	---

Usted tiene derecho a elegir un proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) en la red del plan para proporcionar y coordinar sus servicios cubiertos. No le exigimos que obtenga una remisión para ir a proveedores de la red.

Tiene derecho a obtener citas y servicios cubiertos de la red de proveedores del plan *dentro de un período razonable*. Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunos de los especialistas cuando

CAPÍTULO 8 Sus derechos y responsabilidades

necesite dicha atención. También tiene derecho a obtener sus medicamentos con receta o a resurtirlos en cualquiera de las farmacias de nuestra red, sin demoras prolongadas.

Si usted considera que no está recibiendo su atención médica o los medicamentos de la Parte D dentro de un período razonable, el Capítulo 9 le explica lo que puede hacer.

Sección 1.3 Debemos proteger la privacidad de su información médica 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 brindó 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 proporcionamos un aviso por escrito, denominado *Aviso de práctica de privacidad*, que trata sobre estos derechos y explica cómo protegemos la privacidad de su información de salud.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información de salud?

- Nos aseguramos de que personas no autorizadas no vean ni cambien sus registros.
- Excepto por las circunstancias que se indican a continuación, si tenemos la intención de proporcionar su información de salud a alguien que no le brinde atención o no pague su atención, *estamos obligados a obtener su permiso por escrito o el de alguien a quien usted le haya otorgado poder legal para tomar decisiones por usted primero.*
- Hay ciertas excepciones que no nos obligan a obtener antes su permiso por escrito. Estas excepciones están permitidas o son exigidas por la ley.
 - Se nos exige dar a conocer información de salud a agencias del gobierno que controlan la calidad de la atención.
 - Como es miembro de nuestro plan a través de Medicare, debemos brindar a Medicare su información de salud, incluida la información acerca de sus medicamentos recetados de la Parte D. Si Medicare divulga su información para investigaciones u otros usos, dicha divulgación se hará conforme las leyes y reglamentaciones federales. En general, esto requiere que la información que lo identifique no se comparta.

Puede ver la información en sus registros y saber cómo se compartió con otras personas

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

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

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

Sección 1.4 Debemos brindarle información sobre el plan, su red de proveedores y sus servicios cubiertos

Como asegurado de Highmark Health Options Duals, tiene derecho a recibir de nuestra parte diversos tipos de información.

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

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera del plan.
- **Información sobre 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 sobre su cobertura y las normas que debe cumplir al usarla.** Los Capítulos 3 y 4 brindan información sobre los servicios médicos. El Capítulo 5 proporciona información sobre la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D.
- **Información sobre por qué algo no está cubierto y qué puede hacer al respecto.** El Capítulo 9 proporciona información sobre cómo solicitar una explicación por escrito sobre por qué un servicio médico o medicamento de la Parte D no está cubierto o si su cobertura está restringida. El Capítulo 9 también proporciona información sobre cómo solicitarnos que cambiemos una decisión, lo que también se conoce como una apelación.

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

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

Tiene derecho a obtener 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 ayudarlo a tomar decisiones con sus médicos acerca de qué tratamiento es mejor para usted, sus derechos son los siguientes:

CAPÍTULO 8 Sus derechos y responsabilidades

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

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

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

- 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 informar sus instrucciones antes de estas situaciones se llaman **directivas anticipadas**. Existen diferentes tipos de instrucciones anticipadas y nombres diferentes para ellas. Los documentos, como el **testamento vital** y el **poder de representación para la atención médica** son ejemplos de instrucciones anticipadas.

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

- **Obtener el formulario.** Puede recibir un formulario de instrucciones anticipadas de su abogado, de un asistente social o puede conseguirlo en algunas tiendas de artículos para oficina. A veces se pueden obtener formularios de instrucciones anticipadas de organizaciones que ofrecen información sobre Medicare.
- **Completarlo y firmarlo.** Independientemente del lugar donde obtenga este formulario, tenga en cuenta que se trata de un documento legal. Usted debe considerar solicitarle a un abogado que lo ayude a prepararlo.
- **Entregue copias a las personas que correspondan.** Usted debe entregarles una copia del formulario a su médico y a la persona que nombre en el formulario como la persona

responsable de tomar las 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 deberá hospitalizarse y ha firmado instrucciones anticipadas, **lleve una copia cuando vaya al hospital.**

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

Recuerde, tiene la capacidad de elegir si quiere completar una directiva anticipada (que incluye si quiere firmar un formulario si está en el hospital). Según la ley, nadie puede negarse a brindarle atención ni puede discriminarlo por haber firmado o no instrucciones anticipadas.

¿Qué sucede si no se cumplen sus instrucciones?

Si ha firmado instrucciones anticipadas y cree que un médico o el hospital no han respetado las instrucciones que allí menciona, puede presentar una queja ante el:

- Departamento de Salud de Delaware al 1-800-372-2022

Sección 1.6 Usted tiene derecho a presentar quejas y a pedirnos que reconsideremos las decisiones que hemos tomado

Si tiene algún problema, inquietud o queja y necesita solicitar cobertura o presentar una apelación, el Capítulo 9 de este documento le indica lo que puede hacer. Independientemente de lo que haga, ya sea solicitar una decisión de cobertura, presentar una apelación o una queja, **estamos obligados a tratarlo con imparcialidad.**

Sección 1.7 ¿Qué puede hacer si siente que está siendo tratado injustamente o que sus derechos no son respetados?

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

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

¿Se trata de algo diferente?

Si siente que no se le ha tratado con imparcialidad o que sus derechos no han sido respetados, y *no* se trata de discriminación, puede obtener ayuda para tratar el problema que tiene de la siguiente manera:

- Puede **llamar a Servicios para los miembros**.
- Puede **llamar al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP)**. Para obtener más información, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
- O bien, puede **llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).
- También puede **llamar al Departamento de Servicios Humanos de Delaware** para obtener ayuda con Medicaid. Para obtener información detallada sobre esta organización y sobre cómo comunicarse con ella, consulte la Sección 6 del Capítulo 2.

Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos

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

- Puede **llamar a Servicios para los miembros**.
- Puede **llamar al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP)**. Para obtener más información, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
- Puede comunicarse con **Medicare**.
 - Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación *Your Medicare Rights & Protections* (Derechos y protecciones de Medicare). (La publicación está disponible en: <https://www.medicare.gov/publications/11534-medicare-rights-and-protections.pdf>)
 - También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan

Lo que tiene que hacer como miembro del plan se enumera a continuación. Si tiene preguntas, llame a Servicios para los miembros.

- **Aprenda cuáles son los servicios cubiertos por el plan y las normas que debe seguir para recibirlos.** Use esta *Evidencia de Cobertura* para saber lo que está cubierto en su caso y las normas que debe seguir para recibir sus servicios cubiertos.
 - Los Capítulos 3 y 4 dan más detalles sobre sus servicios médicos.
 - El Capítulo 5 da más detalles sobre su cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.
- **Si, además de nuestro plan, tiene cobertura de otro seguro médico u otra cobertura para medicamentos con receta, debe comunicárnoslo.** El Capítulo 1 le informa sobre la coordinación de estos beneficios.
- **Decirles a su médico y a otros proveedores de atención médica que está inscrito en nuestro plan.**

CAPÍTULO 8 Sus derechos y responsabilidades

Muestre su tarjeta de membresía en el plan y su tarjeta de Medicaid siempre que obtenga su atención médica o sus medicamentos con receta de la Parte D.

- **Permita que sus médicos y otros proveedores lo ayuden dándoles información, haciendo preguntas y realizando un seguimiento de su atención médica.**
 - Para ayudar a obtener la mejor atención, informe a sus médicos y otros proveedores de salud acerca de sus problemas de salud. Siga las instrucciones y planes de tratamiento que usted y sus médicos acordaron.
 - Participe, en la medida de lo posible, en el desarrollo de metas de tratamiento de mutuo acuerdo con sus médicos.
 - Asegúrese de que los médicos conozcan todos los medicamentos que está tomando, incluidos los medicamentos de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
 - Si tiene preguntas, no dude en hacerlas y obtener una respuesta que comprenda.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que usted actúe de una manera que contribuya al buen funcionamiento del consultorio de su médico, hospitales y otras oficinas.
- **Pague lo que adeuda.** Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:
 - Si debe pagar el monto adicional por la Parte D porque sus ingresos son más elevados (como se informa en su última declaración de impuestos), debe seguir pagando este monto directamente al gobierno para seguir siendo miembro del plan.
- **Si se muda *dentro* del área de servicio de nuestro plan, debemos estar al tanto de esto** para mantener actualizado su registro de miembro y para saber cómo podemos comunicarnos con usted.
- **Si se muda *fuera* del área de servicio de nuestro plan, no podrá seguir siendo miembro de nuestro plan.**
- Si se muda, también es importante que se lo comunique al Seguro Social (o a la Junta de jubilación para ferroviarios).

CAPÍTULO 9:

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

CAPÍTULO 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones, apelaciones y quejas sobre la cobertura)**SECCIÓN 1 Introducción****Sección 1.1 Qué debe hacer si tiene un problema o una inquietud**

Este capítulo explica los procesos para abordar problemas e inquietudes. El proceso que usted utiliza para abordar sus problemas depende de dos factores:

1. Si su problema está relacionado con los beneficios cubiertos por **Medicare** o **Medicaid**. Si desea obtener ayuda para decidir si utilizar el proceso de Medicare o el proceso de Medicaid, o ambos, comuníquese con Servicios para los miembros.
2. El tipo de problema que tenga:
 - Para algunos problemas, debe usar el **proceso para decisiones de cobertura y apelaciones**.
 - Para otros problemas, debe usar el **proceso para presentar quejas**, también denominado reclamos.

Estos procesos cuentan con la aprobación de Medicare. Cada proceso tiene un conjunto de normas, procedimientos y plazos que usted y nosotros debemos seguir.

La guía de la Sección 3 lo ayudará a identificar el proceso correcto a seguir y qué debe hacer.

Sección 1.2 ¿Qué sucede con los términos legales?

Existe terminología legal para algunas de las normas, procedimientos y tipos de plazos que se explican en este capítulo. Muchos de estos términos son desconocidos para la mayoría de las personas y pueden ser difíciles de entender. Para facilitar las cosas, este capítulo:

- Usa palabras más simples en vez de utilizar ciertos términos legales. Por ejemplo, en este capítulo aparece presentar una queja en lugar de interponer un reclamo, decisión de cobertura en lugar de determinación de la organización o determinación de cobertura o determinación de riesgo, y organización de revisión independiente en lugar de Entidad de revisión independiente.
- También se evita al máximo el uso de abreviaturas.

Sin embargo, puede resultarle útil, y, a veces, es bastante importante, conocer los términos legales correctos. Saber qué términos emplear le permitirá comunicarse con mayor claridad para obtener la ayuda o información adecuadas para su situación. Para ayudarlo a saber qué términos utilizar, incluimos términos legales cuando damos los detalles para el manejo de determinados tipos de situaciones.

CAPÍTULO 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones, apelaciones y quejas sobre la cobertura)

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada

Siempre estamos a su disposición para ayudarlo. Incluso si tiene una queja sobre el trato que le damos, estamos obligados a respetar su derecho a presentar una queja. Por lo tanto, siempre debe comunicarse con el servicio al cliente para obtener ayuda. Pero, en algunas situaciones, es posible que también quiera la ayuda o la orientación de alguien que no tenga relación con nosotros. A continuación se presentan dos entidades que pueden ayudarlo.

Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (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 asesores de este programa pueden ayudarlo a comprender el proceso que debe utilizar para abordar el problema que tenga. Además, ellos también pueden responder sus preguntas, darle más información y orientarlo sobre lo que debe hacer.

Los servicios ofrecidos por los asesores del SHIP son gratuitos. Encontrará los números de teléfono y la URL del sitio web en la Sección 3 del Capítulo 2 de este documento.

Medicare

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

- Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- También puede ingresar en el sitio web de Medicare (www.medicare.gov).

Puede obtener ayuda e información de Medicaid

Para obtener más información y ayuda para manejar un problema, puede comunicarse con su agencia estatal de Medicaid. Puede comunicarse con la División de Medicaid y Asistencia Médica (Division of Medicaid and Medical Assistance, DMMA) llamando al (302) 255-9500 o al 1-800-372-2022 de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. También puede visitar <https://dhss.delaware.gov/dhss/dmma/>.

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

Como usted tiene Medicare y recibe ayuda de Medicaid, puede utilizar diferentes procesos para abordar su problema o queja. El proceso que se utilizará depende de si el problema se relaciona con los beneficios de Medicare o de Medicaid. Si su problema corresponde a un beneficio cubierto por Medicare, entonces debe utilizar el proceso de Medicare. Si su problema corresponde a un beneficio cubierto por Medicaid, entonces debe utilizar el proceso de Medicaid. Si desea obtener ayuda para decidir si utilizar el proceso de Medicare o el proceso de Medicaid, comuníquese con Servicios para los miembros.

CAPÍTULO 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones, apelaciones y quejas sobre la cobertura)

Los procesos de Medicare y de Medicaid se describen en distintas partes de este capítulo. Para averiguar qué parte debe leer, utilice la siguiente tabla.

¿Su problema está relacionado con los beneficios de Medicare o con los beneficios de Medicaid?

Si desea recibir ayuda para decidir si su problema está relacionado con los beneficios de Medicare o con los beneficios de Medicaid, comuníquese con Servicios para los miembros.

Mi problema está relacionado con los beneficios de **Medicare**.

Consulte la siguiente sección de este capítulo, **Sección 4, Manejo de problemas relacionados con sus beneficios de Medicare**.

Mi problema está relacionado con la cobertura de **Medicaid**.

Avance a la **Sección 12** de este capítulo, **Manejo de problemas relacionados con sus beneficios de Medicaid**.

PROBLEMAS RELACIONADOS CON SUS BENEFICIOS DE MEDICARE

SECCIÓN 4 Manejo de problemas relacionados con sus beneficios de Medicare

Sección 4.1	¿Debe usar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones? ¿O debe usar el proceso para presentar quejas?
--------------------	---

Si tiene un problema o una inquietud, solo necesita leer las partes del capítulo que se aplican a su situación. La siguiente tabla lo ayudará a encontrar la sección correcta de este capítulo sobre problemas o quejas relacionados con los **beneficios cubiertos por Medicare**.

Para saber qué parte de este capítulo lo ayudará con su problema o inquietud sobre sus beneficios de **Medicare**, utilice esta tabla:

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

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

CAPÍTULO 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones, apelaciones y quejas sobre la cobertura)

Sí.

Vaya a la sección siguiente de este capítulo, **Sección 5, Guía de los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones.**

No.

Salte a la **Sección 11** al final de este capítulo: **Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes.**

SECCIÓN 5 Guía de los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones

Sección 5.1 Cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: panorama general

Las decisiones de cobertura y las apelaciones tratan los problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura de su atención médica (servicios, artículos y medicamentos con receta de la Parte B, incluido el pago). Para simplificar las cosas, en general, nos referimos a artículos, servicios y medicamentos con receta de la Parte B de Medicare como **atención médica**. Usted utiliza el proceso de decisión de cobertura y apelaciones para asuntos como determinar si algo está cubierto o no y la forma en que está cubierto.

Solicitar decisiones de cobertura antes de recibir beneficios

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y la cobertura o con relación al monto que pagaremos por su atención médica. Por ejemplo, si su médico de la red del plan lo remite a un especialista médico que no está dentro de la red, esta remisión se considera una decisión de cobertura favorable, a menos que su médico de la red pueda demostrar que recibió un aviso de denegación estándar para este especialista médico, o la Evidencia de cobertura deje en claro que el servicio remitido no está cubierto bajo ninguna circunstancia. Usted o su médico también puede contactarnos y pedirnos una decisión de cobertura si su médico no está seguro de si cubriremos un servicio médico particular o nos rehusamos a brindarle la atención médica que usted cree que necesita. En otras palabras, si usted quiere saber si cubriremos la atención médica antes de recibirla, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura para usted. 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 una decisión de cobertura, enviaremos un aviso en el que se explicará por qué rechazamos la solicitud y cómo solicitar una revisión de la denegación.

Tomamos una decisión de cobertura para usted cada vez que decidimos lo que está cubierto para usted y cuánto tenemos que pagar. En algunos casos, podríamos decidir que la atención médica no

CAPÍTULO 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones, apelaciones y quejas sobre la cobertura)

está cubierta o que ya no tiene cobertura de Medicare para usted. Si está en desacuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura y no se siente satisfecho con ella, ya sea antes o después de que se reciba un beneficio, puede **apelar** la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado. En ciertas circunstancias, que analizaremos más adelante, puede solicitar una **apelación rápida** o acelerada de una decisión de cobertura. Su apelación es analizada por revisores distintos a los que tomaron la decisión original.

Cuando apela una decisión por primera vez, esto se denomina apelación de Nivel 1. En este tipo de apelación, revisamos la decisión de cobertura que hemos tomado para comprobar si seguimos todas las normas correctamente. Cuando hayamos completado la revisión, le comunicaremos nuestra decisión.

En circunstancias limitadas, una solicitud de una apelación de Nivel 1 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 apelación de Nivel 1, enviaremos un aviso en el que se explicará por qué rechazamos la solicitud y cómo solicitar una revisión de la denegación.

Si rechazamos la totalidad o parte de su apelación de Nivel 1 para atención médica, la apelación pasará automáticamente a una apelación de Nivel 2 evaluada por una organización de revisión independiente que no está conectada con nosotros.

- No necesita hacer nada para iniciar una apelación de Nivel 2. Las normas de Medicare requieren que enviemos automáticamente su apelación de atención médica al Nivel 2 si no estamos totalmente de acuerdo con su apelación de Nivel 1.
- Consulte la **Sección 6.4** de este capítulo para obtener más información sobre las apelaciones de Nivel 2 por atención médica.
- Las apelaciones de la Parte D se analizan más adelante en la Sección 7 de este capítulo.

Si no está satisfecho con la decisión de la apelación de Nivel 2, es posible que pueda avanzar a niveles adicionales de apelación (la Sección 10 de este capítulo explica los procesos de apelaciones de Nivel 3, 4 y 5).

<h3>Sección 5.2 Cómo obtener ayuda cuando está solicitando una decisión de cobertura o presentando una apelación</h3>

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

- **Puede llamarnos a Servicios para los miembros.**
- Puede **obtener ayuda gratuita** de su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico.

CAPÍTULO 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones, apelaciones y quejas sobre la cobertura)

- **Su médico puede realizar la solicitud por usted.** Si su médico ayuda con una apelación más allá del Nivel 2, deberá ser nombrado como su representante. Llame a Servicios para los miembros y pida el formulario *Designación de representante*. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf)
 - Su médico puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 para la atención médica en su nombre. Si se rechaza su apelación de Nivel 1, esta se enviará automáticamente al Nivel 2.
 - Para los medicamentos con receta de la Parte D, su médico u otra persona autorizada a dar recetas puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si se deniega su apelación de Nivel 1, su médico o persona autorizada a dar recetas puede solicitar una apelación de Nivel 2.
- **Usted puede pedirle a alguien que actúe en su nombre.** Si así lo desea, puede designar a otra persona para que actúe en su nombre como su **representante** para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
 - Si desea que un amigo, familiar u otra persona sea su representante, llame a Servicios para los miembros y solicite el formulario *Designación de representante*. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en HighmarkHealthOptions.com/Duals.) El formulario le da permiso a esa persona para actuar en su nombre. El formulario debe estar firmado por usted y por la persona que usted desea que actúe en su nombre. Usted debe darle al plan una copia del formulario firmado.
 - Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos comenzar ni terminar nuestra revisión si no lo recibimos. Si no recibimos el formulario antes de la fecha límite para tomar una decisión sobre su apelación, su solicitud de apelación será rechazada. Si esto sucede, le enviaremos un aviso por escrito en el que se explicará su derecho de pedirle a una organización de revisión independiente que revise nuestra decisión de rechazar su apelación.
- **También tiene derecho a contratar a un abogado para que lo represente.** Puede comunicarse con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado del colegio de abogados local u otro servicio de remisión. También existen grupos que le proporcionarán servicios legales gratuitos si usted reúne los requisitos. Sin embargo, **no es obligatorio que contrate a un abogado** para que pida algún tipo de decisión de cobertura o la apelación de una decisión.

Sección 5.3 ¿Qué sección de este capítulo le brinda información detallada para su situación?

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

- **Sección 6** de este capítulo: Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

CAPÍTULO 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones, apelaciones y quejas sobre la cobertura)

- **Sección 7** de este capítulo: Sus medicamentos con receta de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 8** de este capítulo: Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto.
- **Sección 9** de este capítulo: Cómo solicitarnos que continuemos cubriendo determinados servicios médicos si cree que su cobertura está finalizando demasiado pronto (*Solo se aplica a estos servicios: atención médica a domicilio, atención en centro de enfermería especializada y servicios en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios [CORF]*).

Si no está seguro de qué sección debe estar usando, llame a Servicios para los miembros. También puede obtener ayuda o información de organizaciones gubernamentales, como el Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico.

SECCIÓN 6 Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura

Sección 6.1 Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura para atención médica o si desea que le reembolsemos su atención

En esta sección se describen los beneficios que tiene de atención médica. Estos beneficios se detallan en el Capítulo 4 de este documento: *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)*. En algunos casos, se aplican reglas diferentes para una solicitud de medicamentos con receta de la Parte B. En esos casos, explicaremos en qué se diferencian las normas para los medicamentos con receta de la Parte B de las normas para artículos y servicios médicos.

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

1. No está recibiendo la atención médica que quiere y cree que el plan cubre dicha atención. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 6.2.**
2. Nuestro plan no autorizará la atención médica que desea brindarle su médico u otro proveedor médico, y usted cree que el plan cubre dicha atención. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 6.2.**
3. Recibió atención médica que cree que el plan debería cubrir, pero le hemos comunicado que no pagaremos dicha atención. **Presente una apelación. Sección 6.3.**
4. Recibió y pagó atención médica y cree que el plan debería cubrirla, por lo que quiere solicitar que el plan le reembolse el costo de esta atención. **Envíenos la factura. Sección 6.5.**
5. Se le comunica que la cobertura que tenía para determinados servicios de atención médica que estaba recibiendo se reducirá o interrumpirá, y usted cree que esto podría perjudicar su salud. **Presente una apelación. Sección 6.3.**

CAPÍTULO 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones, apelaciones y quejas sobre la cobertura)

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

Sección 6.2 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura

Términos legales

Cuando una decisión de cobertura implica su atención médica, se la denomina **determinación de la organización**.

Una decisión de cobertura rápida en ocasiones 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 generalmente se toma en un plazo de 14 días o 72 horas para los medicamentos de la Parte B. Una decisión de cobertura rápida generalmente se toma en un plazo de 72 horas para los servicios médicos o dentro de las 24 horas para los medicamentos de la Parte B. Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir dos requisitos:

- Puede *solicitar cobertura solamente* para artículos o servicios médicos (no solicitudes de pago de artículos o servicios ya recibidos).
- Puede recibir una decisión de cobertura rápida *solo* si el plazo estándar pudiera *afectarle de forma grave o perjudicar su capacidad física*.
- **Si su médico nos dice que su salud requiere una decisión de cobertura rápida, automáticamente aceptaremos proporcionarle una decisión de cobertura rápida.**
- **Si solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta, sin el respaldo de su médico, decidiremos si su salud requiere que tomemos una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta en la que se explique lo siguiente:
 - Explique que usaremos los plazos estándar.
 - Explica que si su médico pide la decisión de cobertura rápida, automáticamente se la proporcionaremos.
 - Cómo puede presentar una queja rápida sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó.

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

- Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o 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.

CAPÍTULO 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones, apelaciones y quejas sobre la cobertura)

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

Para las decisiones de cobertura estándares utilizamos los plazos estándares.

Esto significa que le daremos una respuesta en un plazo de **14 días calendario** después de recibir su solicitud **por un artículo o servicio médico**. Si su solicitud es para un **medicamento recetado de la Parte B de Medicare**, le daremos una respuesta **en un plazo de 72 horas** después de recibida su solicitud.

- **Sin embargo**, si solicita más tiempo o si necesitamos reunir más información que pueda 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 notificaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- Si cree que *no* debemos tardar días adicionales, puede presentar una queja rápida. Le daremos una respuesta a su queja tan pronto como tomemos la decisión. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Consulte la Sección 11 de este capítulo para obtener información sobre las quejas).

Para las decisiones rápidas de cobertura, utilizamos un plazo 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 recetado de la Parte B de Medicare, le responderemos en un plazo de **24 horas**.

- **Sin embargo**, si solicita más tiempo o si necesitamos reunir más información que pueda beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales**. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- Si cree que no debemos tardar días adicionales, puede presentar una queja rápida. (Consulte la Sección 11 de este capítulo para obtener información sobre las quejas). Lo llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud.

Paso 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 pasará al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

**CAPÍTULO 9 Qué debe hacer si tiene un problema
o una queja (decisiones, apelaciones y quejas sobre la cobertura)****Sección 6.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1****Términos legales**

Una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de atención médica se denomina **reconsideración** del plan.

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

Paso 1: Decida si necesita una apelación estándar o una apelación rápida.

Una apelación estándar generalmente se realiza en un plazo de 30 días calendario o 7 días calendario para los medicamentos de la Parte B. Una apelación rápida generalmente se realiza en un plazo de 72 horas.

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre la cobertura de una atención médica que todavía no ha recibido, usted o su médico deberán decidir si necesita una apelación rápida. Si su médico nos dice que su salud requiere una apelación rápida, le daremos una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión de cobertura rápida que aparecen en la Sección 6.2 de este capítulo.

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

- **Si solicita una apelación estándar, envíe su apelación estándar 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 presentar su solicitud de apelación en un 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. Ejemplos de una causa justificada pueden incluir una enfermedad muy grave que le impidió contactarnos o si le brindamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información sobre su decisión médica. Usted y su médico pueden agregar más información para respaldar la apelación.**

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

- Cuando nuestro plan revisa su apelación, hacemos una revisión cuidadosa de toda la información. Verificamos si seguimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud.
- Recopilaremos más información si la necesitamos, posiblemente contactándonos con usted o su médico.

CAPÍTULO 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones, apelaciones y quejas sobre la cobertura)

Plazos para una apelación rápida

- En el caso de las apelaciones rápidas, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación**. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
 - Si 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 notificaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
 - Si no le damos una respuesta en 72 horas (o al final de la extensión del plazo, en caso de que tomemos días adicionales), estamos obligados a enviar automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que será revisada por una organización de revisión independiente. La Sección 6.4 explica el Nivel 2 del proceso de apelación.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos autorizar o brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, enviaremos nuestra decisión por escrito y automáticamente enviaremos su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación.

Plazos para una apelación estándar

- En el caso de las apelaciones estándar, debemos darle una respuesta **en un plazo de 30 días calendario** después de recibida su apelación. Si su solicitud es para medicamentos recetados de la Parte B de Medicare que no recibió, le responderemos en un plazo de **7 días calendario** después de recibida su apelación. Le comunicaremos nuestra decisión antes si su afección médica así lo requiere.
 - Sin embargo, si solicita más tiempo o si necesitamos reunir más información que pueda 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 notificaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
 - Si cree que *no* debemos tardar días adicionales, puede presentar una queja rápida. Cuando presenta una queja rápida, le damos una respuesta en un plazo de 24 horas. (Consulte la Sección 11 de este capítulo para obtener información sobre las quejas).
 - Si no le damos una respuesta para el plazo indicado (o al final de la extensión de tiempo), enviaremos su solicitud a una apelación del Nivel 2, en el que será revisada por una organización de revisión independiente. La Sección 6.4 explica el Nivel 2 del proceso de apelación.

CAPÍTULO 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones, apelaciones y quejas sobre la cobertura)

- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos autorizar o brindar la cobertura en un plazo de 30 días calendario si está solicitando un artículo o servicio médico, o **en un plazo de 7 días calendario** si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

Si nuestro plan rechaza una parte o la totalidad de su apelación, automáticamente enviaremos su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.

Sección 6.4 Paso a paso: Cómo se realiza una apelación de Nivel 2

Término legal

El nombre formal de la organización de revisión independiente es **Entidad de Revisión Independiente**. En ocasiones, se denomina **IRE** (Independent Review Entity).

La organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare. No está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización determina si la decisión que tomamos es correcta o debe ser cambiada. Medicare supervisa su trabajo.

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

- Le enviaremos a esta organización la información sobre su apelación. A esta información se la denomina su **archivo de caso**. **Tiene el derecho de pedirnos una copia del archivo de su 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 analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

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

- 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 apelación.
- Si está solicitando un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita recabar más información que pudiera beneficiarlo, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales**. La organización de revisión independiente no puede tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

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

CAPÍTULO 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones, apelaciones y quejas sobre la cobertura)

- En el caso de la apelación estándar, si está solicitando un artículo o servicio médico, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 30 días calendario** después de haber recibido su apelación.
- Si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, la organización de revisión debe comunicarle la respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación.
- Si está solicitando un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita recabar más información que pudiera beneficiarlo, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales**. La organización de revisión independiente no puede tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

Paso 2: La organización de revisión independiente le da su respuesta.

La organización de revisión independiente le comunicará su decisión por escrito y los motivos que la fundamentan.

- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de una solicitud de artículo o servicio médico**, debemos autorizar la cobertura de la atención médica **en un plazo de 72 horas** o proporcionar el servicio en un plazo de **14 días calendario** después de recibida la decisión de la organización de revisión independiente para las **solicitudes estándares** o brindar el servicio **en un plazo de 72 horas** de la fecha en que el plan recibe la decisión de la organización de revisión independiente para **solicitudes aceleradas**.
- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de una solicitud de un medicamento con receta de la Parte B de Medicare**, debemos autorizar o proporcionar el medicamento con receta de la Parte B de Medicare **en un plazo de 72 horas** después de recibida la decisión de la organización de revisión independiente para las **solicitudes estándares** o **en un plazo de 24 horas** de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión independiente para **solicitudes aceleradas**.
- **Si esta organización rechaza una parte o la totalidad de su apelación**, significa que están de acuerdo con nuestro plan en que su solicitud (o parte de ella) para la cobertura de atención médica no debe ser aprobada. (A esto se lo denomina **reafirmar la decisión** o **rechazar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta para lo siguiente:
 - Explicarle su decisión.
 - Notificarle sobre el derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de la atención médica que solicita alcanza cierto mínimo. El aviso por escrito que recibe de la organización de revisión independiente le indicará el monto en dólares que debe alcanzar para continuar con el proceso de apelaciones.
 - Explicarle cómo presentar una apelación de Nivel 3.

CAPÍTULO 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones, apelaciones y quejas sobre la cobertura)**Paso 3: Si su caso cumple los requisitos, usted decide si desea seguir apelando.**

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (el total es de cinco 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 es manejada por un juez administrativo o un mediador. La Sección 10 de este capítulo explica los Niveles 3, 4 y 5 de los procesos de apelaciones.

Sección 6.5 ¿Qué sucede si nos está pidiendo que paguemos una factura que ha recibido por concepto de atención médica?

No podemos reembolsarle directamente un servicio o artículo de Medicaid. Si recibe una factura por servicios y artículos con cobertura de Medicaid, envíenos la factura. **Usted no debe pagar la factura.** Nos comunicaremos con el proveedor directamente y nos ocuparemos del problema. Sin embargo, si paga la factura, puede obtener un reembolso de ese proveedor de atención médica si cumplió las normas para obtener el servicio o artículo.

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

Si nos envía la documentación correspondiente para solicitar un reembolso, nos está pidiendo que tomemos una decisión de cobertura. Para tomar esta decisión, comprobaremos si la atención médica que pagó es un servicio cubierto. También comprobaremos si ha seguido todas las normas para el uso de su cobertura de atención médica.

- **Si aceptamos su solicitud:** Si la atención médica tiene cobertura y siguió todas las normas, le enviaremos el pago del costo generalmente en un plazo de 30 días calendario, pero nunca después de 60 días calendario de recibida su solicitud. Si aún no ha pagado por la atención médica, le enviaremos el pago directamente al proveedor.
- **Si rechazamos su solicitud:** si la atención médica *no* está cubierta o usted *no* siguió todas las normas, no enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta en la que se le informa que no pagaremos la atención médica y las razones.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar su solicitud, **puede presentar una apelación.** Si presenta una apelación, nos está solicitando que modifiquemos una decisión de cobertura que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

Para presentar esta apelación, siga el proceso de apelación que se describe en la Sección 6.3. En el caso de apelaciones relacionadas con un reembolso, tenga en cuenta lo siguiente:

- Debemos darle una respuesta en un plazo de 60 días calendario después de haber recibido su apelación. Si nos solicita reembolsarle la atención médica que ya ha recibido y pagado, no se le permite solicitar una apelación rápida.

CAPÍTULO 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones, apelaciones y quejas sobre la cobertura)

- Si la organización de revisión independiente decide que debemos pagar, debemos enviarle a usted o al proveedor el pago en un plazo de 30 días calendario. Si aceptamos su apelación en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviarle el pago que solicitó a usted o al proveedor en un plazo de 60 días calendario.

SECCIÓN 7 Sus medicamentos con receta de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Sección 7.1 Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para recibir un medicamento de la Parte D o si quiere que le reembolsemos un medicamento de la Parte D

Los beneficios incluyen la cobertura para muchos medicamentos con receta. Para estar cubierto, su medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. (Para obtener información sobre una indicación médicamente aceptada, consulte el Capítulo 5). Para obtener detalles sobre los medicamentos, las normas, las restricciones y los costos de la Parte D, consulte el Capítulo 5. **Esta Sección es sobre sus medicamentos de la Parte D únicamente.** Para simplificar, en general, usamos el término “*medicamento*” en el resto de esta sección, en lugar de repetir “*medicamento recetado cubierto para pacientes ambulatorios*” o “*medicamento de la Parte D*”. También usamos el término Lista de medicamentos en lugar de *Lista de medicamentos cubiertos* o *Vademécum*.

- 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 los cubramos.
- Si su farmacia le dice que su receta no puede presentarse como está escrita, la farmacia le dará un aviso por escrito en el que se explica cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.

Decisiones y apelaciones de cobertura de la Parte D

Término legal

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

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y la cobertura o con relación al monto que pagaremos por los medicamentos. Esta sección le indica lo que puede hacer si se encuentra en cualquiera de las situaciones siguientes:

- Solicitarnos cubrir un medicamento de la Parte D que no está en la *Lista de medicamentos cubiertos*. **Solicitar una excepción. Sección 7.2**

CAPÍTULO 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones, apelaciones y quejas sobre la cobertura)

- Pedirnos que no apliquemos una restricción a la cobertura del plan para un medicamento (como límites en la cantidad de medicamento que puede obtener). **Solicitar una excepción. Sección 7.2**
- Solicitar una aprobación previa para un medicamento. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 7.4**
- Pagar por un medicamento con receta que ya ha comprado. **Pedirnos un reembolso. Sección 7.4**

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

Esta sección le indica cómo pedir decisiones de cobertura y cómo solicitar una apelación.

Sección 7.2 ¿Qué es una excepción?

Términos legales

Pedir la cobertura de un medicamento que no está en la “Lista de medicamentos” a veces se denomina solicitar una **excepción al vademécum**.

Solicitar la eliminación de una restricción de cobertura para un medicamento algunas veces se denomina solicitar una **excepción al vademécum**.

Solicitar pagar un precio menor por un medicamento cubierto no preferido a veces se denomina solicitar una **excepción de nivel**.

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

Para que consideremos su 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. Este es un ejemplo de una excepción que usted o su médico, o la persona autorizada a dar recetas, pueden pedirnos:

- 1. Cómo eliminar una restricción de un medicamento cubierto.** El Capítulo 5 describe las normas o restricciones adicionales que aplican a determinados medicamentos en nuestra Lista de medicamentos.

Sección 7.3 Cosas importantes que debe saber acerca de solicitar excepciones

Su médico debe explicarnos las razones médicas

Su médico o la persona autorizada a dar recetas deben darnos una declaración que explique las razones médicas para solicitar una excepción. Para que tomemos la decisión más rápido, incluya esta información médica de su médico o de la persona autorizada a dar recetas cuando pida la excepción.

CAPÍTULO 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones, apelaciones y quejas sobre la cobertura)

Generalmente, nuestra Lista de medicamentos incluye más de un medicamento para tratar una afección en particular. Estas posibilidades diferentes se denominan medicamentos **alternativos**. Si un medicamento alternativo da el mismo resultado que el medicamento que está solicitando y no produce más efectos secundarios ni otros problemas de salud, en general, *no* aprobaremos su solicitud de una excepción.

Podemos aceptar o rechazar su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de una excepción, nuestra aprobación normalmente es válida hasta el final del año del plan. Y será válida mientras su médico siga recetándole el medicamento y mientras ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar su afección.
- Si rechazamos su solicitud, puede solicitar otra revisión de nuestra decisión mediante la presentación de una apelación.

Sección 7.4 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción**Término legal**

Una decisión de cobertura rápida se denomina **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 recibida la declaración de su médico. Las **decisiones de cobertura rápidas** se toman en un plazo de **24 horas** después de recibida la declaración de su médico.

Si su salud lo requiere, solicítenos una decisión de cobertura rápida. Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir dos requisitos:

- Debe estar pidiendo un medicamento que aún no ha recibido. (No puede solicitar una decisión de cobertura rápida para que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró).
- El hecho de usar los plazos estándares podría afectarle de forma grave o perjudicar su capacidad física.
- **Si su médico o la persona autorizada a dar recetas nos indican que su salud requiere una decisión de cobertura rápida, le daremos automáticamente una decisión de cobertura rápida.**
- **Si solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta, sin el respaldo de su médico ni de otra persona autorizada a dar recetas, decidiremos si su salud requiere que tomemos una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta en la que se explique lo siguiente:
 - Que usaremos los plazos estándar.

CAPÍTULO 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones, apelaciones y quejas sobre la cobertura)

- Explica que si su médico u otra persona autorizada a dar recetas pide la decisión de cobertura rápida, automáticamente se la proporcionaremos.
- Le indica cómo puede presentar una queja rápida sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó. Responderemos a su queja en un plazo de 24 horas desde su recepción.

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

Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o brindemos cobertura para la atención médica que desea. También puede acceder al proceso de decisión de cobertura a través de nuestro sitio web (HighmarkHealthOptions.com/Duals). Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito, incluida una solicitud enviada en el formulario de solicitud de determinación de cobertura modelo de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS), que está disponible en nuestro sitio web. El Capítulo 2 contiene información de contacto. Para ayudarnos a procesar su solicitud, asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información que identifique qué reclamación denegada se está apelando.

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

- **Si solicita una excepción, proporcione la declaración de respaldo**, que es la razón médica para la excepción. Su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden enviarnos la declaración por fax o correo. O 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 nuestra respuesta.

Plazos para una decisión de cobertura rápida

- En general, debemos darle una respuesta **en un plazo de 24 horas** después de recibida su solicitud.
 - En el caso de las excepciones, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas después de recibida la declaración de respaldo de su médico de su solicitud. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
 - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 24 horas después de recibida su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.

CAPÍTULO 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones, apelaciones y quejas sobre la cobertura)

- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud. También le diremos cómo apelar.

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

- En general, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 72 horas** después de recibida su solicitud.
 - En el caso de las excepciones, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibida la declaración de respaldo de su médico de su solicitud. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
 - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos **brindar la cobertura** que aceptamos proporcionar **en un plazo de 72 horas** después de recibida su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud. También le diremos cómo 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** después de recibida su solicitud.
 - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos una parte o a la totalidad de lo que solicitó**, también debemos pagarle en un plazo de 14 días calendario después de recibida su solicitud.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud. También le diremos cómo apelar.

Paso 4: Si rechazamos su solicitud de cobertura, 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.

CAPÍTULO 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones, apelaciones y quejas sobre la cobertura)**Sección 7.5 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1****Términos legales**

Una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de un medicamento de la Parte D se denomina **redeterminación** del plan.

Una apelación rápida también se denomina **redeterminación acelerada**.

Paso 1: Decida si necesita una apelación estándar o una apelación rápida.

Una apelación estándar generalmente se presenta en un plazo de 7 días calendario. Una apelación rápida generalmente se realiza en un plazo de 72 horas. Si su salud lo requiere, solicite una apelación rápida.

- Si va a apelar una decisión tomada por nosotros acerca de un medicamento que aún no ha recibido, usted y su médico o la persona autorizada a dar recetas tendrán que decidir si necesita una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión 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 presenta una apelación de Nivel 1. Si su salud requiere una respuesta inmediata, 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 1-855-401-8251.** El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito**, incluida una solicitud enviada en el *Formulario de solicitud de determinación de cobertura modelo de los CMS*, que está disponible en nuestro sitio web (HighmarkHealthOptions.com/Duals). Asegúrese de incluir su nombre, la información de contacto y la información sobre su reclamación para ayudarnos a procesar su solicitud.
- **Puede presentar una apelación de manera electrónica.** Visite <https://www.highmarkhealthoptions.com/duals> e inicie sesión en el portal para miembros para acceder a mensajería segura.
- **Debe presentar su solicitud de apelación en un 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. Ejemplos de una causa justificada pueden incluir una enfermedad muy grave que le impidió contactarnos o si le brindamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede pedir una copia de la información de su apelación y añadir más información.** Usted y su médico pueden agregar más información para respaldar la apelación.

CAPÍTULO 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones, apelaciones y quejas sobre la cobertura)

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

- Cuando nuestro plan revisa su apelación, hacemos otra revisión cuidadosa de toda la información sobre su solicitud de cobertura. Verificamos si seguimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud. Es posible que nos comuniquemos con su médico o la persona autorizada a dar recetas para obtener más información.

Plazos para una apelación rápida

- En el caso de las apelaciones rápidas, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación**. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
 - Si no le damos una respuesta en el plazo de 72 horas, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente. La Sección 6.6 explica el Nivel 2 del proceso de apelación.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

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

- En el caso de las apelaciones estándar, debemos darle una respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de recibida su apelación. Le comunicaremos nuestra decisión antes si aún no ha recibido el medicamento y su afección médica así lo requiere.
 - Si no le comunicamos nuestra decisión en el plazo de 7 días calendario, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente. La Sección 7.6 explica el Nivel 2 del proceso de apelación.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos brindar la cobertura tan rápido como lo requiera su salud, pero a más tardar **7 días calendario** después de recibida su apelación. **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

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

- Debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de recibida su solicitud.
 - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.

CAPÍTULO 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones, apelaciones y quejas sobre la cobertura)

- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, también debemos pagarle en un plazo de 30 días calendario después de recibida su solicitud.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud. También le diremos cómo apelar.

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

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

Sección 7.6 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2

Término legal

El nombre formal de la organización de revisión independiente es **Entidad de Revisión Independiente**. En ocasiones, se denomina **IRE** (Independent Review Entity).

La **organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare**. No está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización determina si la decisión que tomamos es correcta o 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 escrito que le enviaremos incluirá **instrucciones para presentar la apelación de Nivel 2** ante la organización de revisión independiente. Estas instrucciones le indicarán quién puede presentar esta apelación de Nivel 2, qué plazos deberá respetar y cómo comunicarse con la organización de revisión. Sin embargo, si no completamos nuestra revisión dentro del plazo aplicable o tomamos una decisión desfavorable con respecto a la determinación **de riesgo** según nuestro programa de administración de medicamentos, enviaremos automáticamente su reclamación a la IRE.
- Le enviaremos a esta organización la información sobre su apelación. A esta información se la denomina su **archivo de caso**. **Tiene el derecho de pedirnos una copia del archivo de su 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 analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

CAPÍTULO 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones, apelaciones y quejas sobre la cobertura)

Plazos para una apelación rápida

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

Plazos para una apelación estándar

- En el caso de las apelaciones estándar, la organización de revisión debe comunicarle su respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación, si es por un medicamento que aún no ha recibido. Si solicita que le reembolsemos un medicamento que ya compró, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.

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 solicitó**, debemos brindar la cobertura de medicamentos aprobada por la organización de revisión **en un plazo de 24 horas** después de recibida la decisión de parte de dicha organización.

En el caso de las apelaciones estándar:

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

¿Qué sucede si la organización de revisión rechaza 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 su solicitud (o parte de su solicitud). (A esto se lo denomina **reafirmar la decisión**. También se lo denomina **rechazar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta para lo siguiente:

- Explicarle su decisión.
- Notificarle sobre el derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita alcanza cierto mínimo. Si el valor en dólares de la

CAPÍTULO 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones, apelaciones y quejas sobre la cobertura)

cobertura para medicamentos que está solicitando es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación y la decisión del Nivel 2 es final.

- Diciéndole el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelación.

Paso 4: Si su caso cumple los requisitos, usted decide si desea seguir apelando.

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (el total es de cinco 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 su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez administrativo o un mediador. La Sección 10 de este Capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que está siendo dado de alta demasiado pronto

Cuando se lo ingresa en un hospital, tiene derecho a obtener todos los servicios hospitalarios cubiertos que sean necesarios para el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad o lesión.

Durante su hospitalización cubierta, su médico y el personal del hospital colaborarán con usted para prepararlo para el día en que le den el alta. Ayudarán a coordinar la atención que pueda necesitar cuando se vaya.

- El día que deja el hospital se denomina su **fecha de alta**.
- Cuando se haya decidido la fecha del alta, su médico o el hospital se lo comunicarán.
- Si cree que le están pidiendo que deje el hospital demasiado pronto, puede pedir una hospitalización más prolongada y se considerará su solicitud.

Sección 8.1 Durante su hospitalización, recibirá un aviso por escrito de Medicare, donde se le explicarán sus derechos
--

Después de dos días calendario de su hospitalización, se le entregará un aviso por escrito denominado *Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*. Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de este aviso. Si no recibe el aviso de alguien en el hospital (por ejemplo, un asistente social o una enfermera), solicítelo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicios para los miembros o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. (TTY: 1-877-486-2048).

1. Lea atentamente este aviso y consulte cualquier duda que tenga. Dice lo siguiente:

- Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su hospitalización, según lo solicite su médico. Esto incluye el derecho a saber cuáles son esos servicios, quién pagará por ellos y dónde puede obtenerlos.

CAPÍTULO 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones, apelaciones y quejas sobre la cobertura)

- Su derecho a participar en cualquier decisión sobre su hospitalización.
 - Dónde informar cualquier inquietud que tenga acerca de la calidad de su atención en el hospital.
 - Su derecho a **solicitar una revisión inmediata** de la decisión de darlo de alta si considera que está siendo dado de alta del hospital demasiado pronto. Esta es una manera legal y formal de pedir un retraso en la fecha de su alta para que su atención hospitalaria esté cubierta más tiempo.
- 2. Se le pedirá que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió 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 *solo* demuestra que ha recibido la información sobre sus derechos. El aviso no le informa sobre su fecha del alta. Firmar el aviso **no significa** que esté de acuerdo con la fecha del alta.
- 3. Conserve su copia** del aviso para tener la información sobre cómo presentar una apelación (o informar una inquietud sobre la calidad de la atención) disponible cuando la necesite.
- Si firma el aviso más de dos días calendario antes de su fecha de alta, recibirá otra copia antes de que esté programado que le den el alta.
 - Para consultar una copia de este aviso por adelantado, puede llamar a Servicios para los miembros o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede ver el aviso por Internet en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeappealNotices.

Sección 8.2 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha del alta del hospital

Si desea pedir que los servicios hospitalarios para pacientes internados estén cubiertos por nosotros durante un tiempo más prolongado, tendrá que usar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que debe hacer y los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Solicite ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios para los miembros. O llame al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico, una organización del gobierno que ofrece asistencia personalizada.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la mejora de la calidad revisa su apelación. Comprueba si su fecha prevista del alta es médicamente apropiada para usted.

La Organización para la mejora de la calidad es un grupo de médicos y otros profesionales de 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 forman parte de nuestro plan.

CAPÍTULO 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones, apelaciones y quejas sobre la cobertura)

Paso 1: Comuníquese con la Organización para la mejora 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?

- El aviso por escrito que recibió (*An Important Message from Medicare About Your Rights [Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos]*) le explica cómo puede comunicarse con esta organización. O busque el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la mejora de la calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe rápido:

- Para presentar la apelación, debe comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad *antes* de dejar el hospital y **antes de la medianoche de la fecha del alta hospitalaria**.
 - **Si cumple esta fecha límite**, puede quedarse en el hospital *después* de su fecha del alta hospitalaria *sin pagar* mientras espera recibir la decisión de la Organización para la mejora de la calidad.
 - **Si no cumple con este plazo** y decide permanecer en el hospital después de su fecha prevista de alta hospitalaria, *es posible que deba pagar todos los costos* por la atención hospitalaria que reciba después de su fecha de alta hospitalaria prevista.

Una vez que solicite una revisión inmediata de su alta del hospital, la Organización para la mejora de la calidad se comunicará con nosotros. Antes del mediodía del día después de que nos contacten, le daremos un **Aviso detallado 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.

Para obtener una muestra del Aviso detallado del alta, puede llamar a Servicios para los miembros o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). O puede ver un aviso de muestra por Internet en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeappealNotices.

Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad realiza una revisión independiente de su caso.

- Los profesionales de la salud de la Organización para la mejora de la calidad (los revisores) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué cree que debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- Los revisores también consultarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que el hospital y nosotros les hemos dado.
- Antes del mediodía del día después de que los revisores nos informen de su apelación, recibirá un aviso por escrito de nosotros que le dará su fecha prevista del alta. Este aviso también explica en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros pensamos que es adecuado (médicamente apropiado) que reciba el alta en esa fecha.

CAPÍTULO 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones, apelaciones y quejas sobre la cobertura)

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

¿Qué sucede si la aceptan?

- Si la organización de revisión *acepta*, **debemos seguir brindando sus servicios hospitalarios cubiertos durante el tiempo que estos servicios sean médicamente necesarios.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Además, es posible que haya limitaciones en sus servicios hospitalarios cubiertos.

¿Qué sucede si la rechazan?

- Si la organización de revisión *rechaza* su apelación, significa que la fecha prevista del alta es médicamente apropiada. Si sucede esto, **nuestra cobertura para servicios hospitalarios para pacientes internados finalizará** al medio día del día *después* que la Organización para la mejora de la calidad le dé su respuesta a la apelación.
- Si la organización de revisión *rechaza* su apelación y usted decide permanecer en el hospital, entonces **es posible que deba pagar el costo completo** de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día siguiente en que la Organización para la mejora de la calidad le dé su respuesta a la apelación.

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

- Si la Organización para la mejora de la calidad *rechazó* su apelación y usted permanece en el hospital después de la fecha prevista de su alta hospitalaria, puede presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que pasará al **Nivel 2** del proceso de apelaciones.

Sección 8.3	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha del alta del hospital
--------------------	---

Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para la mejora de la calidad que revise de nuevo la decisión que tomaron en su primera apelación. Si la Organización para la mejora de la calidad rechaza su apelación de Nivel 2, deberá pagar el costo total de la hospitalización con posterioridad a la fecha prevista del alta.

Paso 1: Comuníquese nuevamente con la Organización para la mejora de la calidad y solicite otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días calendario** después del día en que la Organización para la mejora de la calidad *rechazó* su apelación de Nivel 1. Puede solicitar

CAPÍTULO 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones, apelaciones y quejas sobre la cobertura)

esta revisión solo si usted permanece en el hospital después de la fecha en que finalizó la cobertura de su atención.

Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para la mejora de la calidad harán otra revisión cuidadosa de toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: Los revisores decidirán, en un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud para una apelación de Nivel 2, sobre su apelación y le informarán su decisión.***Si la organización de revisión la acepta:***

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

Si la organización de revisión la rechaza:

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

Paso 4: Si la rechazan, tendrá que decidir si desea continuar con la apelación y presentar una apelación de Nivel 3.

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (el total es de cinco niveles de apelación). Si 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 es manejada por un juez administrativo o un mediador. La Sección 10 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

CAPÍTULO 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones, apelaciones y quejas sobre la cobertura)

SECCIÓN 9 Cómo solicitarnos que continuemos cubriendo determinados servicios médicos si cree que su cobertura está finalizando demasiado pronto

Sección 9.1 *Esta sección se refiere a tres servicios únicamente: Atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada y servicios en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF)*

Cuando está recibiendo **servicios de atención médica a domicilio, servicios de atención de enfermería especializada o atención de rehabilitación (centro de rehabilitación integral para pacientes externos)**, tiene derecho a seguir recibiendo sus servicios para ese tipo de atención, siempre que la atención sea necesaria para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Cuando decidimos que es hora de dejar de cubrir alguno de los tres tipos de atención, estamos obligados a decírselo por anticipado. Cuando su cobertura para esta atención finalice, *dejaremos de pagar su atención.*

Si cree que finalizamos la cobertura de su atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión.** Esta sección le indica cómo solicitar una apelación.

Sección 9.2 Le comunicaremos por adelantado cuándo finalizará su cobertura

Término legal

Aviso de no cobertura de Medicare. Le dice cómo puede solicitar una **apelación rápida**. Solicitar una apelación rápida es una forma legal y formal de solicitar un cambio a nuestra decisión de cobertura sobre cuándo dejar de prestar atención médica.

1. **Recibirá un aviso por escrito** al menos dos días calendario antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención. El aviso dice lo siguiente:
 - La fecha en la que dejamos de cubrir su atención.
 - Cómo solicitar una apelación rápida para solicitarnos que sigamos cubriendo su atención durante un período de tiempo más largo.
2. **Se le pedirá a usted, o a alguien que actúe en su nombre, que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió.** Firmar el aviso *solo* indica que ha recibido la información sobre cuándo finalizará su cobertura. **Firmarlo no significa que esté de acuerdo** con la decisión del plan de suspender la atención.

CAPÍTULO 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones, apelaciones y quejas sobre la cobertura)

Sección 9.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo

Si desea pedirnos que cubramos su atención durante un período más largo, deberá usar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que debe hacer y los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Solicite ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios para los miembros. O llame al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico, una organización del gobierno que ofrece asistencia personalizada.

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

Paso 1: Solicite su apelación de Nivel 1: comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad y pida una apelación rápida. Debe actuar rápido.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso escrito que recibió (*Aviso de no cobertura de Medicare*) le informa cómo contactar a esta organización. (O busque el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la mejora de la calidad de su estado en el Capítulo 2).

Actúe rápido:

- Debe comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad para comenzar su apelación **antes del mediodía del día anterior a la fecha de entrada en vigencia que figura en el Aviso de No Cobertura de Medicare.**
- Si se vence el plazo para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad, usted aún podría conservar su derecho de apelación. Comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad.

Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad realiza una revisión independiente de su caso.

Término legal

Explicación detallada de no cobertura. Aviso en el que se proporcionan detalles sobre los motivos para finalizar la cobertura.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización para la mejora de la calidad (los revisores) le preguntarán a usted o a su representante por qué cree que debería continuar la

CAPÍTULO 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones, apelaciones y quejas sobre la cobertura)

cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.

- La organización de revisión también revisará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que le ha dado nuestro plan.
- Al final del día, los revisores nos informarán sobre su apelación, usted recibirá la **Explicación detallada de no cobertura** donde se explican detalladamente las razones por las cuales queremos finalizar 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 su apelación?

- Si los revisores *aceptan* su apelación, entonces **debemos seguir brindando los servicios cubiertos durante el tiempo que sean médicamente necesarios.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Es posible que haya limitaciones en sus servicios cubiertos.

¿Qué sucede si los revisores rechazan su apelación?

- Si los revisores *rechazan*, entonces **su cobertura finalizará en la fecha que le indicamos.**
- Si decide seguir recibiendo atención médica a domicilio, o atención de un centro de enfermería especializada o servicios de un Centro de Rehabilitación Integral para pacientes externos (CORF) *después* de esta fecha en que finaliza su cobertura, **tendrá que pagar el costo total** de la atención.

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

- Si los revisores *rechazan* su apelación de Nivel 1 y decide seguir recibiendo atención después de finalizada su cobertura para esa atención, puede presentar una apelación de Nivel 2.

Sección 9.4	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo
--------------------	--

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

CAPÍTULO 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones, apelaciones y quejas sobre la cobertura)

Paso 1: Comuníquese nuevamente con la Organización para la mejora de la calidad y solicite otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** después del día en que la Organización para la mejora de la calidad *rechazó* su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si siguió recibiendo la atención después de la fecha en la que finalizó su cobertura.

Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para la mejora de la calidad harán otra revisión cuidadosa de toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: Los revisores decidirán, en un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud de apelación, sobre su apelación y le informarán su decisión.*¿Qué sucede si la organización de revisión la acepta?*

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura. **Debemos seguir brindando cobertura** para su atención durante el tiempo que sea médicamente necesaria.
- Usted debe seguir pagando la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

¿Qué sucede si la organización de revisión la rechaza?

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomamos respecto de su apelación de Nivel 1.
- La notificación que reciba le informará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Se le darán los detalles para continuar con el siguiente nivel de apelación, que es manejado por un juez administrativo o un mediador.

Paso 4: Si la rechazan, tendrá que decidir si quiere continuar con la apelación.

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, lo que representa un total de cinco niveles de apelación. Si 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 es manejada por un juez administrativo o un mediador. La Sección 10 de este Capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 10 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y a niveles superiores

Sección 10.1 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de servicios médicos

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y Nivel 2, y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico sobre el que ha apelado cumple con ciertos niveles mínimos, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. Si el valor en dólares es inferior al nivel mínimo, no puede seguir apelando. La respuesta escrita que usted reciba para su apelación de Nivel 2 explicará qué debe hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los tres últimos niveles de apelación funcionan más o menos de la misma manera. La revisión de su apelación la gestionan estas personas en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3: Un juez administrativo o un mediador que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si el juez de derecho administrativo o el abogado mediador rechaza su apelación, el proceso de apelaciones *puede concluir o no*.** A diferencia de la apelación de Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 favorable para usted. Si decidimos apelar, irá a una apelación de Nivel 4.
 - Si decidimos *no* apelar, debemos autorizar o proporcionarle atención médica en un plazo de 60 días calendario después de recibida la decisión del juez administrativo o mediador.
 - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 con los documentos relacionados. Es posible que esperemos la decisión de la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o brindar la atención médica en cuestión.
- **Si el juez administrativo o mediador rechaza su apelación, el proceso de apelaciones *puede concluir o no*.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
 - Si no desea aceptar la decisión, puede avanzar 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** (Consejo) de Medicare revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es afirmativa, o si el Consejo rechaza nuestra solicitud de revisar una decisión favorable de apelación de Nivel 3, el proceso de apelación *puede o no haber terminado*.** A diferencia de la decisión tomada en el Nivel 2, tenemos derecho a apelar una

CAPÍTULO 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones, apelaciones y quejas sobre la cobertura)

decisión de Nivel 4 favorable para usted. Nosotros decidiremos si será necesario apelar esta decisión en el Nivel 5.

- Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionarle atención médica en un plazo de 60 días calendario después de recibida la decisión del Consejo.
- Si decidimos apelar la decisión, se lo comunicaremos por escrito.
- **Si la respuesta es negativa o si el Consejo rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones puede terminar o no.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
 - Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, en el aviso que reciba se le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5 y cómo debería continuar con ese proceso.

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

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

Sección 10.2 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y Nivel 2, y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor del medicamento sobre el que ha apelado cumple con un monto en dólares determinado, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. Si el monto en dólares es menor, no puede seguir apelando. La respuesta escrita que usted reciba para su apelación de Nivel 2 explicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los tres últimos niveles de apelación funcionan más o menos de la misma manera. La revisión de su apelación la gestionan estas personas en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3: Un juez administrativo o un mediador que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si la respuesta es sí, el proceso de apelaciones ha terminado.** Debemos autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos **que fue aprobada por el juez de derecho administrativo o abogado mediador en un plazo de 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o hacer el pago a más tardar 30 días calendario** después de que recibamos la decisión.

CAPÍTULO 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones, apelaciones y quejas sobre la cobertura)

- **Si su apelación se rechaza, el proceso de apelaciones *puede concluir o no*.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
 - Si no desea aceptar la decisión, puede avanzar 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** (Consejo) de Medicare revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es sí, el proceso de apelaciones ha terminado.** Debemos **autorizar o brindar la cobertura para medicamentos** que fue aprobada por el Consejo **dentro de 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago, a más tardar, dentro de los 30 días calendario** después de recibir la decisión.
- **Si su apelación se rechaza, el proceso de apelaciones *puede concluir o no*.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
 - Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación o 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 *aprueba o rechaza* su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación después del Tribunal del Distrito Federal.

SECCIÓN 11 Cómo presentar una queja acerca de la calidad de la atención, los tiempos de espera, la atención al cliente u otras inquietudes

Sección 11.1 ¿Qué tipos de problemas se tratan en el proceso de quejas?

El proceso de quejas se utiliza *solo* para ciertos tipos de problemas. Entre ellos se incluyen los problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente. A continuación, encontrará algunos ejemplos de los tipos de problemas que pueden gestionarse a través del proceso de quejas.

CAPÍTULO 9 Qué debe hacer si tiene un problema**o una queja (decisiones, apelaciones y quejas sobre la cobertura)**

Queja	Ejemplo
Calidad de su atención médica	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Está insatisfecho con la calidad de la atención que ha recibido (incluida la atención en el hospital)?
Respeto de su privacidad	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial?
Falta de respeto, mal servicio al cliente u otro comportamiento negativo	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Alguien ha sido descortés o le ha faltado el respeto? • ¿No está satisfecho con nuestros Servicios para los miembros? • ¿Le parece que lo están alentando a dejar nuestro plan?
Tiempos de espera	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Está teniendo problemas para conseguir una cita o tiene que esperar demasiado para conseguirla? • ¿Ha tenido que esperar demasiado a médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud? ¿O ha tenido que esperar demasiado por Servicios para los miembros u otro personal de nuestro plan? <ul style="list-style-type: none"> ○ Entre los ejemplos se incluye esperar demasiado al teléfono, en la sala de espera o de consulta, o cuando le van a dar una receta.
Limpieza	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Está insatisfecho con la limpieza o el estado de una clínica, un hospital o un consultorio de un médico?
Información que recibe de nosotros	<ul style="list-style-type: none"> • ¿No le dimos un aviso requerido? • ¿Es nuestra información escrita difícil de entender?
Puntualidad (Estos tipos de quejas están relacionados con la <i>puntualidad</i> con la que actuamos en relación con las decisiones de cobertura y apelaciones)	Si ha pedido una decisión de cobertura o presentado una apelación y le parece que no estamos respondiendo lo suficientemente rápido, puede presentar una queja por nuestra lentitud. Estos son algunos ejemplos: <ul style="list-style-type: none"> • Nos pidió una <i>decisión de cobertura rápida</i> o una <i>apelación rápida</i>, y hemos dicho que no; puede presentar una queja. • Usted cree que no cumplimos con los plazos para decisiones de cobertura o apelaciones; puede presentar una queja. • Usted cree que no cumplimos con los plazos de cobertura o reembolso de ciertos productos, servicios 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.

CAPÍTULO 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones, apelaciones y quejas sobre la cobertura)

Sección 11.2 Cómo presentar una queja

Términos legales

- Una **queja** también se llama una **queja formal**.
- **Presentar una queja** también se llama **iniciar una queja formal**.
- **Usar el proceso para presentar quejas** también se llama **usar el proceso para iniciar una queja formal**.
- Una **queja rápida** también se denomina **queja formal acelerada**.

Sección 11.3 Paso a paso: Presentación de quejas

Paso 1: Comuníquese con nosotros de inmediato, ya sea por escrito o por teléfono.

- **Por lo general, el primer paso consiste en llamar a Servicios para los miembros.** Si debe hacer algo más, Servicios para los miembros se lo indicará.
- **Si no quiere llamar (o llamó y no quedó conforme), puede presentar su queja ante nosotros por escrito.** Si presentó su queja por escrito, le responderemos por escrito.
 - Envíe su queja formal a:

Highmark Health Options Duals
Appeals and Grievance Department
P.O. Box 890416
Camp Hill, PA 17089-0419
 - Si desea que otra persona inicie una queja formal en su nombre, debe completar y firmar un formulario de Designación de representante en el que autoriza a esa persona a actuar en su nombre. El formulario está disponible en el sitio web de Medicare en: <https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf> o en nuestro sitio web en HighmarkHealthOptions.com/Duals. El formulario debe estar firmado por usted y por la persona que usted desea que actúe en su nombre. Usted debe darle al plan una copia del formulario firmado.
 - Cuando presente una queja formal, Highmark Health Options Duals le enviará una carta de confirmación.
 - Si inicie una queja formal porque:
 - Rechazamos su solicitud de respuesta rápida a una decisión de cobertura o apelación.
 - Extendimos el plazo para tomar una decisión de organización o reconsideración.

Lo tomaremos automáticamente como una queja formal acelerada, lo que significa que recibirá una respuesta en un plazo de 24 horas.

CAPÍTULO 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones, apelaciones y quejas sobre la cobertura)

Si su queja formal es sobre cualquier otra cosa, recibirá una respuesta en un plazo de 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 formal.

- 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.

- **De ser posible, le daremos una respuesta de inmediato.** Si nos llama por una queja, tal vez podamos darle una respuesta durante esa misma llamada telefónica.
- **La mayoría de las quejas se responden dentro de los 30 días 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 informaremos por escrito.
- **Si presenta una queja porque se rechazó su solicitud de una decisión de cobertura rápida o una apelación rápida, automáticamente le concederemos una queja rápida.** Si tiene una queja rápida, significa que le daremos **una respuesta dentro de las 24 horas.**
- **Si no estamos de acuerdo** con la totalidad o una parte de la queja o si no nos hacemos responsables por el problema del que se está quejando, incluiremos las razones en nuestra respuesta.

Sección 11.4 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención a la Organización para la mejora de la calidad

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

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

O bien

- **Puede presentar su queja ante la Organización para la mejora de la calidad y ante nosotros al mismo tiempo.**

Sección 11.5 También puede informarle a Medicare acerca de su queja

Puede presentar una queja acerca del plan Highmark Health Options Duals directamente a Medicare. Para presentar una queja a Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

**CAPÍTULO 9 Qué debe hacer si tiene un problema
o una queja (decisiones, apelaciones y quejas sobre la cobertura)**

PROBLEMAS RELACIONADOS CON SUS BENEFICIOS DE MEDICAID

**SECCIÓN 12 Cómo manejar los problemas sobre sus beneficios
de Medicaid**

Si tiene un problema relacionado con sus beneficios de Medical Assistance, debe comunicarse con su agencia estatal de Medicaid. Para obtener información sobre copagos, consulte el Capítulo 2, Sección 6.

CAPÍTULO 10:

*Cancelación de su membresía en
el plan*

SECCIÓN 1 Introducción a cómo cancelar su membresía en nuestro plan

La cancelación de su membresía en Highmark Health Options Duals puede ser **voluntaria** (de su elección) o **involuntaria** (no de su elección):

- Es posible que deje nuestro plan porque ha decidido que *quiere* dejarlo. Las Secciones 2 y 3 brindan información sobre cómo cancelar su membresía voluntariamente.
- También hay situaciones limitadas en las que no decide dejarlo, pero nos vemos obligados a cancelar su membresía. La Sección 5 describe situaciones en las que podemos cancelar su membresía.

Si deja nuestro plan, nuestro plan debe continuar brindando su atención médica y medicamentos con receta y usted continuará pagando su costo compartido hasta que se cancele su membresía.

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

<h3>Sección 2.1 Es posible que pueda cancelar su membresía porque tiene Medicare y Medicaid</h3>
--

- La mayoría de las personas con Medicare pueden cancelar su membresía solo durante ciertos momentos del año. Debido a que tiene Medicaid, puede cancelar su membresía en nuestro plan cualquier mes del año. También tiene opciones para inscribirse en otro plan de Medicare cualquier mes, incluidos los siguientes:
 - Original Medicare *con* un plan independiente de medicamentos con receta de Medicare.
 - Si se pasa a Original Medicare *sin* un plan independiente de medicamentos con receta de Medicare (si elige esta opción, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar de la inscripción automática).
 - Si es elegible, un plan D-SNP integrado que le proporciona Medicare y la mayoría o todos sus beneficios y servicios de Medicaid en un solo plan.

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

Para obtener información sobre las opciones de planes de Medicaid, comuníquese con la oficina de Medicaid de su estado (los números de teléfono se encuentran en la Sección 6 del Capítulo 2 de este documento).

- Hay otras opciones de planes de salud de Medicare disponibles durante el **Período de inscripción anual**. En la Sección 2.2 encontrará más información sobre el Período de inscripción anual.
- **¿Cuándo se cancelará su membresía?** Generalmente, su membresía se cancelará el primer día del mes después de que recibamos su solicitud para cambiar su plan. Su inscripción en su nuevo plan también comenzará este día.

Sección 2.2 Puede cancelar su membresía durante el período de inscripción anual.

Usted puede cancelar su membresía durante el **Período de inscripción anual** (también denominado “Período de inscripción abierta anual”). Durante este tiempo, revise su cobertura de salud y medicamentos y decida sobre la cobertura para el próximo año.

- El **Período de inscripción anual** es del **15 de octubre al 7 de diciembre**.
- **Elija mantener su cobertura actual o hacer cambios en su cobertura para el año siguiente.** Si decide cambiar a un nuevo plan, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
 - Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos con receta.
 - Original Medicare *con* un plan independiente de medicamentos con receta de Medicare.

O BIEN

- Original Medicare *sin* un plan independiente de medicamentos con receta de Medicare.
- **Su membresía en nuestro plan se cancelará** cuando se inicie la cobertura de su nuevo plan el 1.º de enero.

Si recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos con receta: Si se pasa a Original Medicare y no se inscribe en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar de la inscripción automática.

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

Sección 2.3 Puede cancelar su membresía durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage

Tiene la oportunidad de hacer *un* cambio a su cobertura de salud durante el **Período de inscripción abierta de Medicare Advantage**.

- El **período de inscripción abierta anual de Medicare Advantage** es del 1.º de enero al 31 de marzo y también para los nuevos beneficiarios de Medicare que están inscritos en un plan MA, desde el mes de derecho a la Parte A y la Parte B hasta el último día del tercer mes de derecho.
- **Durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage** puede hacer lo siguiente:
 - Cambiar a otro plan Medicare Advantage con o sin cobertura de medicamentos con receta.
 - Cancelar su inscripción en nuestro plan y obtener cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiar a Original Medicare en este período, también puede inscribirse en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare en ese momento.

- **Su membresía se cancelará** el primer día del mes posterior a haberse inscrito en un plan Medicare Advantage diferente o después de que recibamos su solicitud de cambiarse a Original Medicare. Si también decide inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare, su inscripción en el plan de medicamentos empezará el primer día del mes después de que el plan recibe su solicitud de inscripción.

Sección 2.4 En determinadas situaciones, puede cancelar su membresía durante un Período de inscripción especial

En determinadas situaciones, puede ser elegible para cancelar su membresía en otro momento del año. Esto se denomina **Período de inscripción especial**.

Usted puede ser elegible para cancelar su membresía durante un Período de inscripción especial si alguna de las siguientes situaciones aplica a usted. Estos son solo ejemplos. Para obtener la lista completa, puede comunicarse con el plan, llamar a Medicare o visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov):

- En general, cuando se muda.
- Si recibe asistencia a través de Delaware Medical Assistance.
- Si es elegible para “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos con receta de Medicare.
- Si rompemos nuestro contrato con usted.
- Si está recibiendo atención en una institución, como un centro de cuidados o un hospital de atención a largo plazo (Long-Term Care, LTC).
- Si se inscribe en el Programa de Atención Integral para 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 10 del Capítulo 5 le proporciona más detalles sobre los programas de administración de medicamentos.
- **Nota:** En la Sección 2.1 encontrará más información sobre el Período de inscripción especial para las personas que tienen Medicaid.

Los períodos de tiempo de inscripción varían según su situación.

Para saber si es elegible para un Período de inscripción especial, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si es elegible para cancelar su membresía debido a una situación especial, puede elegir cambiar tanto su cobertura de salud como su cobertura para medicamentos con receta de Medicare. Puede elegir entre lo siguiente:

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

- – *o bien* – Original Medicare sin un plan de medicamentos recetados de Medicare independiente.

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

Si recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos con receta: Si se pasa a Original Medicare y no se inscribe en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar de la inscripción automática.

Generalmente, su membresía se cancelará el primer día del mes después de que se recibe su solicitud para cambiar su plan.

Nota: En las Secciones 2.1 y 2.2 encontrará más información sobre el Período de inscripción especial para las personas que tienen Medicaid y reciben “Ayuda adicional”.

Sección 2.5 ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede cancelar su membresía?

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

- **Llame a Servicios para los miembros.**
- Encuentre la información en el manual *Medicare & You 2025* (Medicare y usted 2025).
- Comuníquese con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (TTY: 1-877-486-2048).

SECCIÓN 3 ¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan?

La siguiente tabla explica cómo debe cancelar su membresía en nuestro plan.

Si desea cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
Otro plan de salud de Medicare.	<ul style="list-style-type: none">• Inscribirse en el nuevo plan de salud de Medicare. Su nueva cobertura entrará en vigencia el primer día del mes siguiente.• Cuando comience la cobertura de su nuevo plan, su cobertura de Highmark Health Options Duals quedará automáticamente cancelada.

Si desea cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
<p>Original Medicare <i>con</i> un plan independiente de medicamentos con receta de Medicare.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos con receta de Medicare. Su nueva cobertura entrará en vigencia el primer día del mes siguiente. • Cuando comience la cobertura de su nuevo plan, su cobertura de Highmark Health Options Duals quedará automáticamente cancelada.
<p>Original Medicare <i>sin</i> un plan de medicinas recetadas de Medicare independiente.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Si se pasa a Original Medicare y no se inscribe en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar de la inscripción automática. ○ Si cancela su inscripción en una cobertura de medicamentos con receta de Medicare y no tiene otra cobertura acreditable para medicamentos con receta durante 63 días consecutivos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía para inscribirse más adelante en un plan de medicamentos de Medicare. 	<ul style="list-style-type: none"> • Envíenos una solicitud por escrito para cancelar su inscripción. Si necesita más información sobre cómo hacer esto, comuníquese con Servicios para los miembros. • Puede comunicarse con Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicitar que se dé de baja su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. • Cuando comience su cobertura en el Programa Original Medicare, su cobertura de Highmark Health Options Duals quedará cancelada.

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

Si tiene preguntas sobre sus beneficios de Delaware Medical Assistance, comuníquese con:

Delaware Medicaid: (302) 255-9500 o 1-800-372-2022. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Horario de atención: de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5:00 p. m.

Pregunte cómo inscribirse en otro plan o cómo regresar a Original Medicare afecta la forma en que obtiene su cobertura de Delaware Medical Assistance.

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

Hasta que su membresía en Highmark Health Options Duals se cancele y comience su nueva cobertura de Medicare, debe seguir recibiendo sus artículos y servicios médicos, y medicamentos con receta a través de nuestro plan.

- **Continúe utilizando los proveedores de nuestra red para recibir atención médica.**
- **Continúe utilizando nuestras farmacias de la red o de envío por correo para surtir sus recetas.**
- **Si está hospitalizado el día en que se cancela su membresía, su estadía en el hospital estará cubierta por nuestro plan hasta que sea dado de alta** (incluso si le dan el alta después del inicio de su nueva cobertura de salud).

SECCIÓN 5 Highmark Health Options Duals debe cancelar su membresía del plan en determinadas situaciones

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos cancelar su membresía en el plan?
--

Highmark Health Options Duals tiene que cancelar su membresía en el plan médico si sucede una de las siguientes situaciones:

- Si ya no tiene la Parte A y la Parte B de Medicare.
- Si ya no es elegible para Medicaid. Como se indica en la Sección 2.1 del Capítulo 1, nuestro plan es para personas que son elegibles para Medicare y Medicaid. Si pierde su elegibilidad para Medicaid, se cancelará su inscripción en Highmark Health Options Duals después de seis meses.
- Si se muda fuera del área de servicio.
- Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio durante más de seis meses.
 - Si se muda o realiza un viaje largo, llame a Servicios para los miembros para averiguar si el lugar al que se muda o al que viaja está en el área de nuestro plan.
- Si es encarcelado (va a prisión).
- Si ya no es ciudadano de los Estados Unidos o no está legalmente presente en los Estados Unidos.
- Si miente o encubre información sobre otro seguro que tenga que le proporciona cobertura para medicamentos con receta.
- Si de forma deliberada nos brinda información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
- Si continuamente se comporta de un modo que es perturbador y nos dificulta brindarle atención médica a usted y a otros miembros de nuestro plan. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).

- Si permite que alguien más use su tarjeta de identificación de miembro para recibir atención médica. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
 - Si cancelamos su membresía por esta razón, es posible que Medicare haga que el Inspector general investigue su caso.
- Si se requiere que pague la cantidad adicional de la Parte D debido a sus ingresos y usted no lo paga, Medicare cancelará su inscripción en nuestro plan.

¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene alguna pregunta o desea recibir más información sobre cuándo podemos cancelar su membresía, llame a Servicios para los miembros.

Sección 5.2 No podemos pedirle que abandone nuestro plan por ninguna razón relacionada con su salud

Highmark Health Options Duals no tiene permitido pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud.

¿Qué debe hacer si sucede esto?

Si le parece que le están pidiendo que deje nuestro plan por un motivo relacionado con su salud, debe llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) durante las 24 horas, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

Sección 5.3 Tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía con nuestro plan

Si cancelamos su membresía en nuestro plan, tenemos la obligación de darle por escrito nuestros motivos de dicha cancelación. Además, tenemos que explicarle cómo puede iniciar una queja formal o una queja sobre nuestra decisión de cancelar su membresía.

CAPÍTULO 11:

Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre las leyes vigentes

La ley principal aplicable a este documento de *Evidencia de Cobertura* es el Título XVIII de la Ley de Seguro Social y la normativa creada en virtud de la Ley de Seguro Social por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid o CMS. Además, es posible que se apliquen otras leyes federales y, en determinadas circunstancias, las leyes del estado en el que vive. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades incluso si las leyes no están incluidas ni explicadas en este documento.

SECCIÓN 2 Aviso de no discriminación

No discriminamos por motivo de raza, etnia, nacionalidad, color, religión, sexo, género, edad, orientación sexual, discapacidad mental o física, estado de salud, experiencia en reclamaciones, antecedentes médicos, información genética, prueba 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 mayor información o tiene dudas acerca de la 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 local de Derechos Civiles. También puede revisar la información de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos en <https://www.hhs.gov/ocr/index.html>.

Si usted tiene una discapacidad y necesita ayuda con el acceso a la atención, llámenos a Servicios para los miembros. Si usted tiene una queja, como un problema de acceso para sillas de ruedas, Servicios para los miembros puede ayudarlo.

SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos por Medicare en los que Medicare no es el pagador principal. De acuerdo con las reglamentaciones de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), correspondientes a las secciones 422.108 y 423.462 del Título 42 del CFR, Highmark Health Options Duals, como Organización de Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que ejerce el Secretario según las reglamentaciones de los CMS en las subpartes B a D de la parte 411 del Título 42 del CFR, y las normas establecidas en esta sección prevalecerán sobre cualquier ley estatal.

SECCIÓN 4 Aviso sobre cómo determinamos si una tecnología es experimental

Los expertos médicos constantemente buscan y prueban nuevos equipos y métodos para tratar afecciones médicas. A su vez, los planes de atención médica como Highmark Health Options Duals deben evaluar estas tecnologías para determinar si están cubiertas por su plan de Medicare.

Highmark Health Options Duals considera que los profesionales médicos deben tomar decisiones para evaluar nuevas tecnologías o nuevas aplicaciones de tecnologías y dispositivos existentes. Sin embargo, Highmark Health Options Duals también respeta las decisiones tomadas por los organismos reguladores, como los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS).

Para los planes Medicare Advantage como Highmark Health Options Duals, los CMS exigen que los planes de salud sigan las Determinaciones de cobertura nacional (National Coverage Determinations, NCD) y las Determinaciones de cobertura local (Local Coverage Determinations, LCD). A veces, las NCD o las LCD no están de acuerdo con la decisión del plan de salud. Si el servicio se proporciona a un miembro de Medicare Advantage, el plan de salud debe cumplir con las reglamentaciones y pautas de las NCD o LCD.

Para los servicios que no están incluidos en las reglamentaciones de las NCD o las LCD, nuestro Comité de Mejoramiento de la Calidad/Gestión de Utilización (Quality Improvement/Utilization Management, QI/UM) revisará nuevas tecnologías y aplicaciones de tecnologías existentes para dispositivos y procedimientos médicos y de salud conductual. Nuestros directores médicos consultarán a especialistas adecuados (relacionados con la tecnología que se está revisando), profesionales (con experiencia en la tecnología) y otras agencias estatales/pagadores principales y escucharán la opinión de las sociedades profesionales para obtener información adicional sobre la tecnología, según sea necesario, y se les pedirán sus comentarios sobre la conveniencia de la implementación de la nueva tecnología. Para mantenerse actualizado y responder a las necesidades de los pacientes, estas revisiones son continuas y exhaustivas. Consideran factores como la eficiencia, la seguridad y la eficacia del producto.

Si la tecnología supera el proceso de revisión, el Comité de QI/UM recomienda que se considere una práctica médica aceptable y un beneficio cubierto. La tecnología que no supera la revisión generalmente se considera “experimental/en fase de investigación” y no está cubierta por el plan de salud. Sin embargo, puede reevaluarse en el futuro.

Reconocemos que ocurren situaciones en las que usted opta por recibir tratamiento experimental o en fase de investigación. Si le preocupa que un servicio que recibirá pueda considerarse experimental o en fase de investigación, usted, el hospital o el proveedor profesional pueden comunicarse con Highmark Health Options Duals para determinar si el servicio estará cubierto.

SECCIÓN 5 Aviso sobre lo que necesita saber sobre su cobertura

¿Se ha preguntado alguna vez por qué sus beneficios de atención médica pagan determinados servicios médicos, pero otros no? Highmark Health Options Duals tiene en cuenta dos cosas importantes:

- **Su plan de beneficios específico y lo que cubre.** Puede obtener más información sobre lo que cubren sus beneficios consultando su Evidencia de cobertura.
- **Si el procedimiento, la terapia, el medicamento o el equipo específicos son médicamente necesarios.** Highmark Health Options Duals y las compañías que trabajan con nosotros determinan si algo es médicamente necesario utilizando pautas reconocidas a nivel nacional, nuestra propia política médica, las pautas de Medicare y las pautas gubernamentales específicas que puedan aplicarse. Las compañías externas con las que trabajamos se especializan en ciertas áreas, como radiología o medicamentos con receta. Todas estas compañías deben cumplir con ciertos estándares, seguir la política de Highmark Health Options Duals y aceptar permitirnos revisar su trabajo cada año.

Al usar este enfoque para proporcionar cobertura, nos aseguramos de que todos los miembros reciban atención médica adecuada desde el punto de vista médico y reciban un tratamiento coherente.

CAPÍTULO 12:

Definiciones de palabras importantes

Centro quirúrgico ambulatorio: centro quirúrgico ambulatorio es una entidad que opera exclusivamente para brindar servicios quirúrgicos para pacientes ambulatorios que no necesiten hospitalización y que tengan una estadía prevista en el centro de no más de 24 horas.

Apelación: una apelación es algo que uno hace si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar una solicitud de cobertura de servicios de atención médica o medicamentos recetados o pago de servicios o medicamentos que ya recibió. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con una decisión de interrumpir los servicios que está recibiendo.

Período de beneficios: la forma que nuestro plan y Original Medicare mide su uso de los servicios en Centros de Enfermería Especializada (SNF) y en un hospital. Un período de beneficios comienza el día que ingresa en un hospital o un centro de enfermería especializada. Un período de beneficios finaliza cuando no haya recibido servicios de atención hospitalaria para pacientes internados (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si ingresa en el hospital o en el centro de atención de enfermería especializada después de que un período de beneficios haya terminado, comenzará un período de beneficios nuevo. No hay un límite en la cantidad de períodos de beneficios.

Producto biológico: un medicamento recetado que está hecho 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 también “**Producto biológico original**” y “**Biosimilar**”).

Biosimilar: un producto biológico que es muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Los biosimilares son tan seguros y eficaces como el producto biológico original. Algunos biosimilares pueden sustituirse por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta (consulte “**Biosimilar intercambiable**”).

Medicamento de marca: un medicamento recetado cuya fabricación y comercialización dependen de la compañía farmacéutica que originalmente investigó y desarrolló el medicamento. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de ingrediente activo que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otros fabricantes de medicamentos y, normalmente, no están disponibles hasta que haya vencido la patente del medicamento con nombre de marca.

Etapas de cobertura contra catástrofes: la Etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D que comienza cuando usted (u otras partes calificadas en su nombre) ha gastado \$2,000 en medicamentos cubiertos de la Parte D durante el año cubierto. Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS): la agencia federal a cargo de administrar Medicare.

Plan de Necesidades Especiales de atención crónica: los Planes de Necesidades Especiales de atención crónica (Chronic-Care Special Needs Plan, C-SNP) son planes de necesidades especiales que restringen la inscripción a personas elegibles para MA que tienen una o más afecciones

crónicas graves o discapacitantes, según se define en el Título 42, Sección 422.2 del CFR, incluida la restricción de la inscripción basada en los múltiples grupos de afecciones que suelen ser comórbidas y están clínicamente vinculadas, los cuales se especifican en el Título 42, Sección 422.4(a)(1)(iv) del CFR.

Coseguro: una cantidad que se le puede exigir que pague, expresada como un porcentaje (por ejemplo, 20 %) como su parte del costo de los servicios o medicamentos recetados.

Queja: la manera formal de decir “presentar una queja” es “**iniciar un reclamo**”. El proceso de quejas se usa *solamente* para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. También incluye quejas si su plan no sigue los períodos del proceso de apelación.

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

Copago: monto que tal vez deba pagar como su parte del costo de un servicio o suministro médico, como una consulta médica, una visita hospitalaria para pacientes ambulatorios o un medicamento recetado. El copago es un monto fijo (por ejemplo \$10) y no un porcentaje.

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

Determinación de cobertura: una decisión acerca de si el plan le cubre o no a usted un medicamento recetado y, si correspondiera, la cantidad que usted debe pagar por el medicamento recetado. En general, si lleva la receta a una farmacia y la farmacia le dice que la receta no está cubierta por su plan, esa no es una determinación de cobertura. Deberá llamar o escribir a su plan para pedir una decisión de cobertura formal. Las determinaciones de cobertura también se llaman decisiones de cobertura en este documento.

Medicamentos cubiertos: el término que utilizamos para referirnos a todos los medicamentos recetados que cubre nuestro plan.

Servicios cubiertos: el término que usamos para referirnos a todos los servicios y suministros de atención médica que cubre nuestro plan.

Cobertura acreditable de medicamentos recetados: la cobertura de medicamentos recetados (por ejemplo, de un empleador o sindicato) que debe pagar, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura, cuando pasan a ser elegibles para Medicare, pueden normalmente mantener esa cobertura sin pagar una multa si deciden inscribirse más tarde en un plan de cobertura para medicamentos con receta de Medicare.

Atención de custodia: es la atención brindada en un centro de cuidados, centro de cuidados paliativos u otro centro donde no necesite atención médica especializada o atención de enfermería especializada. El cuidado asistencial que brindan personas que no tienen habilidades ni preparación profesional incluye ayuda con actividades cotidianas como bañarse, vestirse, alimentarse, acostarse y levantarse de la cama o de la silla, desplazarse y utilizar el baño. Puede incluir el tipo de atención relacionada con la salud que la mayoría de las personas realizan por sí mismas, como usar gotas para los ojos. Medicare no paga el cuidado asistencial.

Tarifa diaria de costo compartido: la tarifa diaria de costo compartido puede aplicarse cuando su médico receta menos de un suministro para un mes entero de determinados medicamentos para usted, y debe pagar un copago. El costo compartido diario es el copago dividido por la cantidad de días de un suministro para un mes. A continuación, le presentamos un ejemplo: Si tu copago para un suministro de un mes de un medicamento es \$30 y un suministro de un mes en tu plan es 30 días, entonces tu “tarifa diaria de costo compartido” es \$1 por día.

Deducible: la cantidad que debe pagar por atención médica o recetas antes de que nuestro plan pague.

Cancelar la inscripción o cancelación de la inscripción: el proceso para dar de baja su membresía en nuestro plan.

Tarifa de despacho: una tarifa que se cobra cada vez que se dispensa un medicamento cubierto para pagar el costo de surtir una receta, como el tiempo del farmacéutico para preparar y empaquetar la receta.

Planes de necesidades especiales con elegibilidad doble (Dual Eligible Special Needs Plans, D-SNP): un tipo de planes que inscriben a personas que tienen derecho a Medicare (Título XVIII de la Ley del Seguro Social) y a asistencia médica de un plan estatal en virtud de Medicaid (Título XIX). Los estados cubren algunos o todos los costos de Medicare, según el estado y la elegibilidad de la persona.

Persona de doble elegibilidad: una persona que es elegible para la cobertura de Medicare y Medicaid.

Equipo médico duradero (DME): ciertos equipos médicos que pide su médico por motivos médicos. Los ejemplos incluyen andadores, sillas de rueda, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, bombas de infusión intravenosa (i.v.), dispositivos de generación del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital que solicite un proveedor para el uso en el hogar.

Emergencia: una emergencia médica se presenta cuando usted o cualquier otra persona prudente con conocimiento medio de salud y medicina considera que tiene síntomas médicos que necesitan atención médica inmediata para evitar la muerte, (y, si usted es una mujer embarazada, la pérdida de un feto), la pérdida de una extremidad o la pérdida del funcionamiento 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.

Atención de emergencia: servicios cubiertos (1) de un proveedor calificado en atención de emergencia; (2) que son necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia.

Evidencia de Cobertura (EOC) e Información de divulgación: este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro anexo, cláusula adicional u otra cobertura opcional seleccionada, que explica su cobertura, nuestras obligaciones, sus derechos y sus responsabilidades 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 nuestro vademécum (una excepción del vademécum) u obtener un medicamento no preferido a un nivel de costo compartido más bajo (una excepción de niveles). También puede pedir una excepción si nuestro plan le exige probar otro medicamento antes de recibir el que solicita, si nuestro plan le exige una autorización previa para un medicamento y usted desea que eliminemos la restricción de criterios, o si nuestro plan limita la cantidad o dosis del medicamento que solicita (una excepción al vademécum).

Ayuda Adicional (Extra Help): programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos recetados de Medicare, como las primas, los deducibles y el coseguro.

Medicamento genérico: un medicamento recetado que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) y tiene el (los) mismo(s) ingrediente(s) activo(s) que el medicamento de marca. En general, un medicamento genérico funciona igual que el de marca, y por lo general, cuesta menos.

Queja formal: un tipo de queja que se presenta sobre nuestro plan, los proveedores o las farmacias, incluidas las quejas sobre la calidad de la atención. Esto no implica conflictos de pago o cobertura.

Asistencia de salud en el hogar: una persona que brinda servicios que no necesitan las habilidades de un enfermero o terapeuta con licencia, como ayuda con el cuidado personal (p. ej., bañarse, usar el inodoro, vestirse o realizar los ejercicios recetados).

Centro de cuidados paliativos: un beneficio que proporciona tratamiento especial para un miembro que ha sido certificado médicamente como enfermo terminal, lo que significa tener una expectativa de vida de 6 meses o menos. Nosotros, su plan, debemos brindarle una lista de centros de cuidados paliativos en su área geográfica. Si opta por un hospicio y continúa pagando las primas, sigue siendo miembro de nuestro plan. Todavía podrá obtener todos los servicios médicamente necesarios, así como los beneficios complementarios que ofrecemos.

Hospitalización: una estadía en el hospital cuando usted ha sido formalmente internado en el hospital para recibir servicios médicos especializados. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente externo.

Monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos (IRMAA): si su ingreso bruto ajustado modificado informado en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años excede cierto monto, pagará la prima estándar y un monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos, también

conocido como IRMAA. IRMAA es un cargo adicional sumado a su prima. Menos del 5% de las personas con Medicare se encuentran afectadas, por lo que la mayoría de las personas no pagarán una prima más alta.

Etapa de cobertura inicial: esta es la etapa anterior al momento en que sus costos que paga de su bolsillo para el año alcanzan el monto límite.

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

D-SNP integrado: un D-SNP que cubre Medicare y la mayoría de todos los servicios de Medicaid en virtud de un plan de salud único para ciertos grupos de personas elegibles tanto para Medicare como para Medicaid. Estas personas también se denominan personas con doble elegibilidad a todos los beneficios.

Biosimilar intercambiable: biosimilar que puede usarse como sustituto de un producto biosimilar original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta porque cumple con requisitos adicionales relacionados con el potencial de sustitución automática. La sustitución automática en la farmacia está sujeta a la ley estatal.

Lista de medicamentos cubiertos (Vademécum o Lista de medicamentos): lista de medicamentos recetados cubiertos por el plan.

Subsidio por bajos ingresos (Low Income Subsidy, LIS): consulte “Ayuda Adicional” (Extra Help).

Programa de descuento para fabricantes: programa en virtud del cual los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total del plan por medicamentos de marca y productos biológicos cubiertos de la Parte D. Los descuentos están basados en acuerdos entre el gobierno federal y los fabricantes de medicamentos.

Cantidad máxima de desembolso directo: lo máximo que usted paga como costo a su cargo durante el año calendario por los servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B. Los montos que paga por las primas de su plan, las primas de la Parte A y B de Medicare, y los medicamentos recetados, no se contemplan en el gasto máximo de desembolso. (**Nota:** Como nuestros miembros también reciben asistencia de Medicaid, muy pocos miembros alcanzan este gasto máximo a su cargo).

Medicaid (o Asistencia Médica): es un programa federal y estatal conjunto que ayuda con los costos médicos de algunas personas con ingresos bajos y recursos limitados. Los programas de Medicaid varían según el estado, pero la mayoría de los costos de atención de la salud están cubiertos si califica para Medicare y Medicaid.

Indicación médicamente aceptada: uso de un medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o respaldado por ciertas referencias, como la

Información de medicamentos del American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de Información DRUGDEX de Micromedex.

Necesario desde el punto de vista médico: servicios, suministros o medicamentos que son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.

Medicare: el programa federal de seguro médico para personas mayores de 65 años, ciertas personas menores de 65 años con alguna discapacidad, y personas con enfermedad renal en Etapa terminal (en general, aquellas con insuficiencia renal permanente que necesitan diálisis o un trasplante de riñón).

Período de inscripción abierta de Medicare Advantage: el período de tiempo desde el 1.º de enero hasta el 31 de marzo en el que los miembros de un plan Medicare Advantage pueden cancelar su inscripción en el plan y cambiar a otro plan Medicare Advantage, u obtener cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiar a Original Medicare en este período, también puede inscribirse en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare en ese momento. El Período de inscripción abierta de Medicare Advantage también está disponible durante un período de 3 meses después de que una persona es elegible para Medicare por primera vez.

Plan Medicare Advantage (MA): a veces denominado Parte C de Medicare. Plan ofrecido por una compañía privada que tiene contrato con Medicare para brindarle todos sus beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare. Un plan Medicare Advantage puede ser i) un HMO, ii) un PPO, iii) un plan de tarifa privada por servicio (Private Fee-for-Service, PFFS) o iv) un plan de cuenta de ahorros médicos de Medicare (Medical Savings Account, MSA). 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 para medicamentos con receta) de Medicare. Estos planes se denominan **Planes Medicare Advantage con Cobertura de Medicamentos Recetados**.

Servicios cubiertos por Medicare: servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes 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 visión, dental o audición, que un plan Medicare Advantage puede ofrecer.

Plan de salud de Medicare: plan de salud de Medicare ofrecido por una empresa privada que tiene contrato con Medicare para brindar beneficios de la Parte A y a Parte B a personas con Medicare que se inscriben en el plan. Este término incluye todos los planes Medicare Advantage, los planes de costos de Medicare, los Planes de Necesidades Especiales, los programas piloto/de demostración y los Programas de Atención Integral para Personas de Edad Avanzada (PACE).

Cobertura de medicamentos recetados de Medicare (Parte D de Medicare): es un seguro para ayudar a los pacientes ambulatorios a pagar los medicamentos recetados, las vacunas, los productos biológicos y algunos suministros que no cubren la Parte A ni la Parte B de Medicare.

Póliza Medigap (seguro complementario a Medicare): seguro complementario a Medicare que venden las compañías de seguros privadas para cubrir “brechas” en Original Medicare. Las pólizas Medigap funcionan únicamente con Original Medicare. (Un plan Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

Miembro (Miembro de nuestro plan, o Miembro del plan): persona con Medicare elegible para recibir servicios cubiertos, que se inscribió en nuestro plan y cuya inscripción fue confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Servicios para los miembros: un departamento dentro de nuestro plan, que se encarga de responder sus preguntas sobre la membresía, los beneficios, las quejas formales y las apelaciones.

Farmacia de la red: una farmacia que contrata con nuestro plan donde los miembros de nuestro plan pueden obtener sus beneficios de medicamentos recetados. En la mayoría de los casos, sus recetas están cubiertas solo si se surten en una de nuestras farmacias de la red.

Proveedor de la red: “Proveedor” es el término general para médicos, otros profesionales de atención de la salud, hospitales y otros centros médicos con licencia o certificación de Medicare y del Estado para brindar servicios de atención de la salud. Los **proveedores de la red** tienen un acuerdo con nuestro plan para aceptar nuestro pago como pago completo y, en algunos casos, para coordinar y proporcionar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de la red también se denominan “proveedores del plan”.

Determinación de la organización: una decisión que toma nuestro plan sobre si los servicios o artículos están cubiertos, o cuánto le corresponde pagar por los servicios o artículos cubiertos. Las determinaciones de la organización se denominan decisiones de cobertura en este documento.

Producto biológico original: producto biológico que ha sido aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) y sirve como comparación para fabricantes que fabrican una versión biosimilar. También se denomina producto de referencia.

Original Medicare (Traditional Medicare o Medicare de pago por servicio): Original Medicare es ofrecido por el gobierno y no es un plan de salud privado como los planes de medicamentos recetados y los planes Medicare Advantage. En virtud de Original Medicare, los servicios de Medicare están cubiertos al pagarles a los médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica los montos que establece el Congreso. Usted puede consultar con cualquier médico, hospital o proveedor de atención médica que acepte Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga lo que le corresponde de la cantidad aprobada por Medicare, y usted paga lo que le corresponde a usted. Original Medicare tiene dos partes: La Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico), y está disponible en todas partes en los Estados Unidos.

Farmacia fuera de la red: una farmacia que no tiene contrato con nuestro plan para coordinar o brindar medicamentos cubiertos a miembros de nuestro plan. La mayoría de los medicamentos que obtiene de las farmacias fuera de la red no tienen cobertura de nuestro plan, excepto que se apliquen ciertas condiciones.

Centro o proveedor fuera de la red: un centro o proveedor que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar o brindar servicios cubiertos a miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red no están empleados, no pertenecen ni son administrados por nuestro plan.

Costos de bolsillo: consulte la definición de “costos compartidos” anterior. El requisito de costo compartido del miembro para pagar una parte de los servicios o medicamentos que se reciben también se denomina requisito de gasto de desembolso directo del miembro.

Umbral de costos de bolsillo: monto máximo de sus costos de bolsillo por los medicamentos de la Parte D.

Plan PACE: un plan del Programa de Atención Integral para Personas de Edad Avanzada (PACE) combina servicios de atención médica, social y servicios y apoyo a largo plazo (Long-Term Services and Supports, LTSS) para personas frágiles a fin de ayudarlas a mantenerse independientes y viviendo en su comunidad (en lugar de trasladarlas a un centro de cuidados) lo máximo posible. Las personas inscritas en planes PACE reciben beneficios de Medicare y de Medicaid a través del plan.

Parte C: consulte “Plan Medicare Advantage”.

Parte D: el programa de beneficios de medicamentos recetados de Medicare voluntario.

Medicamentos de la Parte D: medicamentos que pueden estar cubiertos bajo la Parte D. Podemos o no ofrecer todos los medicamentos de la Parte D. Ciertas categorías de medicamentos han sido excluidas de la cobertura de la Parte D por el Congreso. Cada plan debe cubrir ciertas categorías de medicamentos de la Parte D.

Multa por inscripción tardía de la Parte D: monto agregado a su prima mensual para la cobertura de medicamentos de Medicare si está sin cobertura acreditable de medicamentos (cobertura que debe pagar, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare) durante un período de 63 días consecutivos o más después de que es elegible por primera vez para unirse a un plan de la Parte D. Si pierde la “Ayuda adicional”, es posible que esté sujeto a la multa por inscripción tardía si pasa 63 días consecutivos o más sin otra cobertura acreditable para medicamentos con receta o de la Parte D.

Prima: el pago periódico a Medicare, una compañía de seguros, o un plan de salud para la cobertura de la salud o cobertura de farmacia de medicamentos recetados.

Médico de atención primaria (PCP): el médico u otro proveedor a quien consultas primero para la mayoría de los problemas de salud. En muchos planes de salud de Medicare debe consultar con su médico de atención primaria antes de ver a cualquier otro proveedor de atención de la salud.

Autorización previa: una aprobación por adelantado para obtener servicios o determinados medicamentos. Los servicios cubiertos que necesitan una autorización previa están marcados en la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el vademécum y nuestros criterios están publicados en nuestro sitio web.

Prótesis y ortopedia: dispositivos médicos que incluyen, entre otros, aparatos ortopédicos para brazos, espalda y cuello; miembros artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o función interna del cuerpo, incluidos suministros de ostomía y terapia de nutrición enteral y parenteral.

Organización para la mejora de la calidad (Quality Improvement Organization, QIO): grupo de médicos en ejercicio y otros expertos de atención médica a quienes el gobierno federal les paga para verificar y mejorar la atención médica brindada a los pacientes de Medicare.

Límites de cantidad: herramienta administrativa diseñada para limitar el uso de medicamentos selectos por motivos de calidad, seguridad o utilización. Los límites pueden ser de la cantidad de medicamento que cubrimos por receta o por un período definido.

“Herramienta de beneficios en tiempo real”: aplicación informática o portal en el que los miembros pueden buscar información completa, precisa, oportuna, clínicamente apropiada y específica para el miembro sobre la lista de medicamentos aprobados y los beneficios. Esto incluye los montos de costo compartido, los medicamentos alternativos del vademécum que pueden utilizarse para la misma afección médica en lugar de un medicamento determinado y las restricciones de cobertura (autorización previa, terapia escalonada, límites de cantidad) que se aplican a los medicamentos alternativos.

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

Área de servicio: área geográfica donde debe vivir para inscribirse en un plan de salud en particular. Para los planes que limitan qué médicos y hospitales puede usar, en general, es también el área en donde puede obtener servicios de rutina (que no sean de emergencia). El plan debe cancelar su inscripción si se muda en forma permanente fuera del área de servicio del plan.

Atención en Centros de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF): servicios de rehabilitación y atención de enfermería especializada suministrados en forma continua, diaria, en un centro de enfermería especializada. Los ejemplos de atención incluyen terapia física o inyecciones intravenosas que solo pueden ser administradas por una enfermera titulada o un médico.

Plan de necesidades especiales: un tipo especial de plan Medicare Advantage que brinda atención médica más centrada para grupos específicos de personas, como aquellos que tienen Medicare y Medicaid, viven en un centro de cuidados o tienen ciertas afecciones médicas crónicas.

Terapia escalonada: una herramienta de utilización que requiere que primero pruebe otro medicamento para tratar su afección médica, antes de que cubramos el medicamento que su médico tal vez recetó inicialmente.

Ingreso complementario del Seguro Social (Supplemental Security Income, SSI): un beneficio mensual que paga el Seguro Social a las personas con ingresos y recursos limitados que sufren de discapacidades, son ciegas o tienen 65 o más años de edad. Los beneficios del Ingreso de Seguridad Suplementaria (Supplemental Security Income, SSI) no son los mismos que los beneficios del Seguro Social.

Servicios de urgencia: un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata que no es una emergencia es un servicio de urgencia si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan, o es irrazonable dado su tiempo, lugar y circunstancias para obtener este servicio de proveedores de la red con los que el plan tiene contrato. Algunos ejemplos de servicios de urgencia son enfermedades y lesiones médicas imprevistas, o brotes inesperados de afecciones existentes. Sin embargo, las visitas de rutina al proveedor médicamente necesarias, como los chequeos anuales, no se consideran urgentemente necesarias incluso si usted se encuentra fuera del área de servicio del plan o la red del plan no está disponible temporalmente.

VSP es exclusivamente responsable de los productos y servicios que ofrece. United Concordia Companies, Inc. es una compañía independiente que no proporciona productos ni servicios de Highmark Health Options Duals. UCCI es exclusivamente responsable de los servicios dentales indicados. TruHearing es una marca comercial registrada de TruHearing, Inc. FitOn Inc. es una compañía independiente que administra beneficios de acondicionamiento físico. El sistema de marcas FreeStyle y Precision son marcas comerciales de servicio de Abbott Industries, Inc. Nuestra red cuenta con otras farmacias, médicos y proveedores. Todas las demás marcas comerciales, nombres de productos y nombres de empresas son propiedad de sus respectivos propietarios.

Highmark BCBSD Inc., que opera comercialmente como Highmark Blue Cross Blue Shield Delaware, es un licenciatario independiente de la Blue Cross Blue Shield Association. Highmark Health Options Duals es ofrecido por Highmark Blue Cross Blue Shield.

Highmark BCBSD Inc., que opera comercialmente como Highmark Blue Cross Blue Shield, ofrece planes HMO que tienen un contrato con Medicare. La inscripción en estos planes depende de la renovación del contrato.

Servicios para Miembros de Highmark Health Options Duals

Método	Servicios para miembros: información de contacto
LLAME AL	1-855-401-8251 Las llamadas a este número son gratuitas, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1.º de octubre al 31 de marzo. Del 1.º de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje de correo de voz después del horario de atención, los fines de semana y los feriados. Servicios para los miembros también ofrece un servicio gratuito de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 o 1-800-232-5460 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1.º de octubre al 31 de marzo. Del 1.º de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje de correo de voz después del horario de atención, los fines de semana y los feriados.
ESCRIBA A	Highmark Health Options Duals P.O. Box 890419 Camp Hill, PA 17089-0419
SITIO WEB	https://www.highmarkhealthoptions.com/duals

Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud (SHIP)

El programa SHIP es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal para brindar asesoramiento gratuito sobre los seguros médicos en su localidad a las personas que tienen Medicare.

Método	Información de contacto
LLAME AL	1-800-336-9500
TTY	711. Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
ESCRIBA A	1351 West North Street Suite 101 Dover, DE 19904 503 Carr Road, Suite 303 Wilmington, DE 19809
SITIO WEB	Departamento de Seguros de Delaware - Estado de Delaware

Declaración de divulgación de PRA De acuerdo con la Ley de Reducción de Papeleo (Paperwork Reduction Act, PRA) de 1995, ninguna persona tiene obligación de responder a una solicitud de información, a menos que esté identificada con 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, escríbanos a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.