2027
Evidencia de cobertura

Condado de Douglas, Oregón

ATRIO Special Needs Plan (HMO D-SNP)

H3814-030

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2027

Evidencia de Cobertura para 2027:

Los beneficios y servicios de salud y la cobertura para medicamentos de Medicare como miembro de ATRIO Special Needs Plan (HMO D-SNP)

Este documento proporciona los detalles de su cobertura de atención médica y de medicamentos de Medicare y Medicaid desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2027. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

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

- Su prima del plan y su costo compartido
- Sus beneficios médicos y de medicamentos
- Cómo presentar una queja si no está satisfecho con un servicio o tratamiento
- Cómo comunicarse con nosotros
- Otras protecciones requeridas por la ley de Medicare

Si tiene preguntas sobre este documento, llame a Servicios para los miembros al 1-877-672-8620. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Horario de atención: todos los días de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. Esta llamada es gratuita.

Este plan, ATRIO Special Needs Plan (HMO D-SNP), es ofrecido por ATRIO Health Plans. (Cuando en esta *Evidencia de Cobertura* dice “nosotros”, “nos” o “nuestro/a”, hace referencia a ATRIO Health Plans. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a ATRIO Special Needs Plan (HMO D-SNP)).

Este documento está disponible de forma gratuita en español. Esta información está disponible en letra grande.

Los beneficios, los deducibles, y/o los copagos/el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2028.

Nuestro formulario, red de farmacias y/o red de proveedores podrían cambiar en cualquier momento. Usted recibirá un aviso sobre cualquier cambio que pudiera afectarlo con al menos 30 días de anticipación.

OMB Approval 0938-1051 (Expires: July 31, 2029)

H3814_030_MBR_EOC_2027_C

Índice

CAPÍTULO 1: Primeros pasos como miembro 5

SECCIÓN 1 Usted es un miembro de ATRIO Special Needs Plan (HMO D-SNP) 5

SECCIÓN 2 Requisitos de elegibilidad del plan 6

SECCIÓN 3 Qué puede esperar cuando se inscriba por primera vez en nuestro plan 8

SECCIÓN 4 Materiales importantes para miembros 9

SECCIÓN 5 Resumen de costos importantes para 2027 11

SECCIÓN 6 Más información sobre su prima mensual 16

SECCIÓN 7 Mantener actualizado su registro de miembro de su plan 17

SECCIÓN 8 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan 18

CAPÍTULO 2: Números de teléfono y recursos 20

SECCIÓN 1 Contactos de ATRIO Special Needs Plan (HMO D-SNP) 20

SECCIÓN 2 Cómo recibir ayuda de Medicare 23

SECCIÓN 3 Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) 24

SECCIÓN 4 Organización para la mejora de la calidad (Quality Improvement Organization, QIO) 25

SECCIÓN 5 Seguro Social 26

SECCIÓN 6 Medicaid 27

SECCIÓN 7 Programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos con receta 29

SECCIÓN 8 Junta de jubilación para ferroviarios (RRB) 31

CAPÍTULO 3: Cómo utilizar nuestro plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos 33

SECCIÓN 1 Cómo obtener atención médica y otros servicios cubiertos como miembro de nuestro plan 33

SECCIÓN 2 Use los proveedores de la red de nuestro plan para obtener atención médica y otros servicios cubiertos 35

SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios en una emergencia, desastre o necesidad urgente de atención 39

SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si le facturan de manera directa el costo total de los servicios cubiertos? ... 41

SECCIÓN 5 Servicios médicos en un estudio de investigación clínica ... 42

SECCIÓN 6 Normas para obtener atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica ... 44

SECCIÓN 7 Normas para la posesión de equipo médico duradero ... 45

CAPÍTULO 4: Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto) ... 47

SECCIÓN 1 Cómo comprender los servicios cubiertos ... 47

SECCIÓN 2 La Tabla de beneficios médicos le indica sus beneficios y costos médicos ... 48

SECCIÓN 3 Servicios cubiertos por fuera de ATRIO Special Needs Plan (HMO D-SNP) ... 101

SECCIÓN 4 Servicios que no están cubiertos por nuestro plan (exclusiones) ... 101

CAPÍTULO 5: Utilizar el plan para obtener cobertura para medicamentos de la Parte D ... 104

SECCIÓN 1 Normas básicas para la cobertura de nuestro plan de los medicamentos de la Parte D ... 104

SECCIÓN 2 Obtenga sus medicamentos con receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo de nuestro plan ... 105

SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar en la Lista de medicamentos de nuestro plan ... 108

SECCIÓN 4 Medicamentos con restricciones de cobertura ... 110

SECCIÓN 5 ¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera en que usted querría que lo estuviera? ... 111

SECCIÓN 6 Nuestra Lista de medicamentos puede sufrir modificaciones durante el año ... 112

SECCIÓN 7 Tipos de medicamentos que no cubrimos ... 114

SECCIÓN 8 Cómo surtir un medicamento ... 115

SECCIÓN 9 Cobertura para medicamentos de la Parte D en situaciones especiales ... 115

SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad y administración de los medicamentos ... 117

CAPÍTULO 6: Lo que le corresponde pagar por los medicamentos de la Parte D ... 120

SECCIÓN 1 Lo que usted paga por los medicamentos de la Parte D ... 120

SECCIÓN 2 Etapas de pago de los medicamentos para los miembros de ATRIO Special Needs Plan (HMO D-SNP) ... 123

SECCIÓN 3 Su *Explicación de Beneficios (Explanation of Benefits, EOB) de la Parte D* explica en qué etapa de pago se encuentra usted ... 123

SECCIÓN 4 La Etapa del deducible ... 125

SECCIÓN 5 La Etapa de cobertura inicial ... 125

SECCIÓN 6 Etapa de cobertura en situaciones catastróficas ... 128

SECCIÓN 7 Lo que le corresponde pagar por las vacunas de la Parte D ... 129

CAPÍTULO 7: Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura por servicios médicos o medicamentos cubiertos ... 132

SECCIÓN 1 Situaciones cuando debe pedirnos que paguemos la parte que nos corresponde de los servicios o medicamentos cubiertos ... 132

SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que recibió ... 134

SECCIÓN 3 Analizaremos su solicitud de pago y decidiremos si le pagaremos o no ... 135

CAPÍTULO 8: Sus derechos y responsabilidades ... 137

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales ... 137

SECCIÓN 2 Sus responsabilidades como miembro de nuestro plan ... 143

CAPÍTULO 9: Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas) .. 145

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

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada ... 145

SECCIÓN 3 Cómo es el proceso de quejas y apelaciones de Medicare y Medicaid en nuestro plan ... 146

SECCIÓN 4 Qué proceso utilizar para su problema ... 147

SECCIÓN 5 Una guía para las decisiones de cobertura y las apelaciones ... 147

SECCIÓN 6 Atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación ... 151

SECCIÓN 7 Medicamentos de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación ... 161

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que está siendo dado de alta demasiado pronto 171

SECCIÓN 9 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo algunos servicios médicos si considera que su cobertura está terminando demasiado pronto..... 176

SECCIÓN 10 Cómo llevar su apelación a los Niveles 3, 4 y 5..... 180

SECCIÓN 11 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes 184

CAPÍTULO 10: Cancelación de su membresía en nuestro plan..... 188

SECCIÓN 1 Cancelación de su membresía en nuestro plan 188

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan?..... 188

SECCIÓN 3 Cómo cancelar su membresía en nuestro plan..... 192

SECCIÓN 4 Hasta que se cancele su membresía, debe seguir recibiendo sus artículos médicos, servicios y medicamentos a través de nuestro plan 193

SECCIÓN 5 ATRIO Special Needs Plan (HMO D-SNP) debe cancelar su membresía en el plan en ciertas situaciones 193

CAPÍTULO 11: Avisos legales 195

SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes vigentes..... 195

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación 195

SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare..... 195

CAPÍTULO 12: Definiciones..... 197

CAPÍTULO 1:

Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 1 Usted es un miembro de ATRIO Special Needs Plan (HMO D-SNP)

Sección 1.1 Usted está inscrito en ATRIO Special Needs Plan (HMO D-SNP), que es un Plan de necesidades especiales de Medicare

Usted está cubierto por Medicare y Medicaid:

- **Medicare** es el programa federal de seguros médicos destinado a personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas que padecen enfermedad renal terminal (insuficiencia renal).
- **Medicaid** es un programa conjunto del estado y del gobierno federal que brinda ayuda con los costos médicos a determinadas personas con ingresos y recursos limitados. La cobertura de Medicaid varía según el estado y el tipo de 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.

Usted ha elegido recibir la cobertura para medicamentos y atención médica de Medicare y Medicaid a través de nuestro plan, ATRIO Special Needs Plan (HMO D-SNP). Nuestro plan cubre todos los servicios de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, los costos compartidos y el acceso a proveedores en nuestro plan difieren de Original Medicare.

ATRIO Special Needs Plan (HMO D-SNP) es un plan Medicare Advantage especializado (un Plan de necesidades especiales de Medicare), lo que significa que sus beneficios están diseñados para las personas con necesidades de atención médica especiales. ATRIO Special Needs Plan (HMO D-SNP) está diseñado para las personas que tienen Medicare y que tienen derecho a recibir ayuda de Medicaid.

Dado que usted recibe ayuda de Medicaid para el costo compartido de la Parte A y de la Parte B de Medicare (deducibles, copagos y coseguro), es posible que no pague nada por los servicios de Medicare. Medicaid también puede proporcionarle otros beneficios al cubrir servicios de atención médica y atención a largo plazo, medicamentos de venta libre y servicios basados en el hogar y en la comunidad que normalmente no están cubiertos por Medicare. También recibirá Ayuda adicional de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos con receta de Medicare. ATRIO Special Needs Plan (HMO D-SNP) lo ayudará a gestionar todos estos beneficios para que reciba los servicios de atención médica y la asistencia de pago a los que tiene derecho.

ATRIO Special Needs Plan (HMO D-SNP) es administrado por una compañía privada. Como todos los planes Medicare Advantage, este Plan de necesidades especiales de Medicare está aprobado por Medicare. Nuestro plan también tiene un contrato con el programa de Medicaid de Oregon para coordinar sus beneficios de Medicaid. Nos complace proporcionarle la cobertura de atención médica de Medicare y Medicaid, incluida la cobertura para medicamentos y atención a largo plazo, medicamentos de venta libre y servicios basados en el hogar y en la comunidad.

Sección 1.2 Información legal sobre la *Evidencia de Cobertura*

Esta *Evidencia de Cobertura* es parte de nuestro contrato con usted sobre cómo ATRIO Special Needs Plan (HMO D-SNP) cubre su atención. Otras partes de este contrato incluyen su formulario de inscripción, la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*, y cualquier aviso que usted reciba de nuestra parte acerca de los cambios a su cobertura o de las condiciones que afectan su cobertura. En ocasiones, estos avisos se denominan *cláusulas adicionales* o *enmiendas*.

El contrato está vigente durante los meses en los cuales usted esté inscrito en ATRIO Special Needs Plan (HMO D-SNP) entre el 1 de enero de 2027 y el 31 de diciembre de 2027.

Medicare nos permite que hagamos cambios a nuestros planes que ofrecemos cada año calendario. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de ATRIO Special Needs Plan (HMO D-SNP) después del 31 de diciembre de 2027. También podemos decidir dejar de ofrecer el plan en su área de servicio después del 31 de diciembre de 2027.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) y Oregon Health Plan (Medicaid) deben aprobar ATRIO Special Needs Plan (HMO D-SNP). Puede seguir obteniendo la cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan cada año solo si decidimos continuar ofreciendo nuestro plan y si Medicare y Oregon Health Plan (Medicaid) renuevan la aprobación de nuestro plan.

SECCIÓN 2 Requisitos de elegibilidad del plan

Sección 2.1 Requisitos de elegibilidad

Usted es elegible para ser miembro de nuestro plan siempre y cuando cumpla con todas las condiciones que se indican a continuación:

- Tiene tanto la Parte A como la Parte B de Medicare
- Usted vive en nuestra área de servicio geográfica (descrita en la Sección 2.3). No se considera que las personas encarceladas vivan en el área de servicio geográfica aun si se encuentran físicamente en esta área.
- Usted es ciudadano o nacional de los Estados Unidos, o un no ciudadano elegible.

- Usted cumple con los requisitos especiales de elegibilidad que se describen a continuación.

Requisitos especiales de elegibilidad para nuestro plan

Nuestro plan está diseñado para cubrir las necesidades de las personas que reciben ciertos beneficios de Medicaid. (Medicaid es un programa conjunto del estado y del gobierno federal que brinda ayuda con los costos médicos a determinadas personas con ingresos y recursos limitados). Para ser elegible para nuestro plan, debe ser elegible para Medicare y para los Beneficios totales de Medicaid.

Nota: Si pierde su elegibilidad, pero se puede esperar razonablemente que la vuelva a obtener en un plazo de 6 mes(es), entonces aún es elegible para la membresía. Capítulo 4, Sección 2.1 le informa sobre la cobertura y el costo compartido durante este período.

Sección 2.2 Medicaid

Medicaid es un programa conjunto del estado y del gobierno federal que brinda ayuda con los costos médicos y atención a largo plazo a determinadas personas con 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, Medicaid ofrece programas que ayudan a las personas a pagar sus costos de Medicare, como las primas de Medicare. Estos Programas de ahorros de Medicare ayudan a las personas con ingresos y recursos limitados a ahorrar dinero cada año:

- **Beneficiario calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB):** ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare, y otros costos compartidos (como deducibles, coseguros y copagos). (Algunos beneficiarios de QMB también son elegibles para beneficios totales de Medicaid (QMB+)).
- **Beneficiario de Medicare con ingresos bajos específicos (Specified Low-Income Medicare Beneficiary, SLMB):** ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunos beneficiarios de SLMB también son elegibles para beneficios totales de Medicaid (SLMB+)).
- **Persona que reúne los requisitos (Qualifying Individual, QI):** ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Trabajadores discapacitados calificados (Qualified Disabled & Working Individuals, QDWI):** ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Sección 2.3 Área de servicio del plan para ATRIO Special Needs Plan (HMO D-SNP)

ATRIO Special Needs Plan (HMO D-SNP) está disponible solo para personas que viven en el área de servicio de nuestro plan. Para seguir siendo miembro de nuestro plan debe seguir viviendo en nuestra área de servicio del plan. El área de servicio se describe a continuación.

Nuestra área de servicio incluye el condado de Douglas en Oregon.

Si usted se muda fuera del área de servicio de nuestro plan, no puede seguir siendo miembro de este plan. Comuníquese con Servicios para los miembros al 1-877-672-8620 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) 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 o de medicamentos de Medicare en su nueva ubicación.

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

Sección 2.4 Ciudadano o nacional estadounidense, o no ciudadano elegible

Debe ser ciudadano estadounidense o nacional, o un no ciudadano elegible para ser miembro de un plan de salud de Medicare. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificará a ATRIO Special Needs Plan (HMO D-SNP) si usted no es elegible para seguir siendo miembro de nuestro plan según este requisito. ATRIO Special Needs Plan (HMO D-SNP) debe cancelar su inscripción si usted no cumple con este requisito.

SECCIÓN 3 Qué puede esperar cuando se inscriba por primera vez en nuestro plan

Sección 3.1 Evaluación de riesgos de salud (Health Risk Assessment, HRA)

Cuando se inscriba por primera vez en nuestro plan, obtendrá una evaluación de riesgos de salud (Health Risk Assessment, HRA) en un plazo de 90 días antes o después de la fecha de entrada en vigencia de su inscripción.

Debemos realizarle una HRA. La HRA es la base para desarrollar su plan de atención. La HRA incluye preguntas para identificar sus necesidades médicas, de salud conductual y funcionales.

Nos pondremos en contacto con usted para completar la HRA. La Evaluación de riesgos de salud (Health Risk Assessment, HRA) puede completarse por teléfono, correo postal o en nuestro sitio web en atriohp.com. Le enviaremos más información sobre esta HRA. Nos comunicaremos con usted anualmente para realizar actualizaciones y determinar si sus necesidades han cambiado.

Sección 3.2 Equipo de atención médica y plan de atención

Un equipo de atención médica puede ayudarlo para que siga recibiendo la atención médica que necesite. Un equipo de atención médica puede estar conformado por su médico, un coordinador de atención, los especialistas que consulta u otros profesionales de la salud de su elección.

Usted trabaja con un equipo de atención médica para elaborar un plan de atención basado en sus preferencias. Un plan de atención les indica a usted, sus médicos y otros proveedores de salud qué servicios necesita y cómo obtenerlos. Incluye su salud conductual y médica.

Su plan de atención incluye:

- sus objetivos de atención médica como los priorice usted, y
- un calendario para obtener los servicios que necesita.

Su equipo de atención médica se reúne con usted después de la Evaluación de riesgos de salud (Health Risk Assessment, HRA). Le preguntan acerca de los servicios que necesita. También le informan sobre los servicios que usted quizás considere recibir. Su equipo de atención médica trabaja con usted para actualizar su plan de atención al menos una vez al año o cuando sea necesario si hay cambios en su estado de salud.

SECCIÓN 4 Materiales importantes para miembros

Sección 4.1 Tarjeta de miembro de nuestro plan

Use su tarjeta de miembro cada vez que reciba servicios cubiertos por nuestro plan y para los medicamentos con receta que obtenga en farmacias de la red. También debe mostrarle su tarjeta de Medicaid al proveedor. Muestra de la tarjeta de miembro:

NO use la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para obtener los servicios médicos cubiertos mientras sea miembro de este plan. Si usa la tarjeta de Medicare en lugar de la tarjeta de miembro de ATRIO Special Needs Plan (HMO D-SNP), es posible que tenga que pagar usted mismo el costo total de los servicios médicos. Guarde la tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Se le podría pedir que la muestre si necesita servicios hospitalarios, servicios de hospicio o participa en estudios de investigación clínica aprobados por Medicare (también denominados ensayos clínicos).

Si la tarjeta de miembro de nuestro plan está dañada, se le pierde o se la roban, llame de inmediato a Servicios para los miembros al 1-877-672-8620 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para que le enviemos una tarjeta nueva.

Sección 4.2 Directorio de proveedores

El *Directorio de proveedores* disponible en atriohp.com enumera los proveedores actuales de nuestra red y los proveedores de equipo médico duradero. Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de la salud, grupos médicos, proveedores de equipo médico duradero, hospitales y otros centros de atención médica que han acordado con nosotros aceptar nuestros pagos y cualquier costo compartido del plan como pago total.

Debe usar proveedores de la red para recibir su atención médica y servicios. Si acude a otro lugar sin la debida autorización, tendrá que pagar la totalidad. Las únicas excepciones son las emergencias, los servicios de urgencia cuando la red no está disponible (es decir, situaciones en las que no es razonable o no es posible obtener servicios dentro de la red), servicios de diálisis fuera del área y casos en los que ATRIO Special Needs Plan (HMO D-SNP) autoriza el uso de proveedores fuera de la red.

La lista más actualizada de proveedores y distribuidores está disponible en nuestro sitio web en atriohp.com.

Si no tiene un *Directorio de proveedores*, puede solicitar una copia (electrónica o en papel) a Servicios para los miembros al 1-877-672-8620 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Las solicitudes de *Directorios de proveedores* en papel se le enviarán en un plazo de 3 días hábiles.

Sección 4.3 Directorio de farmacias

El *Directorio de farmacias* en atriohp.com enumera las farmacias de nuestra red. Las **farmacias de la red** son farmacias que aceptan surtir recetas para los miembros de nuestro plan. Puede utilizar el *Directorio de farmacias* para encontrar la farmacia de la red que desea utilizar. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.4 para obtener información sobre cuándo puede usar farmacias que no están en la red de nuestro plan.

Si no tiene un *Directorio de farmacias*, puede solicitar una copia a Servicios para los miembros al 1-877-672-8620 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). También puede encontrar esta información en nuestro sitio web en atriohp.com.

Sección 4.4 Lista de medicamentos (Formulario)

Nuestro plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos* (también llamada Lista de medicamentos o Formulario). Indica cuáles medicamentos con receta están cubiertos por el beneficio de la Parte D en ATRIO Special Needs Plan (HMO D-SNP). Los medicamentos de esta lista son seleccionados por nuestro plan, con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La Lista de medicamentos cumple con todos los requisitos de Medicare. Los medicamentos incluidos en el Programa de negociación de precios de medicamentos de Medicare (Medicare Drug Price Negotiation Program) se incluirán en su Lista de

medicamentos, a menos que hayan sido eliminados o reemplazados como se describe en el Capítulo 5, Sección 6. Medicare aprobó la Lista de medicamentos de ATRIO Special Needs Plan (HMO D-SNP).

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

Le daremos una copia de la Lista de medicamentos. Para obtener la información más completa y vigente sobre los medicamentos cubiertos, visite atriohp.com o llame a Servicios para los miembros al 1-877-672-8620 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

SECCIÓN 5 Resumen de costos importantes para 2027

	Sus costos en 2027
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser mayor que este monto. Consulte la Sección 5.1 para conocer los detalles.	**$0**
Deducible	**El deducible de la Parte B era de $283. Este es el monto de costo compartido para 2026 y puede cambiar para 2027. ATRIO Special Needs Plan (HMO D-SNP) suministrará los montos actualizados apenas se publiquen.**
Monto máximo que paga de su bolsillo Este es el monto máximo que pagará de su bolsillo por servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte el Capítulo 4 Sección 1 para obtener detalles).	**$9,850** **Usted no es responsable de ningún costo que paga de su bolsillo que se tome en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B.**
Consultas de atención primaria en el consultorio	**$0 de copago**
Consultas en el consultorio de un especialista	**$0 de copago por consulta**

	Sus costos en 2027
Hospitalizaciones Incluye varios tipos de hospitalizaciones, como cuidados agudos, rehabilitación y atención a largo plazo. Una hospitalización empieza el día en que lo ingresan formalmente con una orden del médico y termina el día anterior a cuando lo den de alta.	**Máximo que paga de su bolsillo por cuidados agudos para pacientes internados $4,235** **$0 de copago por cada hospitalización cubierta por Medicare.** **$0 de copago por 90 días adicionales de reserva de por vida.**
Cobertura para medicamentos de la Parte D (Consulte el Capítulo 6 para obtener detalles, incluyendo la Etapa del deducible anual, la Etapa de cobertura inicial y la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas).	**Deducible de la cobertura para medicamentos de la Parte D** **El monto de su deducible es $0 o $500 según el nivel de Ayuda adicional que recibe. Si no califica para recibir Ayuda adicional de Medicare para ayudar a pagar los costos de sus medicamentos con receta, su deducible es de $500.** **Copago/Coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:** **Dependiendo de su nivel de "Ayuda adicional", solo tiene que pagar los siguientes montos de costo compartido para sus medicamentos con receta:** **Para los medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca considerados genéricos):** • **$0 de copago o** • **$1.65 de copago o** • **$5.80 de copago o** • **de coseguro del costo total del medicamento** **Para todos los demás medicamentos cubiertos:** • **$0 de copago o** • **$5.00 de copago o** • **$14.40 de copago o**

	Sus costos en 2027
	• **de coseguro del costo total del medicamento** **Si no recibe "Ayuda adicional", consulte la Evidencia de Cobertura (EOC) para obtener más información sobre los montos de costo compartido para los medicamentos con receta.** **Etapa de cobertura en situaciones catastróficas:** **Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D ni por los medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado.**

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

- Prima del plan (Sección 5.1)
- Prima mensual de la Parte B de Medicare (Sección 5.2)
- Multa por inscripción tardía de la Parte D (Sección 5.3)
- Monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso (Sección 5.4)

Sección 5.1 Prima del plan

No es necesario que pague por separado la prima mensual del plan ATRIO Special Needs Plan (HMO D-SNP).

Sección 5.2 Prima mensual de la Parte B de Medicare

A muchos miembros se les exige que paguen otras primas de Medicare

A algunos miembros se les exige que paguen otras primas de Medicare. Tal como se explica en la Sección 2 más arriba, para poder ser elegible para nuestro plan, usted debe mantener su elegibilidad para Medicaid y también debe tener la Parte A y la Parte B de Medicare. Para la mayoría de los miembros de ATRIO Special Needs Plan (HMO D-SNP), Medicaid paga la prima de la Parte A (si no reúne los requisitos automáticamente) y la prima de la Parte B.

Si Medicaid no paga sus primas de Medicare por usted, debe continuar pagando sus primas de Medicare para seguir siendo miembro nuestro 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 5.3 Multa por inscripción tardía de la Parte D

Como tiene doble elegibilidad, la multa por inscripción tardía (Late Enrollment Penalty, LEP) no se aplica 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 acreditable para medicamentos. La cobertura acreditable para medicamentos con receta 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 de Medicare. El costo de la multa por inscripción tardía depende de cuánto tiempo estuvo sin otra cobertura acreditable para medicamentos con receta o de la Parte D. Por lo general, tendrá que pagar esta multa mientras tenga la cobertura de la Parte D.

Usted **no** tiene que pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D si:

- Recibe Ayuda adicional de Medicare para ayudar a pagar los costos de sus medicamentos.
- Usted estuvo menos de 63 días consecutivos sin la Parte D u otra cobertura acreditable.
- Tuvo una cobertura para medicamentos acreditable a través de otra fuente (como un empleador anterior, un sindicato, TRICARE o la Administración de Salud de Veteranos (Veterans Health Administration, VA)). Su asegurador o el departamento de recursos humanos le informarán cada año si su cobertura para medicamentos es una cobertura acreditable. Puede recibir esta información en una carta o boletín informativo de ese plan. Conserve esta información porque podría necesitarla si se inscribe más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.
    - **Nota**: Cualquier carta o aviso debe indicar que tenía una cobertura acreditable para medicamentos con receta que se preveía que pagaría el mismo monto que el plan estándar de medicamentos de Medicare.
    - **Nota**: Las tarjetas de descuento para medicamentos con receta, las clínicas gratuitas y los sitios web para el descuento de medicamentos no son cobertura acreditable para medicamentos con receta.

Medicare determina el monto de la multa por inscripción tardía de la Parte D. Así es como 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 bien, se cuenta la cantidad de meses completos en los que no tuvo cobertura acreditable para medicamentos si la interrupción de la cobertura fue de 63 días o más.

- Medicare determina el monto de la prima mensual promedio para los planes de medicamentos de Medicare en la nación desde el año anterior (prima base nacional del beneficiario). Para 2027, el monto promedio de la prima es de $41.33.
- Para calcular su multa mensual, Medicare multiplica el número de meses sin cobertura (porcentaje de multa) por el 1% de la prima base nacional del beneficiario y luego redondea ese monto a los 10 centavos más cercanos. Por ejemplo, si pasa 14 meses sin la Parte D u otra cobertura acreditable, la multa sería 14% multiplicado por $41.33, que es igual a $5.79. Esto se redondea a $5.80. Este monto se agregará **a la prima mensual del plan de una persona con una multa por inscripción tardía de la Parte D**.

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

- **La multa puede cambiar cada año**, ya que la prima base nacional del beneficiario puede cambiar cada año.
- **Por lo general, usted seguirá pagando una multa** cada mes durante el tiempo que esté inscrito en un plan que incluya los beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare, incluso si cambia de plan.
- Si usted es *menor* de 65 y está inscrito en Medicare, la multa por inscripción tardía de la Parte D se reajustará 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 está en desacuerdo con su multa por inscripción tardía de la Parte D, usted o su representante pueden solicitar una reconsideración (apelación) de la multa. La reconsideración es evaluada por una organización de revisión independiente que no está relacionada con nosotros. Por lo general, debe pedir la reconsideración **dentro de los 60 días** a partir de la fecha de la primera carta que recibió en la que se le informa que debe pagar una multa por inscripción tardía. Sin embargo, si usted pagó una multa antes de ingresar a nuestro plan, por lo general no tendrá otra oportunidad de solicitar una reconsideración de esa multa por inscripción tardía.

Sección 5.4 Monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso

Si pierde la elegibilidad para este plan debido a cambios en sus ingresos, a algunos miembros se les podría exigir el pago de un cargo adicional por su plan de Medicare, conocido como el Monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso (Income Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA) de la Parte D. El cargo adicional se calcula utilizando su ingreso bruto ajustado modificado según lo informado en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años. Si este monto es superior a cierto monto, pagará el monto de la prima estándar y el IRMAA adicional. Para obtener más información sobre el monto adicional que podría tener que pagar según sus ingresos, visite Medicare.gov/health-drug-plans/part-d/basics/costs.

Si debe pagar un IRMAA 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, usted recibirá una factura de Medicare. **Deberá pagar el IRMAA adicional al gobierno. No se puede pagar con su prima mensual del plan. Si no paga el IRMAA adicional, su inscripción en nuestro plan se cancelará y perderá la cobertura para medicamentos con receta.**

Si está en desacuerdo con pagar el IRMAA 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 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778).

Sección 5.5 Monto del Plan de pago de recetas de Medicare

Si está participando en el Plan de pago de recetas de Medicare, cada mes pagará la prima de su plan (si la tiene) y recibirá una factura de su plan de salud o de medicamentos por sus medicamentos con receta (en lugar de pagar en la farmacia). Su factura mensual se basa en lo que usted debe por cualquier receta que obtenga, además del saldo del mes anterior, dividido por la cantidad de meses que le quedan del año.

El Capítulo 2, Sección 7 explica más acerca del Plan de pago de recetas de Medicare. Si no está de acuerdo con el monto facturado como parte de esta opción de pago, puede seguir los pasos descritos en el Capítulo 9 para presentar una queja o apelación.

SECCIÓN 6 Más información sobre su prima mensual

Sección 6.1 La prima mensual de su plan no cambiará durante el año

No podemos cambiar el monto de la prima mensual de nuestro plan durante el año. Si la prima mensual del plan llegara a cambiar el próximo año, se lo informaremos en septiembre y la nueva prima entrará en vigencia el 1 de enero.

Si resulta ser elegible para Ayuda adicional o pierde su elegibilidad para Ayuda adicional durante el año, la parte de la prima de su plan que usted tiene que pagar podría cambiar. Si usted reúne los requisitos para Ayuda adicional con sus costos de cobertura para medicamentos, Ayuda adicional paga parte de su prima mensual del plan. Si usted pierde la elegibilidad para Ayuda adicional durante el año, será necesario que comience a pagar la prima mensual completa del plan. Encontrará más información sobre Ayuda adicional en el Capítulo 2, Sección 7.

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.

- Si pierde la Ayuda adicional, es posible que esté sujeto a la multa por inscripción tardía de la Parte D si cancela la inscripción en su plan y si pasa 63 días consecutivos o más sin otra cobertura acreditable para medicamentos o de la Parte D.

Encontrará más información sobre Ayuda adicional en el Capítulo 2, Sección 7.

SECCIÓN 7 Mantener actualizado su registro de miembro de su plan

Su registro de miembro contiene información del formulario de inscripción, incluso su dirección y número de teléfono. Muestra la cobertura específica de su plan, que incluye su proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) y Asociación de Médicos Independientes (Independent Physician Association, IPA).

Los médicos, hospitales, farmacéuticos y demás proveedores de la red de nuestro plan **utilizan su registro de miembro para saber cuáles son los servicios y medicamentos que están cubiertos y los montos de costo compartido**. Es por ello que es muy importante ayudarnos a mantener actualizada su información.

Si tiene alguno de estos cambios, infórmenos:

- Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono
- Cambios en cualquier otra cobertura de salud que tenga (por ejemplo, de su empleador, del empleador de su cónyuge o pareja doméstica, compensación laboral o Medicaid)
- Cualquier reclamación de responsabilidad civil, por ejemplo, por un accidente automovilístico
- Si ingresa 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 usted participa en un estudio de investigación clínica (**Nota**: No está obligado a informarle a nuestro plan sobre los estudios de investigación clínica en los que tiene la intención de participar, pero lo alentamos a que lo haga).

Si hay algún cambio en esta información, llame a Servicios para los miembros al 1-877-672-8620 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

También es importante que se comunique con el Seguro Social si se muda o cambia su dirección postal. Llame al Seguro Social al 1-800-772-1213 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778).

SECCIÓN 8 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

Medicare requiere que recopilemos información sobre cualquier otra cobertura para atención médica o cobertura para medicamentos que usted tenga de manera que podamos coordinar cualquier otra cobertura con los beneficios que usted tiene a través de nuestro plan. Esto se denomina **coordinación de beneficios**.

Una vez al año, le enviaremos una carta con el detalle de las demás coberturas para atención médica o de cobertura para medicamentos que sean de nuestro conocimiento. Lea detenidamente esta información. Si es correcta, no será necesario que usted haga nada. Si la información no es correcta, o si usted cuenta con alguna otra cobertura que no se menciona, llame a Servicios para los miembros al 1-877-672-8620 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Usted podría necesitar proporcionarles el número de identificación de miembro de nuestro plan a sus otros seguros (una vez que confirme 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 de Medicare que determinan si nuestro plan o su otro seguro paga en primer término. El seguro que paga en primer término (el “pagador principal”) paga hasta el límite de su cobertura. El seguro que paga en segundo término (el “pagador secundario”) paga solo si quedaron costos sin cubrir por 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 principal 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 (no-fault) (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 y/o los planes de salud grupales del empleador hayan pagado.

CAPÍTULO 2:

Números de teléfono y recursos

SECCIÓN 1 Contactos de ATRIO Special Needs Plan (HMO D-SNP)

Para obtener ayuda con las reclamaciones o la facturación, o si tiene alguna pregunta sobre la tarjeta de miembro, llame o escriba a Servicios para los miembros de ATRIO Special Needs Plan (HMO D-SNP). Con gusto lo ayudaremos.

Servicios para los miembros - Información de contacto	
Llame al	1-877-672-8620 Las llamadas a este número son gratuitas. Todos los días de 8 a.m. a 8 p.m., hora local Servicios para los miembros 1-877-672-8620 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) también ofrece un servicio gratuito de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Todos los días de 8 a.m. a 8 p.m., hora local
Escriba a	ATRIO Health Plans 550 Hawthorne Ave SE, Suite 140 Salem, OR 97301 customerservice@atriohp.com
Sitio web	atriohp.com

Cómo solicitar una decisión de cobertura sobre su atención médica o sus medicamentos de la Parte D

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y la cobertura, o con relación al monto que pagamos por sus servicios médicos o sus medicamentos de la Parte D. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura sobre su atención médica o sus medicamentos de la Parte D, consulte el Capítulo 9.

Decisiones de cobertura para atención médica o sus medicamentos de la Parte D - Información de contacto	
Llame al	1-877-672-8620 Las llamadas a este número son gratuitas. Todos los días de 8 a.m. a 8 p.m., hora local
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Todos los días de 8 a.m. a 8 p.m., hora local
Escriba a	ATRIO Health Plans Attn: Medical Management Department 550 Hawthorne Ave SE, Suite 140 Salem, OR 97301
Sitio web	atriohp.com

Cómo presentar una apelación sobre su atención médica o sus medicamentos de la Parte D

Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura. Para obtener más información acerca de cómo presentar una apelación sobre su atención médica o sus medicamentos de la Parte D, consulte el Capítulo 9.

Apelaciones sobre la atención médica o sus medicamentos de la Parte D – Información de contacto	
Llame al	1-877-672-8620 Las llamadas a este número son gratuitas. Todos los días de 8 a.m. a 8 p.m., hora local
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Todos los días de 8 a.m. a 8 p.m., hora local
Escriba a	ATRIO Health Plans ATTN: Medical Management Department 550 Hawthorne Ave SE, Suite 140 Salem, OR 97301

Apelaciones sobre la atención médica o sus medicamentos de la Parte D – Información de contacto	
Sitio web	atriohp.com

Cómo presentar una queja sobre su atención médica o sus medicamentos de la Parte D

Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre alguno de nuestros proveedores de la red o farmacias, 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 acerca de cómo presentar una queja sobre su atención médica o sus medicamentos de la Parte D, consulte el Capítulo 9.

Quejas sobre la atención médica o sus medicamentos de la Parte D – Información de contacto	
Llame al	1-877-672-8620 Las llamadas a este número son gratuitas. Todos los días de 8 a.m. a 8 p.m., hora local
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Todos los días de 8 a.m. a 8 p.m., hora local
Escriba a	ATRIO Health Plans Attn: Appeals and Grievances PO Box 5600 Scranton, PA 18505
Sitio web de Medicare	Para presentar una queja sobre ATRIO Special Needs Plan (HMO D-SNP) directamente a Medicare, visite Medicare.gov/my/medicare-complaint.

Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde del costo de la atención médica o medicamento que recibió

A ATRIO Special Needs Plan (HMO D-SNP) no se le permite reembolsar a los miembros por beneficios cubiertos por Medicaid.

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 que paguemos la factura del proveedor. Consulte el Capítulo 7 para obtener más información.

Si nos envía una solicitud de pago y le denegamos alguna parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Consulte el Capítulo 9 para obtener más información.

Solicitudes de pago - Información de contacto	
Llame al	1-877-672-8620 Las llamadas a este número son gratuitas. Todos los días de 8 a.m. a 8 p.m., hora local
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Todos los días de 8 a.m. a 8 p.m., hora local
Escriba a	**Atención médica:** ATRIO Health Plans 550 Hawthorne Ave SE, Suite 140 Salem, OR 97301 **Parte D:** MedImpact Healthcare Systems, Inc. PO Box 509108 San Diego, CA 92150-9108
Sitio web	atriohp.com

SECCIÓN 2 Cómo recibir ayuda de Medicare

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

La agencia federal a cargo de Medicare son los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS). Esta agencia celebra contratos con organizaciones de Medicare Advantage, incluido nuestro plan.

Medicare – Información de contacto	
Llame al	1-800-MEDICARE (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 requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultad auditiva o del habla.

Medicare – Información de contacto	
	Las llamadas a este número son gratuitas.
Chat en vivo	Chat en vivo en Medicare.gov/talk-to-someone.
Escriba a	Escriba a Medicare a PO Box 1270, Lawrence, KS 66044
Sitio web	Medicare.gov • Obtenga información sobre los planes de salud y de medicamentos de Medicare en su área, incluidos sus costos y los servicios que brindan. • Busque médicos u otros proveedores de atención médica y suministradores que participan en Medicare. • Averigüe qué cubre Medicare, incluidos los servicios preventivos (como pruebas de detección, inmunizaciones o vacunas y consultas anuales de “bienestar”). • Obtenga información y formularios sobre apelaciones de Medicare. • Obtenga información sobre la calidad de la atención que brindan los planes, centros de cuidados, hospitales, médicos, agencias de atención médica a domicilio, centros de diálisis, hospicios, centros de rehabilitación para pacientes internados y hospitales de atención a largo plazo. • Busque sitios web y números de teléfono útiles. También puede visitar el sitio web Medicare.gov para informar a Medicare sobre cualquier queja que tenga de ATRIO Special Needs Plan (HMO D-SNP). **Para presentar una queja ante Medicare,** visite Medicare.gov/my/medicare-complaint. Medicare toma sus quejas con seriedad y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare.

SECCIÓN 3 Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP)

El Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa gubernamental que cuenta con asesores capacitados en cada estado y que

ofrece ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas acerca de Medicare. En Oregon, el SHIP se denomina Oregon Senior Health Insurance Benefits Assistance (SHIBA).

Oregon Senior Health Insurance Benefits Assistance (SHIBA) es un programa estatal independiente (que no tiene relación con ninguna compañía de seguros ni plan de salud) que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros médicos, a nivel local y de forma gratuita, a las personas que tienen Medicare.

Los asesores del Oregon Senior Health Insurance Benefits Assistance (SHIBA) pueden ayudarlo a que entienda sus derechos en relación con Medicare, a presentar quejas sobre la atención médica o el tratamiento médico y a solucionar problemas con las facturas de Medicare. Los asesores del Oregon Senior Health Insurance Benefits Assistance (SHIBA) también pueden ayudarlo con preguntas o problemas relacionados con Medicare y ayudarlo a comprender las opciones de los planes de Medicare y a responder preguntas sobre cómo cambiar de plan.

	Oregon Senior Health Insurance Benefits Assistance (SHIBA) - Información de contacto
Llame al	1-800-722-4134 8 a.m. a 5 p.m. hora local, de lunes a viernes
TTY	711
Escriba a	Senior Health Insurance Benefits Assistance (SHIBA) Department of Consumer and Business Services 350 Winter Street NE, Room 330 Salem, OR 97309-0405 shiba.oregon@odhsoha.oregon.gov
Sitio web	https://shiba.oregon.gov/Pages/index.aspx

SECCIÓN 4 Organización para la mejora de la calidad (Quality Improvement Organization, QIO)

Una Organización para la mejora de la calidad (Quality Improvement Organization, QIO) designada que trabaja para los beneficiarios de Medicare en cada estado. Para Oregon, la Organización para la mejora de la calidad se denomina Acentra Health (Oregon's Quality Improvement Organization).

Acentra Health (Oregon's Quality Improvement Organization) tiene un grupo de médicos y otros profesionales de la salud a quienes Medicare paga para controlar y ayudar a mejorar la calidad de la atención de las personas con Medicare. Acentra Health (Oregon's Quality Improvement Organization) es una organización independiente. No tiene ninguna relación con nuestro plan.

Comuníquese con Acentra Health - Oregon's Quality Improvement Organization en cualquiera de estas situaciones:

- Tiene una queja sobre la calidad de la atención que recibió. Los ejemplos de inquietudes sobre la calidad de la atención incluyen recibir el medicamento equivocado, las pruebas o los procedimientos innecesarios o un diagnóstico erróneo.
- 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 un Centro de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) finaliza demasiado pronto.

	Acentra Health (Oregon's Quality Improvement Organization) - Información de contacto
Llame al	1-888-305-6759 9 a.m. a 5 p.m. hora local, de lunes a viernes; y de 10 a.m. a 4 p.m. los fines de semana y feriados
Escriba a	Acentra Health/Oregon's Quality Improvement Organization 1650 Summit Lake Dr., Suite 102 Tallahassee, FL 32317
Sitio web	https://www.acentraqio.com/

SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social determina la elegibilidad y maneja las inscripciones en Medicare. El Seguro Social también es responsable de determinar quiénes deben pagar un monto adicional por la cobertura de medicamentos de la Parte D debido a que tienen un ingreso mayor. Si recibió una carta de parte del Seguro Social en la que se le 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 de dichos cambios.

Seguro Social - Información de contacto	
Llame al	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas.

Seguro Social - Información de contacto	
	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.
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	SSA.gov

SECCIÓN 6 Medicaid

Medicaid es un programa conjunto del estado y del gobierno federal que brinda ayuda con los costos médicos a determinadas personas con ingresos y recursos limitados.

- **Beneficiario calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB):** ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare, y otros costos compartidos (como deducibles, coseguros y copagos). (Algunos beneficiarios de QMB también son elegibles para beneficios totales de Medicaid (QMB+)).
- **Beneficiario de Medicare con ingresos bajos específicos (Specified Low-Income Medicare Beneficiary, SLMB):** ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunos beneficiarios de SLMB también son elegibles para beneficios totales de Medicaid (SLMB+)).
- **Persona que reúne los requisitos (Qualifying Individual, QI):** ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Trabajadores discapacitados calificados (Qualified Disabled & Working Individuals, QDWI):** ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Si tiene preguntas sobre la ayuda que recibe de Medicaid, llame a Oregon Health Plan (Medicaid).

Oregon Health Plan (Medicaid) - Información de contacto	
Llame al	1-800-699-9075 De 7 a. m. a 6 p. m. hora del Pacífico (PT), de lunes a viernes

Oregon Health Plan (Medicaid) - Información de contacto	
Escriba a	Oregon Health Plan P.O. Box 14015 Salem, OR 97309
Sitio web	https://www.oregon.gov/OHA/HSD/OHP/Pages/index.aspx

La Oficina de defensa del gobernador (Governor's Advocacy Office) 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.

Long-Term Care Ombudsman: información de contacto	
Llame al	1-800-522-2602 1-503-378-6533 8 a. m. a 5 p. m. hora local, de lunes a viernes
TTY	711
Escriba a	Long-Term Care Ombudsman 830 D St. NE Salem, OR 97301 Correo electrónico: *goa.info@dhsoha.state.or.us*
Sitio web	https://www.oltco.org/oltco/index.html

La Office of the Oregon Long-Term Care Ombudsman ayuda a las personas a obtener información sobre centros de cuidados y a resolver problemas entre los centros de cuidados y los residentes y sus familiares.

Long-Term Care Ombudsman Program: información de contacto	
Llame al	1-800-522-2602 1-503-378-6533 8 a. m. a 5 p. m. hora local, de lunes a viernes
TTY	711
Escriba a	Office of the LTC Ombudsman 830 D St. NE Salem, OR 97301

	ltco.info@rights.oregon.gov
Sitio web	https://www.oltco.org/

SECCIÓN 7 Programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos con receta

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

Ayuda adicional de Medicare

Dado que usted es elegible para Medicaid, reúne los requisitos y recibe Ayuda adicional de Medicare para pagar los costos de su 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:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048,
- A la Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, de 8 a.m. a 7 p.m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778; o
- A la oficina de Medicaid de su estado (Consulte la Sección 6 de este capítulo para obtener información de contacto).

Si usted considera que está pagando un monto incorrecto por su medicamento con receta en una farmacia, nuestro plan tiene un proceso para ayudarlo a obtener las pruebas del monto correcto del copago. Si ya tiene pruebas del monto correcto, podemos ayudarlo a compartir esas pruebas con nosotros.

- Cuando recibamos y verifiquemos el aviso de su parte, de parte de una farmacia, un defensor, un representante, un familiar u otra persona en su nombre que declare que a usted se le está solicitando pagar un costo compartido que no corresponde; el plan debe recibir documentación que respalde el cambio de su costo compartido. Se aceptarán uno o más de los siguientes documentos:
    - Una copia de su tarjeta de beneficiario de Oregon Health Plan (Medicaid) (Medicaid) en donde figure su nombre y fecha de elegibilidad durante un mes posterior a junio del año calendario anterior;
    - Una copia de un documento estatal que confirme el estado activo en Oregon Health Plan (Medicaid) (Medicaid) durante un mes posterior a junio del año calendario anterior;

  - Una impresión del archivo de inscripción electrónica estatal que muestre el estado en Oregon Health Plan (Medicaid) (Medicaid) durante un mes posterior a junio del año calendario anterior;
  - Una captura de pantalla de los sistemas de Oregon Health Plan (Medicaid) (Medicaid) del estado que muestre el estado en Oregon Health Plan (Medicaid) (Medicaid) durante un mes posterior a junio del año calendario anterior;
  - Otra documentación suministrada por el estado que muestre el estado en Oregon Health Plan (Medicaid) (Medicaid) durante un mes posterior a junio del año calendario anterior;
  - Una copia de la carta de otorgamiento de la Administración del Seguro Social (Social Security Administration, SSA) en la que se indique que califica para recibir Ayuda adicional;
  - Un comprobante del establecimiento que muestre el pago de Oregon Health Plan (Medicaid) (Medicaid) correspondiente a un mes calendario completo para esa persona durante un mes posterior a junio del año calendario anterior;
  - Una copia de un documento estatal que confirme el pago de Oregon Health Plan (Medicaid) (Medicaid) en nombre de la persona al establecimiento por un mes calendario completo posterior a junio del año calendario anterior;
  - Una captura de pantalla del sistema de Oregon Health Plan (Medicaid) (Medicaid) del estado que muestre el estado de la persona a nivel institucional, con base en una estadía de al menos un mes calendario completo para fines de pago de Oregon Health Plan (Medicaid) (Medicaid) durante un mes posterior a junio del año calendario anterior.
- Cuando recibamos las pruebas que demuestren el nivel correcto de copago, actualizaremos nuestro sistema para que usted pueda pagar el monto correcto de copago cuando obtenga su próximo medicamento con receta. Si el copago que paga es superior a lo que le correspondería pagar, le reembolsaremos el dinero, ya sea mediante cheque o mediante un crédito de copago futuro. Si la farmacia no cobró su copago y usted tiene una deuda con dicha farmacia, es posible que efectuemos el pago directamente a la farmacia. Si el estado pagó en su nombre, tal vez le paguemos directamente al estado. Llame a Servicios para los miembros al 1-877-672-8620 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) si tiene preguntas.

¿Qué ocurre si tiene Ayuda adicional y cobertura del Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP)?

El Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a que las personas con VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH que salvan vidas. Los medicamentos de la Parte D de Medicare que también están en el formulario ADAP califican para la ayuda con los costos compartidos para los medicamentos con receta mediante el CAREAssist Program.

A continuación, encontrará el Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA que funciona en su estado.

Oregon AIDS Drug Assistance Program (ADAP)	
Llame al	1-971-673-0144 8 a.m. a 5 p.m. hora local, de lunes a viernes
TTY	711
Escriba a	CAREAssist Program 800 NE Oregon Street, Suite 1105 Portland, OR 97232
Sitio web	https://www.oregon.gov/oha/ph/DiseasesConditions/HIVSTDViralHepatitis/HIVCareTreatment/CAREAssist/Pages/index.aspx

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 de 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, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al Oregon AIDS Drug Assistance Program (ADAP).

SECCIÓN 8 Junta de jubilación para ferroviarios (RRB)

La Junta de jubilación para ferroviarios (Railroad Retirement Board, RRB) es una agencia federal independiente que administra los programas integrales de beneficios destinados a los trabajadores ferroviarios del país y a sus familias. Si usted recibe Medicare a través de la Junta de jubilación para ferroviarios, comunique si se muda o cambia su dirección postal. Para preguntas sobre los beneficios de la Junta de jubilación para ferroviarios (RRB), comuníquese con la agencia.

Junta de jubilación para ferroviarios (RRB) - Información de contacto	
Llame al	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Presione “0” para hablar con un representante de la RRB de 9 a.m. a 3:30 p.m. los lunes, martes, jueves y viernes, y de 9 a.m. a 12 p.m. los miércoles. Presione “1” para acceder a la Línea de ayuda automatizada e información grabada de la RRB durante las 24 horas, incluidos los fines de semana y días feriados.
TTY	1-312-751-4701

Junta de jubilación para ferroviarios (RRB) - Información de contacto	
	Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultad auditiva o del habla. Las llamadas a este número no son gratuitas.
Sitio web	https://RRB.gov

CAPÍTULO 3:

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

SECCIÓN 1 Cómo obtener atención médica y otros servicios cubiertos como miembro de nuestro plan

Este capítulo explica lo que usted debe saber sobre cómo utilizar el plan para obtener cobertura para su atención médica y otros servicios cubiertos. Para obtener detalles sobre qué tipo de atención médica y otros servicios cubre nuestro plan, consulte la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4.

Sección 1.1 Proveedores de la red y servicios cubiertos

- Los **proveedores** son los médicos y otros profesionales de la salud autorizados por el estado para brindar atención y servicios médicos. El término “proveedores” también incluye hospitales y otros centros de atención médica.
- Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de la salud, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que han acordado con nosotros aceptar nuestros pagos como pago completo. Hicimos un acuerdo para que estos proveedores 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.
- Los **servicios cubiertos** incluyen toda la atención médica, los servicios de atención médica, los suministros, los equipos y los medicamentos con receta que están cubiertos por nuestro plan. Los servicios cubiertos de atención médica se incluyen en la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4. Los servicios cubiertos para medicamentos con receta se analizan en el Capítulo 5.

Sección 1.2 Normas básicas para obtener su atención médica cubierta y otros servicios cubiertos por nuestro plan

Como plan de salud de Medicare y Medicaid, ATRIO Special Needs Plan (HMO D-SNP) debe cubrir todos los servicios cubiertos por Original Medicare y puede ofrecer otros servicios además de aquellos que están cubiertos por Original Medicare. (Consulte el Capítulo 4, Sección 2.1 para obtener más información).

ATRIO Special Needs Plan (HMO D-SNP) cubrirá, por lo general, su atención médica, siempre y cuando:

- **La atención que reciba esté incluida en la Tabla de beneficios médicos de nuestro plan** en el Capítulo 4.
- **La atención que reciba se considere médicamente necesaria.** Médicamente necesario significa que los servicios, suministros, equipos o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.
- **Usted tiene un proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) de la red que brinda y supervisa su atención.** Como miembro de nuestro plan, usted debe elegir a un PCP (consulte la Sección 2.1 para obtener más información).
  - En la mayoría de los casos, nuestro plan deberá aprobarlo por adelantado (una remisión) antes de que usted pueda acudir a otros proveedores de la red de nuestro plan, tales como especialistas, hospitales, centros de atención de enfermería especializada o agencias de atención médica a domicilio. Para obtener más información, consulte la Sección 2.3.
  - Usted no requiere remisiones de su PCP para atención de emergencia o servicios de urgencia. Para aprender sobre otros tipos de atención que puede recibir sin necesidad de obtener la aprobación por adelantado de su PCP, consulte la Sección 2.2.
- **Debe recibir su atención médica de un proveedor de la red** (consulte la Sección 2). 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. Existen 3 excepciones*:*
  - Nuestro plan cubre los servicios de atención de emergencia o de urgencia que usted obtenga de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información y ver qué servicios de emergencia o urgencia hay, consulte la Sección 3.
  - Si necesita recibir atención médica que Medicare o Medicaid 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. Se debe obtener la autorización de su plan antes de buscar atención. En esta situación, cubriremos estos servicios como si recibiera la atención de un proveedor de la red. Para obtener más información sobre cómo obtener la aprobación para consultar a un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.4.
  - Nuestro plan cubre los servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando usted está temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o cuando, temporalmente, su proveedor para este servicio no está disponible o no se puede acceder a este. El costo compartido que paga a nuestro plan por diálisis nunca puede ser mayor al costo compartido en Original Medicare. Si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan y obtiene la diálisis de un proveedor que está fuera de la red de nuestro 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 de nuestra área de servicio de un proveedor fuera de la red de nuestro plan, el costo compartido de la diálisis puede ser más alto.

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

Sección 2.1 Usted debe elegir a un Proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) para que le brinde atención médica y la supervise

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

¿Qué es un PCP?

Un proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) es un proveedor que usted eligió para proporcionar o coordinar sus servicios de atención médica.

¿Qué tipos de proveedores pueden actuar como PCP?

Generalmente los PCP son médicos, asistentes médicos y enfermeros especializados en medicina de familia, medicina interna o medicina general que cumplen con los requisitos del estado y están capacitados para prestarle atención médica básica.

¿Cuál es la función de un PCP en su plan?

Generalmente, usted consultará a su PCP primero para la mayoría de sus necesidades de atención médica. Su PCP le proporcionará la mayor parte de la atención y lo ayudará a organizar o coordinar el resto de los servicios cubiertos que recibe como miembro de nuestro plan. Esto incluye:

- Radiografías
- Análisis de laboratorio
- Terapias
- Atención de médicos especialistas
- Hospitalizaciones
- Atención de seguimiento

¿Cuál es el papel del PCP en la toma de decisiones o en la obtención de una autorización previa (Prior Authorization, PA), si corresponde?

Para ciertos tipos de servicios cubiertos, su PCP tendrá que obtener una autorización previa (aprobación por adelantado) del plan.

¿Cuál es el papel del PCP en la coordinación de los servicios cubiertos?

La coordinación de sus servicios incluye una verificación o una consulta con otros proveedores sobre su atención y cómo su atención se está desarrollando.

Cómo elegir un PCP

Para elegir un PCP, busque en la lista de Proveedores de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) consultando el Directorio de proveedores o visitando nuestro sitio web en atriohp.com. Una vez que haya seleccionado a su PCP y verificado que este proveedor está aceptando pacientes nuevos, llame a Servicios para los miembros para actualizar el registro de su PCP. Si necesita ayuda, comuníquese con Servicios para los miembros al número de teléfono que figura en la contratapa de este documento.

Cómo cambiar de PCP

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

Para cambiar su PCP, primero debe comunicarse con el consultorio de su nuevo PCP para asegurarse de que puede prestarle servicios como su nuevo PCP. Una vez hecho eso, puede llamar a Servicios para los miembros de ATRIO Health Plans para informarnos del cambio. Servicios para los miembros actualizará su información. El cambio de su PCP entrará en vigencia en cuanto usted notifique a Servicios para los miembros.

Si su PCP abandona la red de proveedores de nuestro plan, usted debe elegir otro proveedor que sea parte de nuestro plan para evitar pagar costos que paga de su bolsillo más elevados. Cada PCP del plan podría remitirlo a diferentes especialistas u hospitales del plan. Esto significa que el PCP que elija puede determinar los especialistas que puede consultar o el hospital al que puede acudir. Servicios para los miembros puede ayudarlo a buscar y elegir otro PCP.

Sección 2.2 Atención médica y otros servicios cubiertos que puede recibir sin una remisión de su PCP

Puede recibir los servicios que figuran a continuación sin obtener una aprobación por adelantado de su PCP.

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

- Los servicios de urgencia cubiertos por el plan son aquellos que requieren atención médica inmediata (pero que no son una emergencia) si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o, si no es razonable, dados el momento, el lugar y las circunstancias, obtener este servicio de los proveedores de la red. Ejemplos de servicios de urgencia son enfermedades y lesiones imprevistas, o exacerbaciones inesperadas de afecciones existentes. Las consultas de rutina a proveedores que sean médicamente necesarias (como los chequeos anuales) no se consideran de urgencia, incluso si usted se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o si la red de nuestro plan no está disponible temporalmente.
- Servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando usted está temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan. Si es posible, llame a Servicios para los miembros al 1-877-672-8620 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) antes de salir del área de servicio para que podamos ayudarlo a obtener diálisis de mantenimiento mientras se encuentra fuera del área de servicio.

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

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

- Los oncólogos tratan a los pacientes que tienen cáncer
- Los cardiólogos tratan a los pacientes que tienen afecciones cardíacas
- Los ortopedistas tratan a los pacientes que tienen determinadas afecciones óseas, articulares o musculares

Cómo obtener acceso a especialistas y otros proveedores de la red

Nuestro plan no requiere que usted obtenga una remisión para consultar a un especialista; sin embargo, los especialistas a menudo requieren una remisión de su PCP. Si hay especialistas determinados a los que desea consultar, averigüe si su PCP envía pacientes a esos especialistas. Cada PCP del plan podría remitirlo a ciertos especialistas del plan. Esto significa que el PCP que elija puede determinar los especialistas a los que puede acudir. Generalmente, el especialista o su PCP le solicitarán cualquier autorización previa que fuera necesaria. Sin embargo, es su responsabilidad asegurarse de haber obtenido la autorización previa antes de que se presten los servicios. Consulte los detalles en el Capítulo 4, Sección 2.1 para conocer los servicios que requieren una autorización.

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

Podemos realizar cambios en los hospitales, los médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de nuestro plan durante el año. Si su médico o especialista deja de estar en nuestro 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.
  - Si su proveedor de atención primaria o de salud conductual deja de estar en nuestro plan, le notificaremos si ha consultado a ese proveedor en los últimos 3 años.
  - Si alguno de sus otros proveedores deja nuestro plan, le notificaremos si está asignado al proveedor, actualmente recibe atención de este o lo ha visitado en los últimos 3 meses.
- Lo ayudaremos a elegir un nuevo proveedor calificado dentro de la red para continuar administrando sus necesidades de atención médica.
- Si está recibiendo terapias o tratamientos médicos con su proveedor actual, tiene derecho a solicitar continuar con los tratamientos o las terapias médicamente necesarios. Trabajaremos con usted para que pueda seguir recibiendo atención médica.
- Le proporcionaremos información sobre los diferentes períodos de inscripción a su disposición y las opciones que tenga para cambiar de plan.
- Cuando un proveedor de la red o un beneficio no estén disponibles o sean insuficientes para satisfacer sus necesidades médicas, organizaremos cualquier beneficio cubierto médicamente necesario fuera de nuestra red de proveedores con el costo compartido de la red. Se debe obtener la autorización del plan antes de buscar atención.
- Si se entera de que su médico o especialista dejará nuestro 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 Organización para la mejora de la calidad (Quality Improvement Organization, QIO), un reclamo de calidad de la atención de nuestro plan, o ambas opciones (consulte el Capítulo 9).

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

En la mayoría de los casos, no se cubrirá la atención que reciba de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no forme parte de la red de nuestro plan). Se debe obtener la autorización del plan antes de buscar este tipo de atención fuera de la red. Usted o su proveedor pueden solicitar autorización previa al plan. Si se aprueba, cubriremos estos servicios como si recibiera la atención de un proveedor de la red. Existen tres excepciones:

- El plan cubre los servicios de atención de emergencia o de urgencia que usted reciba de un proveedor fuera de la red. No se necesita autorización previa. 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 y los proveedores de nuestra red no pueden proporcionar esa atención, puede obtener la atención de un proveedor fuera de la red.
- El plan cubre servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando está transitoriamente fuera del área de servicio del plan. No se requiere autorización previa.

SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios en una emergencia, desastre o necesidad urgente de atención

Sección 3.1 Obtenga atención si tiene una emergencia médica

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 atención médica inmediata para evitar que pierda la vida (y, si está embarazada, la pérdida de un hijo por nacer), una extremidad o la función de una extremidad, o la pérdida o 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:

- **Busque ayuda lo más rápido posible.** Llame al 911 para pedir ayuda o acuda a la sala de emergencias u hospital más cercano. Pida una ambulancia por teléfono si la necesita. No es necesario que primero obtenga la autorización o una remisión de su PCP. No necesita acudir a un médico de la red. Usted puede obtener atención médica de emergencia cubierta cada vez que la necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios, y de cualquier proveedor con una licencia estatal apropiada incluso si no forma parte de nuestra red.
- **Tan pronto como sea posible, asegúrese de que se le haya informado a nuestro plan acerca de 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. Llámenos al 1-877-672-8620 (TTY 711) todos los días de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, para que podamos ayudarlo.

Servicios cubiertos en una emergencia médica

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

Los médicos que le brindan atención de emergencia decidirán en qué momento se estabiliza la afección y finaliza la emergencia médica.
Una vez que finaliza la emergencia, usted tiene derecho a recibir atención de seguimiento para garantizar que siga estando estable. Sus médicos continuarán tratándolo hasta que se comuniquen con

nosotros y hagan planes para que reciba atención adicional. Nuestro plan cubre su 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 pasa si no se trataba de una emergencia médica?

Algunas veces, puede ser difícil darse cuenta si está ante una emergencia médica. Por ejemplo, podría acudir a la atención de emergencia (porque considera que su salud está en grave peligro) y encontrarse con que el médico le dice 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.

Sin embargo, una vez que el médico haya determinado que no era una emergencia, cubriremos la atención médica adicional solo si la recibe de alguna de estas 2 formas:

- Acude a un proveedor de la red para obtener atención adicional.
- La atención adicional que recibe se considera atención de urgencia y usted sigue las normas para obtenerla.

Sección 3.2 Obtenga atención médica cuando tiene una necesidad urgente de recibir servicios

Un servicio que requiere atención médica inmediata (pero que no es una emergencia) es un servicio de urgencia si usted está temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o si no es razonable, dado su tiempo, lugar y circunstancias, obtener este servicio de parte de proveedores de la red. Ejemplos de servicios de urgencia son enfermedades y lesiones imprevistas, o exacerbaciones inesperadas de afecciones existentes. Sin embargo, las consultas de rutina a proveedores que sean médicamente necesarias, como los chequeos anuales, no se consideran de urgencia, incluso si usted se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o si la red de nuestro plan no está disponible temporalmente.

Cuando se encuentre fuera del área de servicio y no pueda obtener atención de un proveedor de la red, nuestro plan cubrirá los servicios de urgencia que reciba de cualquier proveedor al monto menor correspondiente a los costos compartidos dentro de la red. Comience por llamar al consultorio de su proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP). Si no puede comunicarse con su PCP, busque atención en una clínica de atención de urgencia. Usted puede buscar clínicas de atención de urgencia en nuestro Directorio de proveedores o llamar a Servicios para los miembros para pedir ayuda.

Comience por llamar al consultorio de su proveedor de atención primaria. Si no puede comunicarse con su PCP, busque atención en una clínica de atención de urgencia.

Nuestro plan no cubre servicios de emergencia, servicios de urgencia, ni ningún otro servicio recibido 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 atención médica a través de nuestro plan.

Visite atriohp.com para obtener información sobre cómo recibir la atención que necesita durante un desastre.

Si no puede consultar con un proveedor de la red durante un desastre, nuestro plan le permitirá recibir atención de proveedores fuera de la red al costo compartido dentro de la red. Si, durante un desastre, no puede utilizar una farmacia de la red, es posible que pueda surtir sus recetas en una farmacia fuera de la red. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.4.

SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si le facturan de manera directa el costo total de los servicios cubiertos?

A ATRIO Special Needs Plan (HMO D-SNP) no se le permite reembolsar a los miembros por beneficios cubiertos por Medicaid. Si pagó por sus servicios cubiertos, o si usted recibe una factura por los servicios médicos cubiertos, puede solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde del costo de los servicios cubiertos. Consulte el Capítulo 7 para obtener información sobre lo que debe hacer.

Sección 4.1 Si nuestro plan no cubre los servicios

ATRIO Special Needs Plan (HMO D-SNP) cubre todos los servicios médicamente necesarios que se enumeran en la Tabla de beneficios en el Capítulo 4. Si obtiene servicios fuera de la red o no cubiertos por nuestro plan sin autorización y no son de emergencia ni urgencia, usted es responsable de pagar el costo total de los servicios.

Para los servicios cubiertos que tienen una limitación para los beneficios, usted también paga el costo total de cualquier servicio que reciba después de que haya utilizado la totalidad del beneficio para ese tipo de servicio cubierto.

SECCIÓN 5 Servicios médicos en un estudio de investigación clínica

Sección 5.1 Qué es un estudio de investigación clínica

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

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Original Medicare paga la mayor parte de los costos por los servicios cubiertos que usted reciba como parte del estudio. Si nos dice que participa en un ensayo clínico calificado, 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. Deberá proporcionar documentación que nos muestre cuánto pagó.

Si quiere participar en cualquier estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, no es necesario que el plan ni su PCP lo apruebe ni tampoco que nos avise. No es necesario que los proveedores que le brindan atención como parte del estudio de investigación clínica formen parte de la red de nuestro plan. (Esto no se aplica a beneficios cubiertos que requieren un ensayo clínico o un registro para evaluar el beneficio, incluidos determinados beneficios que requieren cobertura basada en el desarrollo de evidencia (National Coverage Determinations-Coverage Evidence Development, NCD-CED) y estudios de exención de dispositivos en fase de investigación (Investigational Device Exemption, IDE). También es posible que estos beneficios estén 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, le recomendamos que nos notifique por adelantado cuando elija participar en ensayos clínicos calificados por Medicare.

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

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

Una vez que se inscriba en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, 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.

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

Ejemplo de cómo funciona el costo compartido en un ensayo clínico: Supongamos que tiene un análisis de laboratorio que cuesta $100, como parte del estudio de investigación. La parte que le corresponde a usted de los costos de este análisis es $20 a través de Original Medicare, pero el análisis costaría $10 conforme a los beneficios de nuestro plan. En este caso, Original Medicare pagaría $80 por el análisis y usted pagaría los $20 de copago requeridos por Original Medicare. Luego notificaría a nuestro plan que recibió un servicio de ensayo clínico calificado y enviaría documentación (como una factura del proveedor) a nuestro plan. Nuestro plan entonces le pagaría directamente $10. Por lo tanto, su pago neto por el análisis es $10, que es el mismo monto que pagaría conforme a los beneficios de nuestro plan.

Cuando usted esté en un estudio de investigación clínica, **ni Medicare ni nuestro plan pagarán nada de lo siguiente**:

- Por lo general, Medicare no pagará los nuevos productos o servicios que se estén evaluando en el estudio, a menos que Medicare cubra dicho producto o servicio incluso si usted no participara en un estudio.
- Los productos o servicios que se proporcionen solo para recabar datos y que no se utilicen en su atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no cubriría las tomografías computarizadas (Computed Tomography, CT) mensuales que se realicen como parte del estudio si su afección médica normalmente solo requiriese una tomografía computarizada.
- Los productos y servicios que brindan los patrocinadores de la investigación de manera gratuita a las personas en el ensayo.

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

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

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

Sección 6.1 Una institución religiosa de atención sanitaria no médica

Una institución religiosa de atención sanitaria no médica es un centro que provee atención 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 del miembro, cubrimos la atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica. Este beneficio se brinda solo para los servicios para pacientes internados de la Parte A (servicios de atención no médica).

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

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

- La atención o el tratamiento médicos **no exceptuados** corresponden a la atención o el tratamiento médicos *voluntarios* y que *no son obligatorios* según la legislación federal, estatal o local.
- El tratamiento médico **exceptuado** corresponde a la atención o el tratamiento médicos que *no* son voluntarios o que *son obligatorios* según la legislación federal, estatal o local.

Para que nuestro 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.
- Nuestro plan solo cubre aspectos *no religiosos* de la atención.
- Si los servicios que obtiene de esta institución se le prestan 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* – usted debe obtener la aprobación del plan por adelantado antes de que lo ingresen en el centro porque, de lo contrario, su estadía no estará cubierta.

Se aplican las limitaciones de cobertura hospitalaria de Medicare para pacientes internados. Consulte la sección “Atención hospitalaria para pacientes internados” en la tabla de beneficios en el Capítulo 4 de este libro.

SECCIÓN 7 Normas para la posesión de equipo médico duradero

Sección 7.1 No será propietario de algunos de los equipos médicos duraderos después de haber realizado cierta cantidad de pagos dentro 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 que los miembros los usen en su hogar. El miembro siempre posee ciertos artículos de DME, como los dispositivos protésicos. Si el DME es de otro tipo, usted debe alquilarlo.

En Original Medicare, quienes alquilan ciertos tipos de DME pueden quedarse con el equipo después de pagar el copago del artículo durante 13 meses. **Como miembro de ATRIO Special Needs Plan (HMO D-SNP), usted generalmente 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**. No tendrá la posesión, ni siquiera si ha realizado hasta 12 pagos consecutivos por el artículo de DME en Original Medicare antes de unirse a nuestro plan. En determinadas circunstancias limitadas, le transferiremos la posesión del DME. Llame a Servicios para los miembros al 1-877-672-8620 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información.

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

Si no obtuvo la propiedad del equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, 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 que realizó mientras estaba inscrito en nuestro plan no cuentan para estos 13 pagos.

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. Deberá realizar 13 pagos a nuestro plan antes de adquirir la propiedad del artículo.

Ejemplo 2: Hizo 12 pagos consecutivos o menos por el artículo en Original Medicare y luego se unió a nuestro plan. No obtuvo en propiedad el artículo 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 vuelva a unir a Original Medicare. Cualquier pago que ya haya hecho (ya sea a nuestro plan o a Original Medicare) no se toma en cuenta.

Sección 7.2 Normas para el equipo de oxígeno, suministros y mantenimiento

Si reúne los requisitos para recibir cobertura para el equipo de oxígeno de Medicare, ATRIO Special Needs Plan (HMO D-SNP) cubrirá lo siguiente:

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

Si se va de ATRIO Special Needs Plan (HMO D-SNP) o ya no necesita médicamente el equipo de oxígeno, debe devolver el equipo de oxígeno.

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

Original Medicare requiere que un proveedor de oxígeno le brinde servicios durante 5 años. Durante los primeros 36 meses, usted alquila el equipo. Durante los 24 meses restantes, el proveedor proporciona el equipo y el mantenimiento (usted sigue siendo responsable del costo compartido por el oxígeno). Después de 5 años, puede optar por permanecer en la misma compañía o irse a otra compañía. En este punto, el ciclo de 5 años comienza nuevamente, incluso si permanece en la misma compañía, lo que requiere que pague copagos durante los primeros 36 meses. Si se une a nuestro plan o lo deja, el ciclo de 5 años comienza de nuevo.

CAPÍTULO 4:

Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

SECCIÓN 1 Cómo comprender los servicios cubiertos

La Tabla de beneficios médicos enumera los servicios cubiertos como miembro de ATRIO Special Needs Plan (HMO D-SNP). Esta sección también ofrece información sobre los servicios médicos que no están cubiertos y explica los límites para ciertos servicios.

Sección 1.1 Usted no paga nada por sus servicios cubiertos

Dado que obtiene ayuda de Medicaid, usted no paga nada por sus servicios cubiertos siempre que cumpla con las normas de nuestros planes para obtener atención. (Consulte el Capítulo 3 para obtener más información sobre las normas de nuestros planes para recibir atención).

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

Nota: Dado que nuestros miembros también reciben ayuda de Medicaid, muy pocos miembros alcanzan este monto máximo que pagan de su bolsillo. Usted no es responsable de ningún costo que paga de su bolsillo para alcanzar el monto máximo que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.

Los Planes Medicare Advantage tienen límites en cuanto al monto que tiene que pagar de su bolsillo cada año por los servicios médicos cubiertos de la Parte A y de la Parte B de Medicare. Este límite se denomina el monto máximo que paga de su bolsillo (Maximum Out-Of-Pocket, MOOP) por servicios médicos. **Para el año calendario 2027 el monto MOOP es de $9,850.**

Los montos que usted paga por los deducibles, los copagos y el coseguro por los servicios cubiertos se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo. Los montos que usted paga por los medicamentos de la Parte D no se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo. Si llega al monto máximo que paga de su bolsillo de $9,850, no deberá pagar costos de su bolsillo por el resto del año por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid u otro tercero pague su prima de la Parte B por usted).

SECCIÓN 2 La Tabla de beneficios médicos le indica sus beneficios y costos médicos

En las siguientes páginas, la Tabla de beneficios médicos enumera los servicios que ATRIO Special Needs Plan (HMO D-SNP) cubre (la cobertura para medicamentos de la Parte D se cubre en el Capítulo 5). Los servicios descritos en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos solo cuando se cumplen los siguientes requisitos:

- Sus servicios cubiertos por Medicare y Medicaid deben brindarse de conformidad con las pautas de cobertura de Medicare y Medicaid.
- Sus servicios (incluida la atención médica, los servicios, los suministros, los equipos y los medicamentos de la Parte B) *deben* ser médicamente necesarios. Médicamente necesario significa que los medicamentos, servicios o suministros son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.
- Para los nuevos inscritos, su plan de atención coordinada de Medicare Advantage (MA) debe brindar un período de transición de 90 días como mínimo, durante el cual el nuevo plan MA no puede requerir autorización previa para cualquier curso activo del tratamiento, incluso si el curso del tratamiento fue para un servicio que inició 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 un proveedor fuera de la red no estará cubierta, a menos que sea una atención de urgencia o emergencia o si nuestro plan o un proveedor de la red le dio una remisión. Esto significa que usted paga al proveedor la totalidad de los servicios que usted recibe fuera de la red.
- Usted tiene un proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) que brinda y supervisa su atención. En la mayoría de los casos, su PCP deberá aprobarlo por adelantado (una remisión) antes de que pueda consultar a otros proveedores de la red de nuestro plan.
- Algunos servicios mencionados en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos *solo* si el médico u otros proveedores de la red obtienen nuestra aprobación por adelantado (esto suele denominarse autorización previa). Los servicios cubiertos que necesitan aprobación por adelantado están marcados con un asterisco en la Tabla de beneficios médicos.
- Si su plan de atención coordinada proporciona la aprobación de una solicitud de autorización previa para un tratamiento, la aprobación debe ser válida durante el tiempo que sea médicamente razonable y necesaria para evitar interrupciones en la atención de conformidad con los criterios de cobertura aplicables, su historial médico y la recomendación del proveedor que atiende.

Otra información importante que debe saber sobre nuestra cobertura:

- Usted está cubierto por Medicare y Medicaid. Medicare cubre la atención médica y los medicamentos con receta. Medicaid cubre su costo compartido de los servicios de Medicare,

incluidos los pagos de las primas de las Partes A y B de Medicare, deducibles, coseguro y copagos (excepto la Parte D de Medicare) según su elegibilidad para el Programa de ahorros de Medicare. Medicaid también cubre los servicios que Medicare no cubre, como atención a largo plazo, medicamentos de venta libre y servicios basados en el hogar y en la comunidad.

- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Original Medicare. (Para obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual *Medicare & You 2027 (Medicare y Usted 2027)*. Puede consultarlo en línea en Medicare.gov o solicitar una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).
- Para los servicios preventivos que están cubiertos sin costo por Original Medicare, nosotros también cubrimos esos servicios sin costo para usted.
- Si Medicare agrega cobertura para cualquier servicio nuevo durante el año 2027, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.
- Si pierde su elegibilidad de Oregon Health Plan (Medicaid) pero se puede esperar que la vuelva a obtener en un plazo de 6 mes(es), seguiremos proporcionando todos los beneficios de Medicare cubiertos por el Plan Medicare Advantage. Sin embargo, durante este período, no continuaremos cubriendo los beneficios de Medicaid que se incluyen en el plan de Medicaid estatal correspondiente, ni tampoco pagaremos las primas de Medicare ni el costo compartido de los que de otro modo el estado sería responsable si no hubiera perdido su elegibilidad de Medicaid.

No paga nada por los servicios indicados en la Tabla de beneficios Médicos, siempre que cumpla los requisitos de cobertura descritos anteriormente.

Esta manzana muestra los servicios preventivos que se encuentran en la Tabla de beneficios médicos.

Tabla de beneficios médicos

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar
Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal	
Una ecografía de detección por única vez para las personas en riesgo. Nuestro 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 (Physician Assistant, PA), enfermero con práctica médica (Nurse Practitioner, NP) o especialista en enfermería clínica (Clinical Nurse Specialist, CNS).	**Dentro de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para esta prueba de detección preventiva.

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar
Acupuntura para dolor crónico en la parte baja de la espalda	
Los servicios cubiertos incluyen: Se cubren hasta 12 consultas en 90 días en las siguientes circunstancias: A los fines de este beneficio, el dolor crónico en la parte baja de la espalda se define como: • Dura 12 semanas o más • No es específico, en el sentido 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 Se cubrirán 8 sesiones adicionales para aquellos pacientes que manifiesten mejoría. No se pueden administrar más de 20 tratamientos de acupuntura por año. El tratamiento debe interrumpirse si el paciente no mejora o si empeora. **Requisitos del proveedor:** Los médicos pueden proporcionar servicios de acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales aplicables. Los asistentes médicos (Physician Assistant, PA), enfermeros con práctica médica (Nurse Practitioner, NP) / especialistas en enfermería clínica (Clinical Nurse Specialist, CNS) y el personal auxiliar pueden brindar sesiones de acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales vigentes y tienen: • 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.	**Dentro de la red** $0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar
Acupuntura para dolor crónico en la parte baja de la espalda - continuación El personal auxiliar que brinda sesiones de acupuntura debe estar debidamente supervisado por un médico, PA o NP/CNS según lo requieren nuestras reglamentaciones. **Servicios de acupuntura de rutina (no cubiertos por Medicare)** Asignación del beneficio cargada a su Tarjeta Flex Card para usar en servicios de acupuntura que no están cubiertos por Medicare. Las asignaciones no utilizadas no se transfieren al período de beneficios o año del plan siguientes. Asegúrese de usar su asignación dentro del período de beneficios determinado. Puede usar su asignación del beneficio en cualquier proveedor de acupuntura aprobado ubicado en los EE. UU.	$300 de asignación cada seis meses, cargados en su Tarjeta Flex Card, para servicios combinados de quiropráctica, acupuntura y naturopatía de rutina. $0 de copago
Terapias alternativas (Servicios de acupuntura, quiropráctica y naturopatía) Asignación del beneficio cargada en su Tarjeta Flex Card para servicios de naturopatía. Las asignaciones no utilizadas no se transfieren al período de beneficios o año del plan siguientes. Asegúrese de usar su asignación dentro del período de beneficios determinado. Puede usar su asignación del beneficio en cualquier proveedor de naturopatía ubicado en los EE. UU.	$300 de asignación cada seis meses, cargados en su Tarjeta Flex Card, para servicios combinados de quiropráctica, acupuntura y naturopatía de rutina.
Servicios de ambulancia 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 si se trata de un miembro cuya afección médica es tal que cualquier otro medio de transporte podría poner en peligro su	**Dentro de la red** $0 de copago por cada servicio de ambulancia terrestre y aérea cubierto por Medicare. *Solo el transporte médico que no es de emergencia (Non-Emergency Medical*

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar
Servicios de ambulancia - continuación salud o si está autorizado por nuestro plan. Si los servicios de ambulancia cubiertos no son para una situación de emergencia, se debe documentar que la afección del miembro es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro su salud y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario.	*Transportation, NEMT) requiere una autorización previa.*
Consulta anual de bienestar Si ha tenido la Parte B por más de 12 meses, puede tener una consulta anual de bienestar para establecer o actualizar un plan de prevención personalizado basado en los factores de riesgo y salud actuales. Está cubierta una vez cada 12 meses. **Nota**: Su primera consulta anual de bienestar no puede realizarse dentro de los 12 meses de su consulta preventiva *Bienvenido a Medicare*. Sin embargo, no necesita haber realizado una consulta de *Bienvenido a Medicare* para tener cobertura para las consultas anuales de bienestar después de haber tenido la Parte B por 12 meses.	**Dentro de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta anual de bienestar.
Medición de la masa ósea Para las personas calificadas (en general, son quienes corren riesgo de perder masa ósea o de presentar osteoporosis), los siguientes servicios se cubren una vez cada 24 meses o con más frecuencia si son médicamente necesarios: procedimientos para identificar masa ósea, detectar pérdida ósea o determinar calidad ósea, incluida la interpretación de los resultados por parte del médico.	**Dentro de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para la medición de la masa ósea cubierta por Medicare.
Prueba de detección de cáncer de mama (mamografías) Los servicios cubiertos incluyen: • Una mamografía inicial entre los 35 y 39 años	**Dentro de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar
Prueba de detección de cáncer de mama (mamografías) - continuación • Una mamografía de detección cada 12 meses para las mujeres de 40 años o más • Exámenes clínicos de mamas una vez cada 24 meses	mamografías de detección cubiertas.
Servicios de rehabilitación cardíaca	
Programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicios, educación y asesoramiento que están cubiertos para miembros que cumplen con determinadas condiciones y tienen una orden del médico.	**Dentro de la red** $0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. *Se requiere una autorización previa después de 36 consultas dentro del año del plan.*
Nuestro plan cubre estos programas integrales si ha tenido al menos una de las siguientes afecciones: • Ataque cardíaco en los últimos 12 meses • Cirugía de bypass aortocoronario • Angina de pecho estable (dolor en el pecho) • Reparación o reemplazo de válvula cardíaca • Angioplastia coronaria (procedimiento médico utilizado para abrir una arteria obstruida) o colocación de stent coronario (procedimiento utilizado para mantener una arteria abierta) • Trasplante de corazón o de corazón y pulmón • Insuficiencia cardíaca crónica estable Limitaciones de la cobertura: Puede recibir hasta 36 sesiones de rehabilitación cardíaca. Puede recibir 2 sesiones por día (de 1 hora cada una), y el programa puede durar hasta 36 semanas. Si reúne los requisitos, podría recibir 36 sesiones adicionales, distribuidas en un período de tiempo más prolongado.	**Dentro de la red** $0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. *Se requiere una autorización previa después de 36 consultas dentro del año del plan.*

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar
Servicios de rehabilitación cardíaca - continuación	
Consulta para reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (tratamiento para las enfermedades cardiovasculares) Cubrimos una consulta por año con su médico de atención primaria para ayudarlo a disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Durante esta consulta, su médico puede analizar el uso de aspirina (si corresponde), medir su presión arterial y brindarle consejos para asegurarse de que usted esté comiendo sano.	**Dentro de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo para el tratamiento conductual intensivo de enfermedades cardiovasculares.
Pruebas para detectar enfermedades cardiovasculares Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas al riesgo elevado de enfermedades cardiovasculares) una vez cada 5 años (60 meses).	**Dentro de la red** No requiere coseguro, copago ni deducible para el análisis para detectar enfermedades cardiovasculares que se cubre una vez cada 5 años.
Prueba de detección de cáncer de cuello de útero y de vagina Los servicios cubiertos incluyen: • Pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses para todas las mujeres • Una prueba de Papanicolaou cada 12 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	**Dentro de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos preventivos cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar
Servicios de quiropráctica Los servicios cubiertos incluyen: • Manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación vertebral	**Dentro de la red** $0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.
Atención quiropráctica de rutina Asignación del beneficio cargada a su Tarjeta Flex Card que puede usarse para servicios de quiropráctica que no están cubiertos por Medicare. Las asignaciones no utilizadas no se transfieren al período de beneficios o año del plan siguientes. Asegúrese de usar su asignación dentro del período de beneficios determinado. Puede usar su asignación del beneficio en cualquier proveedor de quiropráctica ubicado en los EE. UU.	$300 de asignación cada seis meses, cargados en su Tarjeta Flex Card para servicios combinados de quiropráctica, acupuntura y naturopatía de rutina.
Prueba de detección de cáncer colorrectal Están cubiertas las siguientes pruebas de detección: • 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. • Colonografía por tomografía computarizada para pacientes de 45 años y más que no tienen alto riesgo de padecer cáncer colorrectal y está cubierta cuando hayan transcurrido al menos 59 meses desde el mes en que se realizó la última colonografía por tomografía computarizada de detección o 47 meses desde el mes en que se realizó la última sigmoidoscopia flexible o colonoscopia de detección. Para pacientes que tienen alto	**Dentro de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para una prueba de detección de cáncer colorrectal cubierta por Medicare. Si su médico encuentra y extrae un pólipo u otro tejido durante la colonoscopia o sigmoidoscopia flexible, el examen de detección pasa a ser un examen de diagnóstico.

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar
Prueba de detección de cáncer colorrectal - continuación riesgo de padecer cáncer colorrectal, se cubre una colonografía por tomografía computarizada de detección realizada al menos 23 meses después del mes en que se realizó la última colonografía por tomografía computarizada de detección o la última colonoscopia de detección. • Sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años y más. Una vez cada 120 meses para los pacientes que no tienen alto riesgo después de que el paciente se hiciera una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para los pacientes de alto riesgo a partir de la última sigmoidoscopia flexible o colonografía por tomografía computarizada. • Análisis de sangre oculta en materia fecal para pacientes de 45 años y 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.	
• Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de detección de seguimiento después de que una prueba de detección de cáncer colorrectal con heces no invasiva cubierta por Medicare dé un resultado positivo. • Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una sigmoidoscopia flexible de detección o colonoscopia de detección planificadas, que implican la remoción de tejido u otro material, u otro procedimiento realizado con relación a la prueba de detección, como resultado de esta, y en la misma consulta clínica.	**Dentro de la red** $0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. *Puede requerirse una autorización previa.*

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar
Servicios dentales	
En general, los servicios dentales preventivos (como limpiezas, exámenes de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Original Medicare. Sin embargo, Medicare paga los servicios dentales en una cantidad limitada de circunstancias, específicamente cuando ese servicio es una parte integral del tratamiento específico de una afección primaria de una persona. Los ejemplos incluyen la reconstrucción de la mandíbula tras una fractura o lesión, las extracciones de dientes realizadas como preparación para el tratamiento de radioterapia por cáncer que afecte a la mandíbula, o exámenes orales previos a un trasplante de un órgano. Además, cubrimos:	**Dentro de la red** $0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.
Servicios dentales (beneficio de rutina) Asignación del beneficio cargada en su Tarjeta Flex Card. Se puede usar para pagar servicios que no están cubiertos por Medicare. Las asignaciones no utilizadas no se transfieren al período de beneficios o año del plan siguientes. Asegúrese de usar su asignación dentro del período de beneficios determinado. Cualquier proveedor dental aprobado ubicado en los EE. UU. puede prestarle servicios.	$500 de asignación cada seis meses, cargados a su tarjeta Flex Card, para servicios dentales integrales y preventivos. Se excluyen los procedimientos cosméticos
Prueba de detección de depresión	
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 y/o tratamiento de seguimiento.	**Dentro de la red** No hay coseguro, copago ni deducible por una consulta para una prueba de detección de depresión anual.

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar
Prueba de detección de diabetes Cubrimos esta prueba (incluidas pruebas de glucosa en ayunas) 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. Es posible que usted sea elegible para realizarse hasta 2 pruebas de detección de diabetes cada 12 meses después de la fecha de su prueba de detección de diabetes más reciente.	**Dentro de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.
Capacitación para el autocontrol de la diabetes La capacitación para el autocontrol de la diabetes puede ayudarlo a manejar la diabetes. El programa puede incluir consejos para comer de manera saludable y mantenerse activo, supervisar el nivel de glucosa en sangre (azúcar en sangre), tomar medicamentos con receta y reducir los riesgos.	**Dentro de la red** $0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.
Servicios y suministros para pacientes diabéticos Para todas las personas que padecen diabetes (ya sea que usen insulina o no), los servicios cubiertos incluyen: • Suministros para controlar la glucosa en sangre: glucómetro, tiras reactivas para análisis de glucosa en sangre, dispositivos de punción y lancetas, y soluciones de control de glucosa para verificar la precisión de las tiras reactivas y de los glucómetros. Solamente cubrimos glucómetros y tiras reactivas para análisis de glucosa en sangre de determinados fabricantes. Por lo general, ATRIO Special Needs Plan (HMO D-SNP) no cubrirá otras marcas, a menos que su médico u otro proveedor nos informen que la marca es adecuada para sus necesidades médicas. Si es un miembro nuevo de ATRIO Special Needs Plan (HMO D-SNP) y utiliza una	**Dentro de la red** $0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. *Puede requerirse una autorización previa.*

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar
Servicios y suministros para pacientes diabéticos - continuación	
marca de glucómetro y tiras reactivas que no figura en nuestra lista, puede comunicarse con nosotros dentro de los primeros 90 días de inscripción en el plan para solicitar un suministro temporal de dicha marca mientras consulta con su médico o con otro proveedor. Durante este período, debe hablar con su médico para decidir si alguna de estas marcas preferidas es adecuada para sus necesidades médicas. Si usted o su médico creen que es adecuado para sus necesidades médicas que usted continúe utilizando esa marca, puede solicitar una excepción de cobertura para que ATRIO Special Needs Plan (HMO D-SNP) siga cubriendo el producto no preferido hasta que termine el año de cobertura. Los productos no preferidos no se cubrirán después de los primeros 90 días del año de cobertura sin una excepción de cobertura aprobada. Si usted (o su proveedor) no está de acuerdo con la decisión de cobertura del plan, puede 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 sobre apelaciones, consulte el Capítulo 9, *Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas*)).	
• 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 2 pares extra de plantillas ortopédicas, o un par de zapatos profundos y 3 pares de plantillas ortopédicas (sin incluir las plantillas extraíbles que no están hechas a medida que vienen con los zapatos) incluida la adaptación.	**Dentro de la red** $0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. *Puede requerirse una autorización previa.*

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar
Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) y suministros relacionados	
(Para leer una definición de equipo médico duradero, consulte el Capítulo 12 y el Capítulo 3) Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, 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.	**Dentro de la red** $0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. *Se requiere autorización previa para la compra de artículos que superen los $750. Se requiere autorización previa para todos los alquileres.*
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 realice un pedido especial para usted. La lista más actualizada de proveedores está disponible en nuestro sitio web en atriohp.com.	Usted paga $0 del costo total por el equipo médico duradero (DME) y los suministros relacionados cubiertos por Medicare cuando usa otros proveedores dentro de la red. Su costo compartido por la cobertura del equipo de oxígeno de Medicare es el 20% cada mes durante 36 meses. Su costo compartido no cambiará después de estar inscrito durante 36 meses. Si antes de inscribirse en ATRIO Special Needs Plan (HMO D-SNP) usted había realizado el pago del alquiler de 36 meses por la cobertura de equipos de oxígeno, su costo compartido en ATRIO Special Needs Plan (HMO D-SNP) es $0 durante 36 meses.
Atención de emergencia	
La atención de emergencia hace referencia a los servicios con estas características:	$0 de copago por cada consulta de atención de emergencia cubierta por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar
Atención de emergencia - continuación • Son brindados por un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia • Son necesarios para evaluar o estabilizar una afección de emergencia 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 de un hijo por nacer), la pérdida de una extremidad o la pérdida de la función de una extremidad. Los síntomas médicos podrían ser una enfermedad, lesión, dolor intenso, o afección que se agrava rápidamente. Los costos compartidos para los servicios de emergencia necesarios que se brindan fuera de la red son los mismos que cuando usted obtiene estos servicios dentro de la red. La cobertura se limita a los Estados Unidos y sus territorios.	No se aplica el costo compartido de la sala de emergencias si lo ingresan en un hospital en el transcurso de 24 horas por la misma afección. Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención para pacientes internados después de que su afección de emergencia se haya estabilizado, debe ir a un hospital dentro de la red para que se siga cubriendo su atención.
Programa de acondicionamiento físico El beneficio puede usarse para pagar servicios que incluyen: • Cargos de membresía en un gimnasio para un club de acondicionamiento físico y/o gimnasio calificados • Cargos de clases de acondicionamiento físico en un club de acondicionamiento físico y/o gimnasio calificados Exclusiones de la asignación: • Cargos o cuotas de clubes sociales, clubes de campo, clubes de armas y campos de tiro • Cargos para parques nacionales • Servicios cubiertos por Original Medicare incluidos, entre otros, servicios de fisioterapia, quiropráctica, acupuntura o masoterapia	$300 de asignación cada seis meses, a través de reembolso para cargos de membresía de un gimnasio y clases de acondicionamiento físico

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar
Programa de acondicionamiento físico - continuación Las asignaciones no utilizadas no se transfieren al período de beneficios o año del plan siguientes. Asegúrese de usar su asignación dentro del período de beneficios determinado. El beneficio no puede usarse fuera del territorio continental de los EE. UU.	
Servicios auditivos Las evaluaciones auditivas y de equilibrio de diagnóstico realizadas por su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico se cubren como atención para pacientes externos cuando las proporciona un médico, un audiólogo u otro proveedor calificado.	**Dentro de la red** $0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.
Prueba de detección de VIH Para personas que solicitan una prueba de detección de VIH o que están en mayor riesgo de infección por el VIH, cubrimos lo siguiente: • Una prueba de detección cada 12 meses Si usted está embarazada, cubrimos: • Hasta 3 pruebas de detección durante el embarazo.	**Dentro de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para pruebas de detección de VIH preventivas cubiertas por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar
Agencia de atención médica a domicilio Antes de recibir servicios de atención médica a domicilio, un médico debe certificar que usted necesita servicios de atención médica a domicilio y solicitará que una agencia de atención médica a domicilio le brinde estos servicios. El requisito es que usted no pueda salir de su casa, lo que significa que hacerlo implica un gran esfuerzo. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • 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 de la salud 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	**Dentro de la red** $0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. *Puede requerirse una autorización previa.*
Tratamiento de infusión en el hogar El tratamiento de infusión en el hogar implica la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a una persona en 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). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, brindados de conformidad con nuestro plan de atención	El equipo y los suministros de infusión en el hogar están cubiertos por su beneficio de equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME). **Dentro de la red** $0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. *Se requiere autorización previa para la compra de artículos que superen los $750. Se requiere autorización previa para todos los alquileres.*

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar
Tratamiento de infusión en el hogar - continuación • La capacitación y la educación del paciente que no estén cubiertas de otra manera por el beneficio de 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	Los medicamentos de infusión en el hogar están cubiertos por su beneficio de cobertura para medicamentos de la Parte B de Medicare. **Dentro de la red** $0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. *Puede requerirse una autorización previa.*
Atención en un hospicio 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 de 6 meses o menos si su enfermedad sigue el curso normal. Es posible que reciba atención a través de cualquier programa de hospicio certificado por Medicare. Nuestro plan está obligado a ayudarlo a encontrar programas de hospicios certificados por Medicare en el área de servicio de nuestro plan, incluidos aquellos programas que poseemos, controlamos o en los que tenemos interés financiero. Su médico del hospicio puede ser un proveedor dentro o fuera de la red. Los servicios cubiertos incluyen: • Medicamentos para controlar síntomas y aliviar el dolor • Cuidado de relevo a corto plazo • Atención a domicilio Cuando es admitido en un hospicio, tiene derecho a permanecer en su plan; si elige permanecer en su plan, debe continuar pagando las primas del plan.	Cuando se inscribe en un programa de hospicios certificado por Medicare, los servicios de hospicio y los servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal los paga Original Medicare, no ATRIO Special Needs Plan (HMO D-SNP).

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar
Atención en un hospicio - continuación **Para los servicios de hospicio y para los servicios cubiertos por la Parte A o B de Medicare y que se relacionan con su diagnóstico de enfermedad terminal:** Original Medicare (en lugar de nuestro plan) pagará a su proveedor del hospicio por sus servicios en un hospicio y cualquier servicio de la Parte A y la Parte B 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. **Para los servicios cubiertos por la Parte A o B de Medicare y que no se relacionan con su diagnóstico de enfermedad terminal:** Si necesita servicios que no sean de emergencia ni de urgencia que estén cubiertos por la Parte A o B de Medicare y que no están relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal, el costo de estos servicios depende de si usted utiliza un proveedor de la red de nuestro plan y sigue las normas del plan (como si hay algún requisito para obtener una autorización previa). • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red y sigue las normas del plan para obtener un servicio, usted solo paga el monto de costo compartido de nuestro plan por los servicios dentro de la red • Si obtiene sus servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, usted paga el costo compartido conforme a Original Medicare **Para los servicios cubiertos por ATRIO Special Needs Plan (HMO D-SNP), pero que no están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare:** ATRIO Special Needs Plan (HMO D-SNP) continuará cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no estén cubiertos por la Parte A o la Parte B, independientemente de que estén relacionados o no con su diagnóstico de enfermedad terminal. Usted paga el monto del costo compartido de nuestro plan por estos servicios. **Para medicamentos que podrían estar cubiertos por el beneficio de la Parte D de nuestro plan:** Si estos medicamentos no están relacionados con su condición en un hospicio por	

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar
Atención en un hospicio - continuación enfermedad terminal, usted paga el costo compartido. Si están relacionados con su condición en un hospicio por enfermedad terminal, usted paga el costo compartido de Original Medicare. Los medicamentos nunca están cubiertos por el hospicio y nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5, Sección 9.4 **Nota:** Si necesita atención médica que no sea en un hospicio (atención que no está relacionada con su diagnóstico de enfermedad terminal), debe comunicarse con nosotros para coordinar los servicios.	
Inmunizaciones Los servicios de la Parte B cubiertos por Medicare incluyen: • Vacunas contra la neumonía • Vacunas (o inmunizaciones) contra la gripe/influenza, una vez en cada temporada de gripe/influenza en el otoño y el invierno, y vacunas (o inmunizaciones) contra la gripe/influenza adicionales si son médicamente necesarias • Vacunas contra la hepatitis B si nunca ha recibido la serie completa, no conoce su historial de vacunación o padece alguna otra afección que lo exponga a un riesgo alto o intermedio de contraer la hepatitis B • Vacunas contra la COVID-19 • Otras vacunas si su salud está en riesgo y si estas cumplen con las normas de cobertura de la Parte B de Medicare También cubrimos la mayoría de las otras vacunas para adultos en virtud de los beneficios de cobertura para medicamentos de la Parte D. Consulte el Capítulo 6, Sección 7 para obtener más información.	**Dentro de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, la gripe/influenza, la hepatitis B ni la COVID-19.

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar
Atención hospitalaria para pacientes internados	
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. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario) • Comidas, incluidas dietas especiales • Servicios de enfermería permanentes • Costos de las unidades de cuidados especiales (por ejemplo, unidades de cuidados intensivos o coronarios) • Medicamentos • 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 por abuso de sustancias para pacientes internados • En determinadas condiciones, están cubiertos los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, páncreas y riñón, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinos/múltiples vísceras. Si necesita un trasplante, organizaremos la revisión de su caso en un centro de trasplantes aprobado por Medicare, que decidirá si es candidato para un trasplante. Los proveedores de 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	**Dentro de la red** $0 de copago por cada hospitalización cubierta por Medicare. $0 de copago por 90 días adicionales de reserva de por vida. El período de beneficios comienza el primer día como paciente con cobertura de Medicare internado en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada. El período de beneficios termina cuando usted no ha estado internado en un hospital ni en un SNF durante 60 días consecutivos. Si va a un hospital (o SNF) después de que un período de beneficios ha finalizado, comienza un nuevo período. No hay límite para la cantidad de períodos de beneficios que puede tener un paciente. *Puede requerirse una autorización previa.* Si recibe atención para pacientes internados autorizada en un hospital fuera de la red una vez que se ha estabilizado su afección de emergencia, su costo será el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar
Atención hospitalaria para pacientes internados - continuación los proveedores locales de trasplante estén dispuestos a aceptar la tarifa de Original Medicare. Si ATRIO Special Needs Plan (HMO D-SNP) brinda servicios de trasplante en un lugar fuera del patrón de atención para trasplantes en su comunidad y usted elige llevar a cabo el trasplante en este lugar distante, coordinaremos o pagaremos los costos de transporte y alojamiento correspondientes para usted y un acompañante. • Sangre - se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y concentrado de glóbulos rojos, y todos los demás componentes sanguíneos comienza con la primera pinta de sangre que necesite. • Servicios de médicos **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, podría ser considerado un paciente externo. Si no está seguro de si es un paciente internado o un paciente externo, consulte con el personal del hospital. • Obtenga más información en la hoja de datos de Medicare *Medicare Hospital Benefits (Beneficios hospitalarios de Medicare)* disponible en Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o puede obtenerla llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.	
Servicios de hospitalización en un hospital psiquiátrico Los servicios cubiertos incluyen servicios de salud mental que requieren hospitalización. Usted recibe hasta 190 días en la vida de atención hospitalaria para pacientes internados en un hospital psiquiátrico cubierta por Medicare. El límite de 190 días no se aplica a los servicios de salud mental para pacientes internados prestados en la unidad psiquiátrica de un hospital general.	**Dentro de la red** $0 de copago por cada hospitalización cubierta por Medicare. $0 de copago para hasta 90 días.

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar
Servicios de hospitalización en un hospital psiquiátrico - continuación	
	Se aplican los períodos de beneficios hospitalarios de Medicare. El período de beneficios comienza el primer día como paciente con cobertura de Medicare internado en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada. El período de beneficios termina cuando usted no ha estado internado en un hospital ni en un SNF durante 60 días consecutivos. Si va a un hospital (o SNF) después de que un período de beneficios ha finalizado, comienza un nuevo período. No hay límite para la cantidad de períodos de beneficios que puede tener un paciente. *Puede requerirse una autorización previa.*
Hospitalización: Servicios cubiertos que recibe en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF) durante una hospitalización no cubierta	
• Servicios de médicos	**Dentro de la red** Consulte Servicios de médicos o profesionales, incluidas Consultas en el consultorio del médico.

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar
Hospitalización: Servicios cubiertos que recibe en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF) durante una hospitalización no cubierta - continuación	
• Análisis de diagnóstico (como los análisis de laboratorio)	**Dentro de la red** Consulte Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos.
• Tratamiento con radiografías, radio e isótopos, incluidos los servicios y materiales de los técnicos	**Dentro de la red** Consulte Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos.
• Vendajes quirúrgicos	**Dentro de la red** Consulte Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos.
• Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones	**Dentro de la red** Consulte Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos.
• 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 no funciona permanentemente, incluso la sustitución o reparación de dichos dispositivos	**Dentro de la red** Consulte Dispositivos protésicos y suministros relacionados.

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar
Hospitalización: Servicios cubiertos que recibe en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF) durante una hospitalización no cubierta - continuación	
• 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	**Dentro de la red** Consulte Dispositivos protésicos y suministros relacionados.
• Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla	**Dentro de la red** Consulte abajo Servicios de rehabilitación para pacientes externos.
Beneficio de comidas	
ATRIO se asoció con GA Foods para proporcionar comidas para ayudarlo con su recuperación después de un evento que reúna los requisitos. El beneficio puede usarse inmediatamente después de una cirugía o de atención hospitalaria que se recibe como paciente internado o en el caso de una afección médica o afección médica potencial que requiera que la persona inscrita permanezca en su domicilio por cierto período de tiempo. No hay límite para la cantidad de veces que puede recibir la aprobación para este beneficio.	**Dentro de la red** $0 de copago hasta 2 comidas por día por 14 días (28 comidas por episodio). *Puede requerirse una autorización previa.*
Terapia médica nutricional	
Este beneficio es para personas que padecen diabetes, enfermedades renales (del riñón) (pero no con tratamiento de diálisis) o después de un trasplante de riñón con una orden de su médico. Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento individual durante el primer año que recibe los servicios de terapia médica nutricional a través de Medicare (esto incluye nuestro plan,	**Dentro de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para servicios de terapia de nutrición médica cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar
Terapia médica nutricional - continuación cualquier otro plan Medicare Advantage u Original Medicare) y luego, 2 horas cada año de allí en adelante. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambia, puede recibir más horas de tratamiento con la orden de un médico. El médico debe recetarle estos servicios y renovar la orden cada año si usted necesita tratamiento en el siguiente año calendario.	
Programa de prevención de la diabetes de Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP) **Los servicios del Programa de prevención de la diabetes de Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP) están cubiertos para los beneficiarios elegibles de Medicare a través de todos los planes de salud de Medicare.** El MDPP es una intervención estructurada de cambio de conducta de salud que 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.	**Dentro de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio del MDPP.
Medicamentos de la Parte B de Medicare **La Parte B de Original Medicare cubre estos medicamentos. Los miembros de nuestro plan reciben la cobertura de estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen lo siguiente:** • 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)	**Medicamentos de insulina de la Parte B de Medicare** **Dentro de la red** $0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. *Puede requerirse una autorización previa.* **Otros medicamentos de la Parte B de Medicare** **Dentro de la red** $0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar
Medicamentos de la Parte B de Medicare - continuación	
• Otros medicamentos que se administran con equipo médico duradero (por ejemplo, nebulizadores) autorizados por nuestro plan • El medicamento para la enfermedad de Alzheimer, Leqembi® (nombre genérico lecanemab), que se administra por vía intravenosa. Además de los costos de los medicamentos, es posible que necesite análisis y estudios de exploración y pruebas adicionales antes y/o durante el tratamiento que podrían agregarse a sus costos totales. Consulte con su médico qué estudios de exploración y pruebas puede necesitar como parte del tratamiento • Factores de la coagulación que se aplica usted mismo mediante una inyección si tiene hemofilia • Medicamentos inmunosupresores / para trasplantes: Medicare cubre el tratamiento con medicamentos para trasplantes si Medicare pagó por el trasplante de órgano. Usted debe tener la Parte A en el momento del trasplante cubierto, y debe tener la Parte B en el momento en que reciba los medicamentos inmunosupresores. La Parte D de Medicare 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	*Puede requerirse una autorización previa.*
• Algunos antígenos: Medicare cubre antígenos si un médico los prepara y una persona debidamente instruida (que podría ser usted, el paciente) los administra bajo la supervisión adecuada • Determinados medicamentos orales para el tratamiento del cáncer: Medicare cubre algunos medicamentos orales para el cáncer que toma por la boca si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable o si el medicamento es un profármaco (una forma oral de un	**Medicamentos para quimioterapia / radiación de la Parte B de Medicare** **Dentro de la red** $0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. *Puede requerirse una autorización previa.*

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar
Medicamentos de la Parte B de Medicare - continuación	
medicamento que, cuando se ingiere, se descompone en el mismo principio activo que se encuentra en el medicamento inyectable) del medicamento inyectable. A medida que estén disponibles nuevos medicamentos orales para el cáncer, la Parte B podría cubrirlos. Si la Parte B no los cubre, la Parte D sí los cubre • Medicamentos orales contra las náuseas: Medicare cubre los medicamentos orales contra las náuseas que usted use como parte de un tratamiento de quimioterapia contra el cáncer si se administran antes, durante o en un plazo de 48 horas después de la quimioterapia, o si se usan como reemplazo terapéutico completo de un medicamento intravenoso contra las náuseas • Determinados medicamentos orales para la enfermedad renal terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD) cubiertos por la Parte B de Medicare • Medicamentos calcimiméticos y medicamentos quelantes de fosfato según el sistema de pago de la ESRD, incluidos los medicamentos intravenosos Parsabiv® y el medicamento oral Sensipar® • Determinados medicamentos para autodiálisis en su hogar, incluidos la heparina, el antídoto para la heparina cuando sea médicamente necesario y anestésicos tópicos • Fármacos estimuladores de la eritrocitopoyesis: Medicare cubre la eritropoyetina mediante inyección si usted tiene enfermedad renal terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD) o si necesita este medicamento para tratar la anemia relacionada con otras afecciones (por ejemplo, Epogen®, Procrit®, Retacrit®, epoetina alfa, Aranesp®, darbepoetina alfa, Mircera® o metoxipolietilenglicol-epoetina beta) • Inmunoglobulinas intravenosas para el tratamiento a domicilio de deficiencias inmunitarias primarias • Nutrición parenteral y enteral (intravenosa y para sondas)	El plan ofrece tratamiento escalonado para la Parte D a Parte B, Parte B a Parte B, y Parte B a Parte D.

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar
Medicamentos de la Parte B de Medicare - continuación Mediante este enlace, accederá a una lista de medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos a tratamiento escalonado: atriohp.com También cubrimos algunas vacunas a través de la Parte B y la mayoría de las vacunas para adultos en virtud de nuestro beneficio para medicamentos de la Parte D. El Capítulo 5 explica nuestro beneficio para medicamentos de la Parte D, incluidas las normas que usted debe seguir para que se cubran los medicamentos con receta. Lo que usted paga por los medicamentos de la Parte D a través de nuestro plan se explica en el Capítulo 6.	
Beneficio nutricional/dietario Este es un beneficio complementario para personas con obesidad, hipertensión y/o niveles altos de colesterol. Los servicios cubiertos incluyen educación nutricional general por medio de clases y/o asesoramiento individual. El profesional que presta este servicio debe estar autorizado dentro del ámbito de su práctica. Nota: Si a usted le diagnosticaron diabetes, enfermedad renal y/o recibió un trasplante de riñón dentro de los últimos 36 meses, es posible que reúna los requisitos para recibir asesoramiento nutricional a través del beneficio de tratamiento médico nutricional preventivo cubierto por Medicare. Se limita a 10 consulta(s) de sesiones individuales o grupales cada año. Comuníquese con nuestro plan para obtener más detalles.	**Dentro de la red** $0 de copago *Puede requerirse una autorización previa.*
Prueba de detección de obesidad y tratamiento para fomentar la pérdida de peso sostenida Si usted tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos asesoramiento intensivo para ayudarlo a perder peso. Este asesoramiento está cubierto si usted lo recibe en un	**Dentro de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para los

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar
Prueba de detección de obesidad y tratamiento para fomentar la pérdida de peso sostenida - continuación	
establecimiento de atención primaria, donde se puede coordinar con su plan integral de prevención. Para obtener más información, consulte con su médico o profesional de atención primaria.	tratamientos y las pruebas de detección preventivos de obesidad.
Servicios del programa de tratamiento para opioides Los miembros de nuestro plan con trastorno por uso de opioides (Opioid Use Disorder, OUD) pueden recibir la cobertura de servicios para tratar el OUD a través de un Programa de tratamiento para opioides (Opioid Treatment Program, OTP) que incluye los siguientes servicios: • Medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) de los Estados Unidos 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) • Asesoramiento sobre consumo de sustancias • Terapia individual y grupal • Pruebas toxicológicas • Actividades de admisión • Evaluaciones periódicas	**Dentro de la red** $0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.
Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Radiografías	**Dentro de la red** $0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar
Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos - continuación	
	Puede requerirse una autorización previa.
• Tratamiento de radiación (radio e isótopos) que incluye materiales de los técnicos y suministros	**Dentro de la red** $0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. *Puede requerirse una autorización previa.*
• Suministros quirúrgicos, por ejemplo, vendajes • Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones	**Dentro de la red** $0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. *Puede requerirse una autorización previa.*
• Análisis de laboratorio	**Dentro de la red** $0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. *Puede requerirse una autorización previa.*
• Sangre - se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y concentrado de glóbulos rojos, y todos los demás componentes sanguíneos comienza con la primera pinta de sangre que necesite	**Dentro de la red** $0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.
• Pruebas de diagnóstico que no son de laboratorio como tomografías computarizadas (Computed Tomography, CT), imágenes por resonancia magnética (Magnetic Resonance Imaging, MRI), electrocardiogramas (EKG) y tomografías por emisión de positrones (Positron Emission Tomography, PET) cuando su médico u otro proveedor de atención médica las ordena para tratar un problema médico	**Dentro de la red** $0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. *Puede requerirse una autorización previa.*
• Otras pruebas de diagnóstico para pacientes externos - Servicios de diagnóstico que no son radiológicos	**Dentro de la red** $0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar
Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos - continuación	*Puede requerirse una autorización previa.*
• Otras pruebas de diagnóstico para pacientes externos - Servicios radiológicos de diagnóstico, sin incluir radiografías	**Dentro de la red** $0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. *Puede requerirse una autorización previa.*
Observación hospitalaria para pacientes externos	
Los servicios de observación son servicios hospitalarios para pacientes externos proporcionados para determinar si necesita ingresar como paciente internado o puede ser dado de alta. 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. **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, podría ser considerado un paciente externo. Si no está seguro de si es un paciente externo, consulte con el personal del hospital. Obtenga más información en la hoja de datos de Medicare *Medicare Hospital Benefits (Beneficios hospitalarios de Medicare)* disponible en Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o puede obtenerla llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.	**Dentro de la red** $0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. *Puede requerirse una autorización previa.*

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar
Servicios hospitalarios para pacientes externos	
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:	
• Servicios en un departamento de emergencias	Consulte Atención de emergencia.
• Servicios prestados en una clínica para pacientes externos	**Dentro de la red** Consulte Servicios de médicos o profesionales, incluidas las consultas en el consultorio del médico.
• Observación o cirugía para pacientes externos	**Dentro de la red** Consulte Observación hospitalaria para pacientes externos y Cirugía para pacientes externos, incluidos servicios brindados en centros hospitalarios para pacientes externos y centros quirúrgicos ambulatorios.
• Pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital	**Dentro de la red** Consulte Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos.
• 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	**Dentro de la red** Consulte Atención de la salud mental para pacientes externos.

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar
Servicios hospitalarios para pacientes externos - continuación	
• Radiografías y otros servicios radiológicos facturados por el hospital	**Dentro de la red** Consulte Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos.
• Suministros médicos como entablillados y yesos	**Dentro de la red** Consulte Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos.
• Algunos medicamentos y productos biológicos que no se pueden autoadministrar **Nota:** A menos que el proveedor haya dejado por escrito una orden para admitirlo como paciente internado en el hospital, 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, podría ser considerado un paciente externo. Si no está seguro de si es un paciente externo, consulte con el personal del hospital.	**Dentro de la red** Consulte Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare.
Atención de salud mental para pacientes externos Los servicios cubiertos incluyen: Servicios de salud mental prestados por un psiquiatra o médico autorizado por el estado, psicólogo clínico, trabajador social clínico (Clinical Social Worker, CSW), especialista en enfermería clínica (Clinical Nurse Specialist, CNS), consejero profesional autorizado (Licensed Professional Counselor, LPC), terapeuta familiar y matrimonial con licencia (Licensed Marriage and Family Therapist, LMFT), enfermero con práctica médica (Nurse Practitioner, NP), asistente médico (Physician Assistant, PA) u otro profesional de atención de salud mental calificado por Medicare, según lo permitido por las leyes estatales correspondientes.	

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar
Atención de salud mental para pacientes externos - continuación	
• Servicios prestados por un psiquiatra	**Dentro de la red** $0 de copago por cada sesión individual cubierta por Medicare $0 de copago por cada sesión grupal cubierta por Medicare
• Servicios prestados por otros proveedores de atención de salud mental	**Dentro de la red** $0 de copago por cada sesión individual cubierta por Medicare $0 de copago por cada sesión grupal cubierta por Medicare
Servicios de rehabilitación para pacientes externos Los servicios cubiertos incluyen: fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y del lenguaje. Los servicios de rehabilitación para pacientes externos son brindados en varios entornos para pacientes externos, como departamentos de pacientes externos de hospitales, consultorios de terapeutas independientes y Centros de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facilities, CORF).	
• Servicios prestados por un fisioterapeuta o un terapeuta del habla y del lenguaje	**Dentro de la red** $0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. *Puede requerirse una autorización previa.*
• Servicios prestados por un terapeuta ocupacional	**Dentro de la red** $0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar
Servicios de rehabilitación para pacientes externos - continuación	*Puede requerirse una autorización previa.*
Servicios por trastorno por el consumo de sustancias para pacientes externos La cobertura incluye servicios de tratamiento que se prestan en el departamento de pacientes externos de un hospital a pacientes que, por ejemplo, han sido dados de alta de una hospitalización para el tratamiento de trastornos por el abuso de drogas o que requieren tratamiento, pero no necesitan la disponibilidad ni la intensidad de los servicios que solo se encuentran en un entorno hospitalario para pacientes internados. La cobertura disponible para estos servicios está sujeta a las mismas normas que generalmente se aplican a la cobertura de los servicios hospitalarios para pacientes externos.	**Dentro de la red** $0 de copago por cada sesión individual cubierta por Medicare $0 de copago por cada sesión grupal cubierta por Medicare
Cirugía para pacientes externos, incluidos servicios brindados en centros hospitalarios para pacientes externos y centros quirúrgicos ambulatorios **Nota:** Si va a ser sometido a una cirugía en un centro hospitalario, debe consultar con su proveedor si será considerado un paciente internado o externo. A menos que el proveedor escriba una orden para admitirlo como paciente internado en el hospital, usted es un paciente externo y paga los montos de costo compartido por la cirugía para pacientes externos. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, podría ser considerado un paciente externo.	
• Servicios prestados en un hospital para pacientes externos	**Dentro de la red** $0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. *Puede requerirse una autorización previa.*
• Servicios prestados en un centro quirúrgico ambulatorio	**Dentro de la red**

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar
Cirugía para pacientes externos, incluidos servicios brindados en centros hospitalarios para pacientes externos y centros quirúrgicos ambulatorios - continuación	$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. *Puede requerirse una autorización previa.*
Beneficio de artículos de venta libre (Over-the-Counter, OTC)	
Artículos relacionados con la salud y medicamentos sin receta que usted puede comprar en comercios minoristas participantes o a través de un catálogo y recibir por correo postal. Puede encontrar el catálogo y una lista de las tiendas minoristas participantes en nuestro sitio web en atriohp.com. NOTA: Su beneficio trimestral para artículos de venta libre (Over-the-Counter, OTC) no se aplica a ningún máximo que paga de su bolsillo. Una vez que se haya usado su asignación, usted es responsable de cualquier costo restante o adicional y puede usar una tarjeta de crédito para pagar cualquier monto excedente. También cubrimos medicamentos de venta libre limitados que usted puede obtener en una farmacia. Estos medicamentos se incluyen en el Formulario en nuestro sitio web en atriohp.com. Las asignaciones no utilizadas no se transfieren al período de beneficios o año del plan siguientes. Asegúrese de usar su asignación dentro del período de beneficios determinado. Las compras de artículos de venta libre solo pueden realizarse en comercios minoristas participantes o a través de nuestro catálogo. Los establecimientos participantes solo están ubicados en los EE. UU. Comuníquese con nuestro plan para obtener más detalles.	$85 de asignación cada tres meses, cargados en su Tarjeta Flex Card para artículos de venta libre (Over-the-Counter, OTC) selectos.
Servicios de hospitalización parcial y servicios intensivos para pacientes externos	
La *hospitalización parcial* es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo, suministrado como un servicio	**Dentro de la red**

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar
Servicios de hospitalización parcial y servicios intensivos para pacientes externos - continuación	
hospitalario para pacientes externos o en un centro comunitario de salud mental, que es más intenso que la atención recibida en el consultorio del médico, del terapeuta, del terapeuta familiar y matrimonial con licencia (Licensed Marriage and Family Therapist, LMFT) o en un consultorio de asesores profesionales con licencia y es una alternativa a la hospitalización.	$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.
El *servicio intensivo para pacientes externos* es un programa estructurado de tratamiento de salud conductual (mental) activo proporcionado en un departamento de pacientes externos de un hospital, un centro comunitario de salud mental, un Centro de Salud Calificado Federalmente (Federally Qualified Health Center, FQHC) o una clínica de salud rural que es más intenso que la atención recibida en el consultorio del médico, del terapeuta, del terapeuta familiar y matrimonial con licencia (Licensed Marriage and Family Therapist, LMFT) o en un consultorio de asesores profesionales con licencia, pero menos intenso que la hospitalización parcial. **Nota**: Debido a que no hay centros de salud mental comunitarios en nuestra red, solo cubrimos la hospitalización parcial como un servicio hospitalario para pacientes externos.	**Dentro de la red** $0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.
Sistema de respuesta de emergencias personales (Personal Emergency Response System, PERS)	
Se requiere una autorización previa para cualquier Sistema de respuesta de emergencias personales (Personal Emergency Response System, PERS) que no sea suministrado por **LifeStation**. El plan de salud ATRIO Health Plan se asoció con **LifeStation** para ofrecer un dispositivo portátil de respuesta ante emergencias personales que le permite recibir ayuda en cualquier momento con solo apretar un botón. Estos dispositivos no requieren que usted tenga un teléfono fijo, un teléfono móvil ni conexión de internet.	**Dentro de la red** $0 de copago *Puede requerirse una autorización previa.*

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar
Sistema de respuesta de emergencias personales (Personal Emergency Response System, PERS) - continuación Para acceder a este beneficio, simplemente llame a **LifeStation al 1-888-809-3112** (TTY: 711) en forma directa. De lunes a viernes, de 5 a.m. a 6 p.m., hora estándar del Pacífico, y los sábados de 6:00 a.m. a 6:00 p.m. hora estándar del Pacífico.	
Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico Los servicios cubiertos incluyen:	
• Servicios quirúrgicos o de atención médica médicamente necesarios que usted recibe en un consultorio médico por un proveedor de atención primaria	**Dentro de la red** $0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.
• Servicios de atención médica o quirúrgicos médicamente necesarios prestados en un centro quirúrgico ambulatorio certificado, departamento de pacientes externos de un hospital o cualquier otro establecimiento	**Dentro de la red** Consulte “Cirugía para pacientes externos”, antes mencionada en esta tabla, para conocer los montos de costo compartido aplicables a las consultas en un centro quirúrgico ambulatorio o en un entorno hospitalario para pacientes externos.
• Consultas, diagnóstico y tratamiento a cargo de un especialista	**Dentro de la red** $0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.
• Otros profesionales de la salud	**Dentro de la red** $0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar
Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico - continuación	
• Exámenes auditivos básicos y relacionados con el equilibrio realizados por su PCP o especialista, si su médico así lo solicita para determinar si usted necesita tratamiento médico	**Dentro de la red** $0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.
• Algunos servicios de telesalud, entre los que se incluyen consultas, diagnósticos y tratamientos por parte de un médico o profesional para los pacientes en ciertas áreas rurales u otros lugares aprobados por Medicare	**Dentro de la red** Usted pagará el costo compartido que corresponda a los servicios de especialistas (según se describe más arriba en “Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico”).
• 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	**Dentro de la red** Usted pagará el costo compartido que corresponda a los servicios de especialistas (según se describe más arriba en “Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico”).
• Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar síntomas de un accidente cerebrovascular, independientemente de su ubicación	**Dentro de la red** Usted pagará el costo compartido que corresponda a los servicios de especialistas (según se describe más arriba en “Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico”).

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar
Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico - continuación	
• Servicios de telesalud para miembros con un trastorno por consumo de sustancias o un trastorno de salud mental que ocurre en simultáneo, independientemente de su ubicación	**Dentro de la red** Usted pagará el costo compartido que corresponda a los servicios de especialistas (según se describe más arriba en “Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico”).
• Servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento de trastornos de salud mental	**Dentro de la red** Usted pagará el costo compartido que corresponda a los servicios de especialistas (según se describe más arriba en “Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico”).
• Servicios de telesalud para consultas de salud mental proporcionados por Clínicas de Salud Rural y Centros de Salud Calificados Federalmente	**Dentro de la red** Usted pagará el costo compartido que corresponda a los servicios de especialistas (según se describe más arriba en “Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico”).
• Controles virtuales (por ejemplo, por teléfono o chat de video) con su médico durante 5-10 minutos **si**: ○ No es un paciente nuevo **y** ○ El control no está relacionado con una consulta en el consultorio en los últimos 7 días **y**	**Dentro de la red** Usted pagará el costo compartido que corresponda a los servicios de especialistas (según se describe más arriba en “Servicios de médicos o profesionales, incluidas

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar
Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico - continuación	
○ El control no lleva a una consulta en el consultorio dentro de las 24 horas o la cita disponible más cercana	consultas en el consultorio del médico”).
• Evaluación de videos y/o imágenes que usted envía a su médico, e interpretación y seguimiento por parte de su médico en un plazo de 24 horas **si**: ○ No es un paciente nuevo **y** ○ La evaluación no está relacionada con una consulta en el consultorio en los últimos 7 días **y** ○ La evaluación no deriva en una consulta en el consultorio dentro de las 24 horas o la cita disponible más cercana	**Dentro de la red** Usted pagará el costo compartido que corresponda a los servicios de especialistas (según se describe más arriba en “Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico”).
• Consulta que su médico realiza con otros médicos por teléfono, internet o registro de salud electrónico	**Dentro de la red** Usted pagará el costo compartido que corresponda a los servicios de especialistas (según se describe más arriba en “Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico”).
• Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de una cirugía	**Dentro de la red** Usted pagará el costo compartido que corresponda a los servicios de especialistas (según se describe más arriba en “Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico”).

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar
Servicios de podiatría	
Los servicios cubiertos incluyen: • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (por ejemplo, dedo en martillo o espolones calcáneos) • Cuidado de rutina de los pies para los miembros que padecen determinadas afecciones que comprometen las extremidades inferiores	**Dentro de la red** $0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.
Atención adicional de rutina para los pies Sin límite de consultas cada año $500 de asignación cada año. Comuníquese con nuestro plan para obtener más detalles.	**Dentro de la red** $0 de copago
Profilaxis previa a la exposición (PrEP) para la prevención del VIH	
Si usted no tiene VIH, pero su médico u otro profesional de atención médica determina que tiene un mayor riesgo de contraer VIH, cubrimos los medicamentos de profilaxis previa a la exposición (Pre-Exposure Prophylaxis, PrEP) y los servicios relacionados. Si usted califica, los servicios cubiertos incluyen: • Medicamentos de PrEP orales o inyectables aprobados por la FDA, incluido el cargo de aplicación de la inyección, si corresponde • Hasta 8 sesiones individuales de asesoramiento (incluidas evaluación de riesgo de contraer VIH, reducción del riesgo de contraer VIH y cumplimiento farmacológico) cada 12 meses • Hasta 8 pruebas de detección de VIH cada 12 meses • Una prueba de detección del virus de la hepatitis B por una única vez	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio de PrEP.

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar
Pruebas de detección de cáncer de próstata	
Para los hombres de 50 años o más, los servicios cubiertos incluyen lo siguiente una vez cada 12 meses:	
• Tacto rectal	**Dentro de la red** $0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.
• Análisis del antígeno prostático específico (Prostate Specific Antigen, PSA)	**Dentro de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para un análisis del PSA anual.
Dispositivos protésicos, ortésicos y suministros relacionados	
Dispositivos (salvo los dentales) que reemplazan una función o parte del cuerpo parcial o totalmente. Estos incluyen, entre otros, pruebas, adaptación o capacitación para el uso de dispositivos protésicos y ortésicos; así como también bolsas de colostomía y artículos directamente relacionados con el cuidado de la colostomía, marcapasos, férulas, zapatos protésicos, extremidades artificiales y prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico para después de una mastectomía). Se incluyen determinados suministros relacionados con dispositivos protésicos y ortésicos, así como también la reparación y/o sustitución de estos dispositivos. Además, también se proporciona cierto grado de cobertura después de la extracción de cataratas o de una cirugía de cataratas – para obtener más detalles, consulte *Atención de la vista* más adelante en esta tabla.	**Dentro de la red** $0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. *Puede requerirse una autorización previa.*
Servicios de rehabilitación pulmonar	
Los programas integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para los miembros que tienen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (Chronic Obstructive Pulmonary Disease, COPD) de moderada a muy grave y que tienen una orden para	**Dentro de la red** $0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar
Servicios de rehabilitación pulmonar - continuación	
recibir servicios de rehabilitación pulmonar del médico que trata su enfermedad respiratoria crónica.	*Se requiere una autorización previa después de 36 consultas dentro del año del plan.*
Prueba de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol	
Cubrimos una prueba de detección de abuso de alcohol para adultos (incluidas mujeres embarazadas) que abusan del alcohol, pero que no son dependientes. Si el resultado de la prueba de detección de abuso de alcohol es positivo, usted puede obtener hasta 4 sesiones breves de asesoramiento 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.	**Dentro de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol cubierto por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar
Prueba de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT)	
Para las personas que reúnen los requisitos, se cubre una tomografía computarizada de baja dosis (Low Dose Computed Tomography, LDCT) cada 12 meses. **Los miembros elegibles deben cumplir con los siguientes requisitos:** tener entre 50 y 77 años y no tener signos ni síntomas de cáncer de pulmón, pero tener antecedentes como fumadores de tabaco de, al menos, 20 paquetes/años y ser fumadores actualmente o haber dejado de fumar en los últimos 15 años y recibir una orden de parte de un médico o un profesional no médico calificado para realizarse una LDCT durante una consulta para el asesoramiento sobre la prueba de detección de cáncer de pulmón y de la toma de decisiones compartidas que cumplan con los criterios de Medicare para dichas consultas. *Para poder realizarse una prueba de detección de cáncer de pulmón con una LDCT después de la prueba de detección inicial con una LDCT:* los miembros deben recibir una orden para realizarse una prueba de detección de cáncer de pulmón con una LDCT, que puede proporcionar un médico o profesional no médico calificado durante cualquier consulta apropiada. Si un médico o profesional no médico calificado elige realizar una consulta de asesoramiento y de toma de decisiones compartidas para realizar una prueba de detección de cáncer de pulmón con LDCT posterior, la consulta debe cumplir con los criterios de Medicare.	**Dentro de la red** 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.
Prueba de detección de infección por el virus de la hepatitis C	
Cubrimos una prueba de detección para hepatitis C si su médico de atención primaria u otro proveedor de atención médica calificado ordena una y si usted cumple con una de las siguientes condiciones: • Corre un alto riesgo porque usa o ha usado drogas ilegales inyectables. • Recibió una transfusión de sangre antes de 1992.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección del virus de la hepatitis C cubiertas por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar
Prueba de detección de infección por el virus de la hepatitis C - continuación • Nació entre 1945 y 1965. Si usted nació entre 1945 y 1965, y no se considera que esté en alto riesgo, cubrimos una prueba de detección por única vez. Si usted está en alto riesgo (por ejemplo, ha seguido usando drogas ilegales inyectables desde su más reciente prueba de detección para hepatitis C con resultados negativos), cubrimos pruebas de detección anuales.	
Prueba de detección de enfermedades de transmisión sexual (STI) y asesoramiento para prevenirlas Cubrimos pruebas de detección de enfermedades de transmisión sexual (Sexually Transmitted Infection, STI), como clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas de detección están cubiertas para las mujeres embarazadas y para ciertas personas que se encuentran en un mayor riesgo de infecciones por STI, cuando las solicita un proveedor de atención primaria. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertas etapas durante el embarazo. También cubrimos hasta 2 sesiones personales súper intensivas de asesoramiento conductual de 20 a 30 minutos cada año, para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de infecciones por STI. 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 el consultorio de un médico.	**Dentro de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de pruebas de detección de STI y asesoramiento sobre STI cubiertos por Medicare.
Servicios para tratar enfermedades renales Los servicios de diálisis y para enfermedades renales incluyen: • 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	**Dentro de la red** $0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar
Servicios para tratar enfermedades renales - continuación	
de los miembros con enfermedad renal crónica en etapa IV, cuando son remitidos por su médico, cubrimos hasta 6 sesiones de servicios educativos sobre la enfermedad renal en la 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)	**Dentro de la red** $0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.
• Tratamientos de diálisis para pacientes internados (si se lo ingresa al hospital para recibir atención especial)	**Dentro de la red** Estos servicios se cubrirán como se describe en las siguientes secciones: Consulte Atención hospitalaria para pacientes internados.
• Preparación para autodiálisis (incluye su preparación y la de cualquier otra persona que lo ayude con los tratamientos de diálisis en su hogar)	**Dentro de la red** $0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.
• Equipos y suministros para autodiálisis en su hogar	**Dentro de la red** Consulte Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) y suministros relacionados.
• 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)	**Dentro de la red** Consulte Agencia de atención médica a domicilio.
Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos por la Parte B de Medicare. Para obtener más información sobre la cobertura	

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar
Servicios para tratar enfermedades renales - continuación para medicamentos de la Parte B, consulte **Medicamentos de la Parte B de Medicare** de esta tabla.	
Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF)	
(Para obtener una definición de centro de atención de enfermería especializada, consulte el Capítulo 12. Algunas veces, los centros de atención de enfermería especializada se denominan SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Habitación semiprivada (o una habitación privada, si es médicamente necesario) • Comidas, incluidas las dietas especiales • Servicios de enfermería especializada • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Medicamentos administrados como parte de nuestro 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 concentrado de glóbulos rojos, y todos los demás componentes sanguíneos comienza con la primera pinta de sangre que necesite • Suministros médicos y quirúrgicos que habitualmente proveen los centros de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF) • Análisis de laboratorio que habitualmente se realizan en los SNF • Radiografías y otros servicios de radiología que habitualmente prestan los SNF • Uso de aparatos, como sillas de ruedas, habitualmente provistos por los SNF • Servicios de médicos o profesionales	**Dentro de la red** $0 de copago por cada estadía cubierta por Medicare en un centro de atención de enfermería especializada. Cada período de beneficios, usted tiene 100 días de cobertura de servicios para pacientes internados en un centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF), de acuerdo con las pautas de Medicare. El período de beneficios comienza el primer día como paciente con cobertura de Medicare internado en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada. El período de beneficios termina cuando usted no ha estado internado en un hospital ni en un SNF durante 60 días consecutivos. Si va a un hospital (o SNF) después de que un período de beneficios ha finalizado, comienza un nuevo período. No hay límite para la cantidad de períodos de beneficios que puede tener un paciente.

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar
Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF) - continuación Por lo general, su atención en los SNF la obtendrá en centros de la red. En determinadas condiciones que figuran más abajo, usted podría pagar el costo compartido dentro de la red por un centro que no sea proveedor de la red si dicho centro acepta los montos de pago de nuestro plan. • Un centro de cuidados o una comunidad de atención continua para jubilados donde usted vivía 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	*Puede requerirse una autorización previa.*
Servicios para dejar de fumar y consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco) Servicios para dejar de fumar y consumir tabaco para pacientes externos y hospitalizados que cumplan con estos criterios: • Consumen tabaco, independientemente de si presentan signos o síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco • Son competentes y están alertas durante la asesoría • Un médico calificado u otro profesional reconocido por Medicare proporciona asesoramiento Cubrimos 2 intentos para dejar de fumar por año (cada intento puede incluir un máximo de 4 sesiones intermedias o intensivas; por lo tanto, el paciente puede recibir hasta 8 sesiones por año).	**Dentro de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos para dejar de fumar y de consumir tabaco cubiertos por Medicare.
Tratamiento con ejercicios supervisados (SET) El tratamiento con ejercicios supervisados (Supervised Exercise Therapy, SET) está cubierto para los miembros que tienen enfermedad arterial periférica (Peripheral Artery Disease, PAD) sintomática.	**Dentro de la red** $0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar
Tratamiento con ejercicios supervisados (SET) - continuación	
Se cubren hasta 36 sesiones en un período de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa de SET. El programa de SET debe cumplir con lo siguiente: • Consistir en sesiones que duren entre 30 y 60 minutos y que consten de un programa de kinesioterapia para PAD en pacientes con claudicación • Llevarse a cabo en un entorno hospitalario para 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 con práctica médica o especialista en enfermería clínica, que debe estar capacitado en reanimación cardiopulmonar básica y avanzada 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.	*Puede requerirse una autorización previa.*
Transporte (adicional de rutina)	
Nuestro plan se ha asociado con **MediDrive** para brindar viajes de transporte relacionados con la salud que no sean de emergencia. Usted debe usar **MediDrive** para que este beneficio esté cubierto. Los establecimientos relacionados con la salud incluyen centros para pacientes internados y centros médicos. Los traslados pueden ser provistos por taxis, servicios de transporte compartido, camionetas y transporte médico que no sea de emergencia según lo determine nuestro socio de transporte. Uber y Lyft son parte de la red de **MediDrive** y están sujetos a disponibilidad. Para programar un viaje o averiguar cuántos viajes le quedan en el año (saldo de viajes), llame al **1-888-617-0467**, de lunes a sábado, de 6 a.m. a 6 p.m., hora local, o en línea en atriohp.com.	**Dentro de la red** $0 de copago Traslado de rutina hasta un máximo de 24 viajes cada año. Se considera un viaje traslado de un tramo en taxi, camioneta, transporte médico, o servicios de transporte compartido a un establecimiento relacionado con la salud que esté aprobado por el plan.

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar
Transporte (adicional de rutina) - continuación Los viajes deben programarse con al menos 48 horas de anticipación. Los viajes programados con menos de 48 horas de anticipación están sujetos a disponibilidad. Debe cancelar los viajes al menos 3 horas antes de la hora de recogida prevista. Si no, el viaje se deducirá de su saldo anual de viajes. Los viajes se limitan a tramos de 75 millas a menos que estén aprobados por el plan.	
Servicios de urgencia Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata, y que no es una emergencia, es un servicio de urgencia si usted está temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan, o incluso si se encuentra dentro del área de servicio del plan, no es razonable dado el momento, el lugar y las circunstancias obtener este servicio a través de proveedores de la red. Nuestro plan debe cubrir los servicios de urgencia y solo le cobrará el costo compartido dentro de la red. Ejemplos de servicios de urgencia son enfermedades y lesiones imprevistas, o exacerbaciones inesperadas de afecciones existentes. Las visitas de rutina a proveedores (como los chequeos anuales) que sean médicamente necesarias no se consideran de urgencia, incluso si usted se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o si la red de nuestro plan no está disponible temporalmente. La cobertura se limita a los Estados Unidos y sus territorios.	$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. El costo compartido por los servicios de atención de urgencia no se aplica si lo ingresan en un hospital en un plazo de 24 horas por la misma afección.
Atención de la vista Los servicios cubiertos incluyen: • 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	**Dentro de la red** $0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar
Atención de la vista - continuación	
cubre exámenes de la vista de rutina (refracción ocular) para anteojos o lentes de contacto	
• Para las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma, cubrimos 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 con diabetes, los afroestadounidenses de 50 años o más y los hispanoamericanos de 65 años o más	**Dentro de la red** $0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.
• Para las personas con diabetes, se cubre una prueba de detección de retinopatía diabética por año	**Dentro de la red** $0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.
• Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluya la colocación de una lente intraocular. Si necesita 2 operaciones de cataratas por separado, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía y comprar 2 anteojos después de la segunda cirugía	**Dentro de la red** $0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.
Nuestro plan se ha asociado con **VSP Vision Care** para brindar servicios de anteojos o lentes de contacto de rutina, que incluyen:	
Examen de la vista de rutina Se limita a 1 consulta(s) cada año Comuníquese con nuestro plan para obtener más detalles.	**Dentro de la red** $0 de copago
Anteojos o lentes de contacto de rutina adicionales $250 de asignación cada dos años por todos los anteojos y lentes de contacto adicionales.	

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar
Atención de la vista - continuación	
• **Lentes de contacto** Se limita a 1 caja de lentes de contacto cada dos años. Comuníquese con nuestro plan para obtener más detalles.	**Dentro de la red** $0 de copago hasta el monto de la asignación
• **Anteojos (lentes y marcos)** Se limita a 1 par de anteojos (lentes y marcos) cada dos años. Comuníquese con nuestro plan para obtener más detalles.	**Dentro de la red** $0 de copago hasta el monto de la asignación
Para usar estos beneficios adicionales, usted debe consultar a un **proveedor de la red de VSP Advantage**. Para buscar un proveedor de la red en su área y para obtener más información sobre estos beneficios, comuníquese con **VSP al 1-844-344-0572 (TTY 711)**, todos los días de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, o visite atriohp.com. NOTA: Los lentes de contacto necesarios para una corrección del nivel de visión están cubiertos en lugar de los anteojos. Todos los lentes básicos para anteojos unifocales, bifocales con línea, trifocales con línea y lenticulares están totalmente cubiertos.	
Consulta preventiva Bienvenido a Medicare	
Nuestro plan cubre la consulta preventiva única de *Bienvenido a Medicare*. La consulta incluye una revisión de su salud, como así también educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita (incluidas ciertas pruebas de detección y vacunas (o inmunizaciones)) y remisiones a otro tipo de atención si fuera necesario. **Importante:** Cubrimos la consulta preventiva *Bienvenido a Medicare* solo dentro de los primeros 12 meses de tener la Parte B de Medicare. Cuando solicite la cita, infórmele al personal del consultorio del médico que desea programar su consulta preventiva *Bienvenido a Medicare*.	**Dentro de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta preventiva *Bienvenido a Medicare*.

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar
Consulta preventiva Bienvenido a Medicare - continuación • Electrocardiograma cubierto por Medicare después de la consulta de bienvenida a los servicios preventivos	**Dentro de la red** $0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.

SECCIÓN 3 Servicios cubiertos por fuera de ATRIO Special Needs Plan (HMO D-SNP)

Los siguientes servicios no están cubiertos por ATRIO Special Needs Plan (HMO D-SNP) pero están disponibles mediante Medicaid:

- Los beneficios de Oregon Health Plan (Medicaid) (Medicaid) no cubiertos por Medicare
- Atención a largo plazo, servicios basados en el hogar y en la comunidad

Para obtener una lista detallada de los beneficios de Oregon Health Plan (Medicaid) (Medicaid), consulte el documento Resumen de beneficios (Summary of Benefits, SOB) de ATRIO Special Needs Plan (HMO D-SNP) y/o comuníquese con Oregon Health Plan (Medicaid) o su organización de atención coordinada (Coordinated Care Organization, CCO) de Oregon Health Plan (Medicaid).

SECCIÓN 4 Servicios que no están cubiertos por nuestro plan (exclusiones)

Esta sección le informa qué servicios están excluidos.

La siguiente tabla enumera los servicios y artículos que no están cubiertos por nuestro plan en ninguna circunstancia o solo están cubiertos por nuestro plan en determinadas circunstancias.

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 el Capítulo 9, Sección 6.3).

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubiertos solo en situaciones específicas
Cirugía o procedimientos cosméticos	Se cubren en casos de lesión accidental o para mejorar el funcionamiento de un miembro deformado Se cubren todas las etapas de reconstrucción de mama después de una mastectomía, así como también la de la mama no afectada para producir una apariencia simétrica
Cuidado asistencial El cuidado asistencial es aquel cuidado personal que no requiere la atención continua de personal médico o paramédico capacitado; como, por ejemplo, ayuda con las actividades de la vida cotidiana, como bañarse o vestirse	No cubiertos en ninguna situación
Equipos, medicamentos y procedimientos médicos y quirúrgicos experimentales Los productos y los procedimientos experimentales son aquellos que Original Medicare determina que no son generalmente aceptados por la comunidad médica	Pueden estar cubiertos por Original Medicare si forman parte de un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan (Consulte el Capítulo 3, Sección 5 para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica)
Cargos cobrados por la atención brindada por sus familiares inmediatos o los miembros de su hogar	No cubiertos en ninguna situación
Servicio de atención de enfermería de tiempo completo a domicilio	No cubiertos en ninguna situación
Servicios de atención médica a domicilio	Medicare cubre los servicios de atención de enfermería especializada de medio tiempo o intermitente que sea médicamente necesaria.
Los servicios de empleada doméstica incluyen ayuda básica en el hogar, entre ellas las tareas domésticas	No cubiertos en ninguna situación

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubiertos solo en situaciones específicas
sencillas o la preparación de comidas ligeras.	
Zapatos ortopédicos o dispositivos de apoyo para los pies	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 un hospital	Solo se cubre cuando es médicamente necesario
Reversión de procedimientos de esterilización y/o suministros anticonceptivos no recetados	No cubiertos en ninguna situación
Queratotomía radial, cirugía LASIK y otros dispositivos de ayuda para baja visión	Un par de anteojos con marcos estándar (o un juego de lentes de contacto) cubiertos después de cada cirugía de cataratas en la que se implante una lente intraocular.
Servicios considerados no razonables ni necesarios, según las normas de Original Medicare	No cubiertos en ninguna situación

CAPÍTULO 5:

Utilizar el plan para obtener cobertura para medicamentos de la Parte D

¿Cómo puede obtener información sobre los costos de sus medicamentos?
Dado que usted es elegible para Medicaid, reúne los requisitos y está recibiendo Ayuda adicional de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos con receta. Puesto que usted participa en el programa de Ayuda adicional, cierta información en esta *Evidencia de Cobertura* sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D no se aplica en su caso. Nosotros le enviamos un inserto separado que se denomina *Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs (Cláusula adicional a la Evidencia de Cobertura para las personas que reciben Ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta)* (también denominada *Low-Income Subsidy Rider* o *LIS Rider (Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos* o *Cláusula adicional LIS)*), que le informa sobre la cobertura para sus medicamentos. Si no tiene este inserto, llame a Servicios para los miembros al 1-877-672-8620 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y pida la *Cláusula adicional LIS.* (Los números de teléfono de Servicios para los miembros figuran en la contratapa de este documento).

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

Consulte la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4 para conocer los beneficios de medicamentos de la Parte B y los beneficios de medicamentos de hospicio de Medicare.

Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, usted tiene cobertura a través de los beneficios de Medicaid para algunos medicamentos con receta. Nuestra Lista de medicamentos le indica cómo averiguar sobre la cobertura para medicamentos de Medicaid.

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

- Debe pedirle a un proveedor (médico, dentista u otra persona autorizada a dar recetas) que escriba su receta, que debe ser válida de acuerdo con las leyes estatales correspondientes.
- 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 *o puede obtener sus medicamentos a través del servicio de pedidos por correo de su plan.*)
- Sus medicamentos deben estar en la Lista de medicamentos de nuestro plan (consulte la Sección 3).

- Su medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. Una "indicación médicamente aceptada" es un uso del medicamento que está aprobado por la FDA o avalado por ciertas referencias. (Consulte la Sección 3 Para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada).
- Su medicamento podría requerir la aprobación de nuestro plan con base en determinados criterios antes de que aceptemos cubrirlo. (Consulte la Sección 4 para obtener más información).

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

En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta están cubiertos *solo* si los obtiene en las farmacias de la red del plan. (Consulte la Sección 2.4 para obtener más información sobre cuándo cubriríamos los medicamentos con receta que obtiene en farmacias fuera de la red).

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

Sección 2.1 Farmacias de la red

Cómo encontrar una farmacia de la red en su área

Para encontrar una farmacia de la red, consulte su *Directorio de farmacias*, visite nuestro sitio web (atriohp.com) y/o llame a Servicios para los miembros al 1-877-672-8620 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Puede ir a cualquiera de las farmacias de la red.

Si su farmacia deja de formar parte de la red

Si la farmacia que usted utiliza deja de formar parte de la red de nuestro plan, tendrá que buscar una nueva farmacia de la red. Para encontrar otra farmacia en su área, puede obtener ayuda a través de Servicios para los miembros llamando al 1-877-672-8620 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o usar el *Directorio de farmacias*. También puede encontrar información en nuestro sitio web en atriohp.com.

Farmacias especializadas

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

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

- Farmacias que proveen medicamentos para las personas que residen en un centro de atención a largo plazo (Long-Term Care, LTC). Generalmente, un centro de LTC (como un centro de cuidados) tiene su propia farmacia. Si tiene dificultad para acceder a sus medicamentos de la Parte D en un centro de LTC, llame a Servicios para los miembros al 1-877-672-8620 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).
- Farmacias que presten servicios al Servicio de salud para la población india estadounidense urbana / tribal / Programa de salud para la población india estadounidense (no disponible en Puerto Rico). Salvo en caso de emergencia, solo los indios estadounidenses o los nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias dentro de la red.
- Farmacias que proveen medicamentos que están restringidos 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 buscar una farmacia especializada, consulte su *Directorio de farmacias* en atriohp.com o llame a Servicios para los miembros al 1-877-672-8620 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Sección 2.2 Servicio de pedido por correo de nuestro plan

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

Para obtener información sobre cómo obtener sus medicamentos con receta por correo, llame a Servicios para los miembros o puede elegir una de nuestras farmacias de pedido por correo y comunicarse con ellos para abrir una cuenta de pedido por correo. Los números de las farmacias se incluyen en el Directorio de farmacias. La farmacia de pedido por correo solicitará copias de las recetas en papel que requieran un suministro para tres (3) meses por parte de los médicos que le hagan la receta. Si utiliza una farmacia de pedido por correo que no pertenece a la red del plan, su receta quedará sin cobertura.

Por lo general, el pedido de la farmacia de pedido por correo se le entregará en no más de 7 días. Si su medicamento con receta de pedido por correo se retrasa y necesita que le surtan una receta de emergencia, cubriremos el surtido en una farmacia minorista de la red. Su proveedor tendrá que pedir una receta para un mes a la farmacia (de la red de su plan) que desee utilizar. Una vez que la farmacia tenga lista su receta, podrá recogerla pagando el copago correspondiente a un mes.

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

Después de que la farmacia reciba una receta de un proveedor de atención médica, se pondrá en contacto con usted para determinar si desea que se le proporcione el medicamento inmediatamente o más adelante. Es importante que responda cada vez que la farmacia se comunique con usted para informarles si la nueva receta se debe enviar, atrasar o detener.

Resurtidos de recetas médicas de pedido por correo. Para resurtidos, comuníquese con su farmacia 14 días antes de que su medicamento con receta actual se termine para asegurarse de que su próximo pedido se le envíe a tiempo.

Sección 2.3 Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo

Cuando obtiene un suministro de medicamentos a largo plazo, su costo compartido puede ser menor. Nuestro plan ofrece 2 maneras de obtener un suministro a largo plazo (también denominado suministro extendido) de medicamentos de mantenimiento en la Lista de medicamentos del plan. (Los medicamentos de mantenimiento son aquellos que usted toma regularmente para tratar una afección médica crónica o a largo plazo).

1. Algunas de estas farmacias minoristas posiblemente acepten un costo compartido menor para un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. En el *Directorio de farmacias* en atriohp.com se detallan las farmacias de nuestra red que pueden proporcionar un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar a Servicios para los miembros al 1-877-672-8620 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información.
2. Usted también puede recibir medicamentos de mantenimiento a través de nuestro programa de pedidos por correo. Consulte la Sección 2.2 para obtener más información.

Sección 2.4 Uso de una farmacia que no está en la red de nuestro plan

Por lo general, cubrimos los medicamentos que se obtienen en una farmacia fuera de la red *solo* si no puede utilizar una farmacia de la red. Contamos con farmacias de la red fuera del área de servicio, en las que puede obtener medicamentos con receta como miembro de nuestro plan. **Primero consulte con Servicios para los miembros al 1-877-672-8620 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)** para ver si hay alguna farmacia de la red cerca.

Cubrimos los medicamentos con receta surtidos en una farmacia fuera de la red solo en estas circunstancias:

- Está de viaje fuera de su área de servicio y pierde o se queda sin los medicamentos cubiertos de la Parte D, o se enferma y necesita un medicamento cubierto de la Parte D y no es posible acceder a una farmacia de la red.
- No puede obtener un medicamento cubierto de la Parte D de manera oportuna dentro de su área de servicio porque no hay farmacias de la red a una distancia razonable en automóvil que ofrezcan servicio las 24 horas, los 7 días de la semana.
- El medicamento cubierto de la Parte D que le recetaron no se encuentra regularmente en inventario en una farmacia de la red minorista accesible ni por medio de una farmacia de pedido por correo.

- Le dispensan un medicamento de la Parte D en una farmacia fuera de la red que forma parte de una institución mientras usted es paciente en un departamento de emergencias, en una clínica relacionada con un proveedor, en un hospital para pacientes externos o en otro entorno para pacientes externos.
- En caso de declaración de cualquier desastre federal u otra declaración de emergencia de salud pública por la que usted sea evacuado o desplazado de otra manera de su lugar de residencia y no sea razonable esperar que obtenga los medicamentos cubiertos de la Parte D en una farmacia de la red.

A ATRIO Special Needs Plan (HMO D-SNP) no se le permite reembolsar a los miembros por beneficios cubiertos por Medicaid. Generalmente, si debe usar una farmacia fuera de la red, deberá pagar el costo total (y no lo que normalmente le corresponde del costo) en el momento en que surta la receta. Puede solicitarnos que le reembolsemos la parte que nos corresponde del costo. (En el Capítulo 7, Sección 2 se explica cómo puede solicitar un reembolso al plan). Es posible que deba pagar la diferencia entre lo que paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia dentro de la red.

SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar en la Lista de medicamentos de nuestro plan

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

Nuestro plan tiene una *Lista* de *medicamentos cubiertos* (Formulario). En esta *Evidencia de Cobertura*, **la denominamos la Lista de medicamentos.**

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 solo muestra los medicamentos cubiertos de la Parte D de Medicare. Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos con receta están cubiertos por sus beneficios de Medicaid. La Lista de medicamentos le indica cómo averiguar sobre su cobertura para medicamentos de Medicaid.

Por lo general, cubrimos los medicamentos incluidos en la Lista de medicamentos de nuestro plan, siempre y cuando usted 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 esté *en alguna* de estas condiciones:

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

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 vendido 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 denominados biosimilares. Por lo general, los medicamentos genéricos y los biosimilares funcionan tan bien como los de marca o el producto biológico original y, generalmente, cuestan 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 sustituir al producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, al igual que los medicamentos genéricos pueden sustituir a los medicamentos de marca.

Consulte el Capítulo 12 para obtener definiciones de tipos de medicamentos que pueden estar incluidos en la Lista de medicamentos.

Medicamentos de venta libre

Nuestro plan cubre una cantidad limitada de medicamentos de venta libre (Over-the-Counter, OTC) según el formulario del plan. Algunos medicamentos de venta libre son menos costosos que los medicamentos con receta y son igual de eficaces. Para obtener más información, llame a Servicios para los miembros al 1-877-672-8620 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

¿Qué no se incluye en la Lista de medicamentos?

El plan no cubre todos los medicamentos con receta.

- En algunos casos, la ley no permite que ningún plan de Medicare cubra ciertos tipos de medicamentos. (Para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 7 de este capítulo).
- 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).

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

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

- Consulte la Lista de medicamentos más reciente que enviamos por vía electrónica.

- Visite el sitio web de nuestro plan (atriohp.com). La Lista de medicamentos en el sitio web siempre es la más actualizada.
- Llame a Servicios para los miembros al 1-877-672-8620 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para averiguar si un medicamento en particular está incluido en la Lista de medicamentos de nuestro plan o para pedir una copia de la lista.
- Utilice la "Real-Time Benefit Tool" (Herramienta de beneficios en tiempo real) del plan (atriohp.com) para buscar medicamentos en la Lista de medicamentos para ver un valor estimativo de lo que pagará y si hay medicamentos alternativos en la Lista de medicamentos que podrían tratar la misma afección. También puede llamar a Servicios para los miembros al 1-877-672-8620 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

SECCIÓN 4 Medicamentos con restricciones de cobertura

Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?

Para ciertos medicamentos con receta, existen normas especiales que limitan cómo y cuándo nuestro plan los cubre. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrollaron estas normas para alentarlo 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 de nuestro plan están destinadas a alentarlo a usted y a su proveedor a usar esa opción más económica.

Tenga en cuenta que, a veces, un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra Lista de Medicamentos. Esto se debe a que los mismos medicamentos pueden variar en función de la concentración, la cantidad o la forma del medicamento recetado por su proveedor de atención médica, y 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 2 por día, comprimido en comparación con líquido).

Sección 4.2 Tipos de restricciones

Si hay una restricción para su medicamento, por lo general significa que usted o su proveedor deberán seguir pasos adicionales para que nosotros cubramos el medicamento. Llame a Servicios para los miembros al 1-877-672-8620 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para averiguar qué pueden hacer usted o su proveedor para obtener la cobertura del medicamento. **Si desea pedirnos que eliminemos la restricción, tendrá que usar el proceso de decisiones de cobertura para solicitarnos una excepción**. Podemos estar o no de acuerdo en eliminar la restricción. (Consulte el Capítulo 9).

Obtener la aprobación del plan por adelantado

Para determinados medicamentos, usted o su proveedor necesitan obtener la autorización de nuestro plan a partir de criterios específicos antes de que aceptemos cubrir el medicamento para usted. 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 nuestro plan no cubra el medicamento. Los criterios de autorización previa de nuestro plan se pueden obtener llamando a Servicios para los miembros al 1-877-672-8620 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o en nuestro sitio web atriohp.com.

Probar un medicamento diferente primero

Este requisito hace que usted trate de utilizar medicamentos menos costosos, pero generalmente igual de eficaces antes de que nuestro plan le brinde cobertura para otro medicamento. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma afección y el Medicamento A cuesta menos, nuestro plan puede requerir que pruebe el medicamento A primero. Si el medicamento A no le funciona, entonces nuestro plan cubrirá el medicamento B. Este requisito de probar primero un medicamento diferente se denomina **tratamiento escalonado.** Los criterios de tratamiento escalonado de nuestro plan se pueden obtener llamando a Servicios para los miembros al 1-877-672-8620 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o en nuestro sitio web atriohp.com.

Límites de cantidad

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

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

Hay situaciones en las que hay un medicamento con receta que está tomando o que usted y su proveedor piensan que debería tomar, no está en nuestra Lista de medicamentos o tiene restricciones. Por ejemplo:

- El medicamento podría no estar cubierto en absoluto. O una versión genérica del medicamento podría tener 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.

SECCIÓN 6 Nuestra Lista de medicamentos puede sufrir modificaciones durante el año

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

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

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

Información sobre cambios en la cobertura para medicamentos

Cuando se realizan cambios en la Lista de medicamentos, publicamos información en nuestro sitio web sobre esos cambios. También actualizamos nuestra Lista de medicamentos en línea regularmente. A veces recibirá un aviso directo si se realizaron cambios sobre un medicamento que toma.

Cambios en la cobertura para medicamentos que lo afectan durante este año del plan

- **Agregar medicamentos a la Lista de medicamentos y eliminar o hacer cambios en un medicamento similar en la Lista de medicamentos**
  - Cuando agreguemos 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 ambas cosas. La nueva versión del medicamento estará en el mismo nivel de costo compartido o en un nivel de costo compartido más bajo y con 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 comunicaremos al menos 30 días antes de que realicemos el cambio, o le informaremos sobre el cambio y cubriremos un surtido para 31 días de la versión del medicamento que está tomando.
- **Eliminar medicamentos no seguros y otros medicamentos de la Lista de medicamentos que se retiran del mercado**
  - A veces, un medicamento podría considerarse no seguro o retirarse del mercado por otra razón. Si esto ocurre, podremos eliminar inmediatamente el medicamento de la Lista de

medicamentos. Si está tomando ese medicamento, le informaremos después de que realicemos el cambio.

- **Hacer otros cambios sobre 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, nos basamos en el recuadro de advertencias de la FDA o en nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare.
  - Le comunicaremos al menos 30 días antes de que realicemos estos cambios, o le informaremos sobre el cambio y cubriremos un resurtido adicional para 31 días del medicamento que está tomando.

Si realizamos cualquiera de estos cambios en alguno de los medicamentos que toma, hable con la persona autorizada a darle recetas sobre las opciones que podrían funcionar mejor para usted, incluso cambiar a un medicamento diferente para tratar su afección o solicitar una decisión de cobertura para satisfacer cualquier nueva restricción sobre el medicamento que está tomando. Usted o la persona autorizada a darle recetas 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 este año del plan

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

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

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

Si cualquiera de estos cambios ocurre con un medicamento que toma (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 ni lo que usted paga como la parte que le corresponde del costo hasta el 1 de enero del próximo año.

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

SECCIÓN 7 Tipos de medicamentos que no cubrimos

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

Si 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 un medicamento excluido por nuestro plan también está excluido por Medicaid, deberá pagarlo usted mismo. (, a menos que nuestro plan cubra ciertos medicamentos excluidos dentro de la cobertura para medicamentos mejorada).

A continuación, se presentan 3 normas generales sobre medicamentos que el plan de medicamentos de Medicare no cubre según la Parte D:

- La cobertura para medicamentos de la Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que estaría cubierto en la Parte A o la Parte B de Medicare.
- Nuestro plan no cubre un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos o sus territorios.
- Nuestro plan no puede cubrir el uso *para una indicación no autorizada* de un medicamento cuando el uso no está avalado por ciertas referencias, como American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de Información DRUGDEX de Micromedex. *Indicación no autorizada* es cualquier uso distinto al indicado en la etiqueta de un medicamento aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA).

Además, por ley, las siguientes categorías de medicamentos que figuran a continuación no están cubiertas por Medicare ni por Medicaid.

- 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 fluoruro
- 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 exija, como condición de venta, que se realicen exámenes relacionados con estos o se compren servicios de supervisión exclusivamente al fabricante

Si **recibe Ayuda adicional de Medicare** para pagar sus medicamentos con receta, Ayuda adicional no pagará los medicamentos que por lo general no cubre. (Consulte la Lista de medicamentos de nuestro plan o llame a Servicios para los miembros al 1-877-672-8620 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener información adicional). Si tiene una cobertura para medicamentos a través de Medicaid, el programa Medicaid de su estado podría 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 que podría estar disponible para usted. (Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto de Medicaid en el Capítulo 2, Sección 6).

SECCIÓN 8 Cómo surtir un medicamento

Para obtener su medicamento con receta, proporcione la información de miembro de nuestro plan (que puede encontrar en su tarjeta de miembro) en la farmacia de la red que usted elija. La farmacia de la red automáticamente le facturará a nuestro plan por nuestra parte del costo de su medicamento. Usted deberá pagarle a la farmacia *su* parte del costo en el momento de retirar su medicamento con receta.

Si usted no tiene su información de miembro de nuestro plan, usted o su farmacia pueden llamar a nuestro plan para obtener la información necesaria, o puede pedirle a la farmacia que busque la información de inscripción de nuestro plan.

A ATRIO Special Needs Plan (HMO D-SNP) no se le permite reembolsar a los miembros por beneficios cubiertos por Medicaid. Si la farmacia no puede recibir la información necesaria, **es posible que usted deba pagar el costo total del medicamento con receta cuando lo retire**. Entonces puede **solicitarnos que le reembolsemos** la parte que nos corresponde. Consulte el Capítulo 7, Sección 2 para obtener información sobre cómo solicitar el reembolso al plan.

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

Sección 9.1 En un hospital o centro de atención de enfermería especializada para estadía cubierta por nuestro plan

Si ingresa en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada para una estadía que cubre nuestro 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, nuestro 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 Como residente en un centro de atención a largo plazo (Long-Term Care, 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 usted reside en un centro de LTC, puede obtener sus medicamentos con receta a través de la farmacia del centro o la que utiliza el centro, siempre y cuando sea parte de nuestra red.

Consulte su *Directorio de farmacias* en atriohp.com para averiguar si la farmacia del centro de LTC o la que utiliza el centro forma parte de nuestra red. Si no forma parte de nuestra red o si necesita más información o ayuda, llame a Servicios para los miembros al 1-877-672-8620 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). 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.

Si es residente de un centro de LTC y necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos o está restringido de alguna manera, consulte la Sección 5 para obtener más información acerca de cómo obtener un suministro temporal o de emergencia.

Sección 9.3 Si también tiene cobertura para medicamentos del plan de un empleador o grupo de jubilados

Si tiene otra cobertura para medicamentos a través de su empleador o grupo de jubilados (o del de su cónyuge o pareja doméstica), comuníquese con **el administrador de beneficios de ese grupo**. Puede ayudarlo a comprender cómo funcionará su cobertura actual para medicamentos con relación a nuestro plan.

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

Nota especial sobre la cobertura acreditable:

Cada año, su empleador o grupo de jubilados le debe enviar un aviso en el que se le informe si su cobertura para medicamentos para el año calendario siguiente es acreditable.

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

Guarde cualquier aviso sobre la cobertura acreditable porque es posible que necesite estos avisos más adelante para demostrar que mantuvo una cobertura acreditable. Si no recibió un aviso sobre la cobertura acreditable, solicite una copia al administrador de beneficios de su plan de jubilados o empleador o al empleador o sindicato.

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

El hospicio y nuestro plan no cubren el mismo medicamento al mismo tiempo. Si está inscrito en un hospicio de Medicare y necesita ciertos medicamentos (p. ej., un 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, pida a su proveedor del hospicio o persona autorizada a dar recetas que le proporcione un aviso antes de que se surta su 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 la seguridad y administración de los medicamentos

Llevamos a cabo revisiones sobre los usos de medicamentos para asegurarnos de que nuestros miembros reciban 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:

- 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 toma
- 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 10.1 Programa de administración de medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a usar de manera segura los 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 denomina Programa de administración de medicamentos (Drug Management Program, DMP). Si utiliza medicamentos opioides que obtiene de diferentes personas autorizadas a dar recetas o farmacias, o si tuvo una sobredosis reciente de opioides, podemos hablar con sus personas autorizadas a darle recetas para asegurarnos de que su uso de los medicamentos opioides sea apropiado y médicamente necesario. Trabajaremos con las personas autorizadas a darle recetas, si decidimos que su uso de los medicamentos opioides o benzodiazepina con receta podría no ser seguro, podríamos limitar la manera en que obtiene esos medicamentos. Si lo ubicamos en nuestro DMP, las limitaciones pueden ser las siguientes:

- Solicitarle que obtenga todos sus medicamentos opioides o benzodiazepina con receta en determinadas farmacias.
- Solicitarle que obtenga todos sus medicamentos opioides o benzodiazepina con receta de parte de determinada persona autorizada para darle recetas.
- Limitar la cantidad de medicamentos opioides o benzodiazepina que cubriremos para usted.

Si planeamos limitar cómo obtiene estos medicamentos o cuánto puede obtener, le enviaremos una carta por adelantado. En la carta, se le indicará si limitaremos la cobertura de estos medicamentos para usted o si se le pedirá que obtenga los medicamentos con receta solo de una persona autorizada a dar recetas o farmacia específicas. Tendrá la oportunidad de informarnos qué personas autorizadas para darle recetas 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 darle 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 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 Programa de Administración de Medicamentos (Drug Management Program, DMP) si usted tiene determinadas afecciones médicas, como dolor relacionado con un cáncer o enfermedad de células falciformes, o si recibe atención en un hospicio, paliativa o de final de vida, o vive en un centro de atención a largo plazo (Long-Term Care, LTC).

Sección 10.2 Programa de manejo del tratamiento farmacológico (MTM) para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos

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

Algunos miembros que tienen ciertas enfermedades crónicas y toman medicamentos que superan un monto específico de los costos de los medicamentos o se encuentran en un Programa de administración de medicamentos (Drug Management Program, DMP) para ayudarlos a usar opioides de manera segura pueden obtener servicios a través de un Programa de manejo del tratamiento farmacológico (Medication Therapy Management, MTM). Si reúne los requisitos para participar en el programa, un farmacéutico u otro profesional de la salud llevará a cabo una revisión integral de todos sus medicamentos. Durante la revisión, puede hablar sobre sus medicamentos, los costos y 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, qué cantidad tomar, cuándo 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 con receta 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 acude al hospital o a la sala de emergencias.

Si tenemos un programa que se adapte a sus necesidades, lo inscribiremos automáticamente en él y le enviaremos la información. Si usted decide no participar, notifíquenos y retiraremos su participación. Si tiene preguntas acerca de este programa, comuníquese con Servicios para los miembros al 1-877-672-8620 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

CAPÍTULO 6:

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

SECCIÓN 1 Lo que usted paga por los medicamentos de la Parte D

En este capítulo usamos el término “medicamento” en el sentido de un medicamento con receta de la Parte D. No todos los medicamentos son medicamentos de la Parte D. Algunos medicamentos están excluidos, por ley, de la cobertura de la Parte D. Algunos de los medicamentos excluidos de la cobertura de la Parte D están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare o de Medicaid. Algunos medicamentos excluidos pueden estar cubiertos por nuestro plan si ha comprado una cobertura para medicamentos adicional.

Para comprender la información de pago, usted necesita saber qué medicamentos están cubiertos, dónde obtener sus medicamentos con receta y cuáles son las normas que debe seguir cuando obtiene sus medicamentos cubiertos. El Capítulo 5 explica estas normas. Cuando usted utiliza la “Real-Time Benefit Tool” (Herramienta de beneficios en tiempo real) para buscar la cobertura de un medicamento (atriohp.com), el costo que observa muestra un estimado de los costos que paga de su bolsillo que se espera que usted pague. También puede obtener información proporcionada por la “Herramienta de beneficios en tiempo real” llamando a Servicios para los miembros al 1-877-672-8620 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

¿Cómo puede obtener información sobre los costos de sus medicamentos si está recibiendo Ayuda adicional con los costos de los medicamentos con receta de la Parte D?

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. Dado que participa en el programa Ayuda adicional, **cierta información en esta** *Evidencia de Cobertura* sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D **no se aplica en su caso**. Nosotros le enviamos un inserto separado que se denomina *Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs (Cláusula adicional a la Evidencia de Cobertura para las personas que reciben Ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta)* (también denominada *Low-Income Subsidy Rider* o *LIS Rider* (Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS)), que le informa sobre la cobertura para sus medicamentos. Si no tiene este inserto, llame a Servicios para los miembros al 1-877-672-8620 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y pida la *Cláusula adicional LIS*.

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

Hay 3 distintos tipos de costos de su bolsillo para los medicamentos cubiertos de la Parte D que se le podría solicitar que pague:

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

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

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

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

Los costos que paga de su bolsillo **incluyen** los pagos detallados a continuación (siempre y cuando correspondan a medicamentos cubiertos de la Parte D y usted haya cumplido con las normas relativas a la cobertura para medicamentos que se explican en el Capítulo 5):

- El monto que paga por los medicamentos cuando está en las siguientes etapas de pago de los medicamentos:
  - La Etapa del deducible
  - La Etapa de cobertura inicial
- Cualquier pago que haya efectuado durante este año calendario como miembro de un plan de medicamentos de Medicare diferente antes de inscribirse en nuestro plan
- Cualquier pago por sus medicamentos que hayan hecho familiares o amigos
- Cualquier pago por sus medicamentos realizado por Ayuda adicional de Medicare, planes de parte del empleador o del sindicado, Servicio de Salud para la Población India Estadounidense, programas de asistencia de medicamentos para el SIDA, y la mayoría de las organizaciones benéficas

Paso a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas:

Cuando usted (o los que pagan en su nombre) haya gastado un total de $2,400 en costos que paga de su bolsillo en el año calendario, pasará de la Etapa de cobertura inicial a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

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

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

- Medicamentos que compra fuera de los Estados Unidos y sus territorios
- Medicamentos que nuestro plan no cubre
- Medicamentos que obtiene en una farmacia fuera de la red que no cumplen con los requisitos de nuestro plan para la cobertura fuera de la red
- Medicamentos con receta cubiertos por la Parte A o la Parte B
- Pagos que usted realiza por medicamentos cubiertos por nuestra cobertura adicional, pero que un plan de medicamentos de Medicare normalmente no cubre
- Pagos que usted realiza por medicamentos que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare
- Pagos por sus medicamentos realizados por determinados planes de seguros y programas de salud financiados por el gobierno, como TRICARE y Administración de Salud de Veteranos (Veterans Health Administration, VA)
- Pagos por sus medicamentos realizados por un tercero con la obligación legal de pagar los costos de los medicamentos con receta (por ejemplo, compensación laboral)
- Pagos realizados por los fabricantes de medicamentos conforme al Programa de descuentos del fabricante

Recordatorio: Si cualquier otra organización, como las que mencionamos más arriba, paga parte o la totalidad de los costos que paga de su bolsillo por los medicamentos, usted debe informarlo a nuestro plan llamando a Servicios para los miembros al 1-877-672-8620 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Registro de los costos que usted paga de su bolsillo

- La *Explicación de beneficios de la Parte D* (Explanation of Benefits, EOB) que usted recibe incluye el monto actual de los costos que paga de su bolsillo. Cuando este monto alcance los $2,400, la *EOB de la Parte D* le indicará que deja la Etapa de cobertura inicial y pasa a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** Consulte la Sección 3.1 para saber qué puede hacer para asegurarse de que nuestros registros de lo que gastó estén completos y actualizados.

SECCIÓN 2 Etapas de pago de los medicamentos para los miembros de ATRIO Special Needs Plan (HMO D-SNP)

Hay 3 **etapas de pago de los medicamentos** para su cobertura para medicamentos a través de ATRIO Special Needs Plan (HMO D-SNP). La cantidad que paga por cada medicamento con receta depende de la etapa en la que usted se encuentre cuando obtenga un medicamento con receta o un resurtido. Los detalles de cada etapa se explican en este capítulo. Las etapas son las siguientes:

- **Etapa 1: Etapa del deducible anual**
- **Etapa 2: Etapa de cobertura inicial**
- **Etapa 3: Etapa de cobertura en situaciones catastróficas**

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

Nuestro plan hace un seguimiento de sus costos de medicamentos con receta y de los pagos que hace cuando obtiene medicamentos con receta en la farmacia. De esta manera, podemos decirle cuándo pasa de una etapa de pago de medicamentos a la siguiente etapa. Registramos dos tipos de costos:

- **Costos que paga de su bolsillo:** esto es cuánto pagó. Esto incluye lo que usted pagó cuando recibió un medicamento cubierto de la Parte D, cualquier pago por sus medicamentos realizado por su familia o amigos, y cualquier pago realizado por sus medicamentos por Ayuda adicional de Medicare, los planes de salud del sindicato o empleador, el Servicio de salud para la población india estadounidense, programas de asistencia de medicamentos para el SIDA, organizaciones benéficas y la mayoría de los programas estatales de asistencia farmacéutica (State Pharmaceutical Assistance Programs, SPAP).
- **Costos totales de los medicamentos:** esto corresponde al total de todos los pagos realizados por sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Aquí se incluye lo que nuestro plan pagó, lo que usted pagó y lo que otros programas u organizaciones pagaron por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

Si surtió una o más recetas a través de nuestro plan durante el mes anterior, le enviaremos una *EOB de la Parte D*. La *EOB de la Parte D* incluye:

- **Información para ese mes.** Este informe proporciona detalles de pago sobre medicamentos con receta que obtuvo el mes anterior. Muestra el total de costos de los medicamentos, lo que nuestro plan pagó y lo que usted y otros pagaron en su nombre.
- **Los totales para el año desde el 1 de enero.** Esto 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 muestra el precio total del medicamento e información sobre cambios en el precio desde el primer surtido para cada reclamación de medicamento con receta de la misma cantidad.
- **Medicamentos con receta alternativos disponibles a un costo menor.** Esto incluye información sobre otros medicamentos con menor costo compartido disponibles para cada reclamación de un medicamento con receta, si corresponde.

Sección 3.1 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 ayuda a que sepamos acerca de los medicamentos con receta que obtiene y lo que paga.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** En ocasiones, es posible que pague el costo total de un medicamento con receta. En estos casos, no 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. **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 es 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 del medicamento.
    - Cada vez que compra medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red o que paga 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, consulte el Capítulo 7, Sección 2.
- **Envíenos información sobre los pagos que terceros hayan realizado por usted.** Los pagos realizados por otras personas u organizaciones también se tienen en cuenta para los costos que paga de su bolsillo. Por ejemplo, los pagos realizados por un programa de asistencia de

medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP), el Servicio de Salud para la Población India Estadounidense y las organizaciones benéficas se tienen en cuenta para los costos que paga de su bolsillo. Lleve un registro de estos pagos y envíelos para que podamos hacer un seguimiento de sus costos.

- **Revise el informe que le enviamos por escrito.** Cuando reciba la *Explicación de beneficios (Explanation of Benefits, EOB) de la Parte D*, revísela para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si considera que falta algo o si tiene preguntas, llame a Servicios para los miembros al 1-877-672-8620 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Asegúrese de guardar estos informes.

SECCIÓN 4 La Etapa del deducible

Debido a que la mayoría de nuestros miembros recibe Ayuda adicional para pagar los costos de los medicamentos con receta, la Etapa del deducible no se aplica a la mayoría de ellos. Si recibe Ayuda adicional, esta etapa de pago no se aplica a usted.

Consulte el inserto separado (*Cláusula adicional LIS*) para obtener información sobre el monto de su deducible.

Si no recibe Ayuda adicional, la Etapa del deducible es la primera etapa de pago de la cobertura para medicamentos El deducible no se aplica a productos de insulina cubiertos ni a la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, incluidas las vacunas contra el herpes zóster, el tétanos y para los viajes. Pagará un deducible anual de $500 en medicamentos de Nivel 3, Nivel 4, Nivel 5. **Debe pagar el costo total de sus medicamentos de Nivel 3, Nivel 4, Nivel 5** hasta que alcance el monto del deducible de nuestro plan. Para todos los demás medicamentos, no deberá pagar ningún deducible. El **costo total** suele ser inferior al precio total habitual del medicamento, ya que nuestro plan ha negociado costos más bajos para la mayoría de los medicamentos en farmacias de la red.

Una vez que haya pagado $500 por los medicamentos de Nivel 3, Nivel 4, Nivel 5, sale de la Etapa del deducible y pasa a la Etapa de cobertura inicial.

SECCIÓN 5 La Etapa de cobertura inicial

Sección 5.1 Lo que paga por un medicamento depende del medicamento y de dónde obtiene los medicamentos con receta

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

Sus opciones de farmacias

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

- Una farmacia minorista de la red
- Una farmacia que no es de la red de nuestro plan. Cubrimos medicamentos con receta surtidos en farmacias fuera de la red solo en situaciones limitadas. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.4 para averiguar cuándo cubriremos los medicamentos con receta que obtiene en una farmacia fuera de la red.
- La farmacia de pedido por correo de nuestro plan.

Para obtener más información sobre estas opciones de farmacias y el surtido de medicamentos con receta, consulte el Capítulo 5 y el *Directorio de farmacias* de nuestro plan en atriohp.com.

Sección 5.2 Sus costos por un suministro para *un mes* de un medicamento cubierto

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

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

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

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

	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (suministro para hasta 31 días)	**Atención a largo plazo (Long-Term Care, LTC)** (suministro para hasta 34 días)	**Costo compartido fuera de la red** (La cobertura se limita a determinadas situaciones; consulte el Capítulo 5 para obtener detalles). (suministro para hasta 31 días)
Costo compartido por medicamentos cubiertos	25% de coseguro o $0/ $1.65/ $5.80/ * por los medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos considerados genéricos) $0/ $5.00/ $14.40/ *	25% de coseguro o $0/ $1.65/ $5.80/ * por los medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos considerados genéricos) $0/ $5.00/ $14.40/ *	25% de coseguro o $0/ $1.65/ $5.80/ * por los medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos considerados genéricos) $0/ $5.00/ $14.40/ *

	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (suministro para hasta 31 días)	**Atención a largo plazo (Long-Term Care, LTC)** (suministro para hasta 34 días)	**Costo compartido fuera de la red** (La cobertura se limita a determinadas situaciones; consulte el Capítulo 5 para obtener detalles). (suministro para hasta 31 días)
	por todos los demás medicamentos	por todos los demás medicamentos	por todos los demás medicamentos

*El costo compartido se basa en su nivel de “Ayuda adicional”.

Consulte la Sección 7 para obtener más información sobre el costo compartido de las vacunas de la Parte D.

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

Por lo general, el monto que usted paga por un medicamento cubre el suministro para un mes completo. Es posible que, en algunos casos, a usted o a su médico le gustaría obtener un suministro de un medicamento para menos de un mes (por ejemplo, cuando prueba por primera vez un medicamento). También puede pedirle a su médico que le recete, y a su farmacéutico que le entregue, un suministro para menos de un mes completo de sus medicamentos si esto lo ayuda a planificar mejor las fechas de resurtido.

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

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

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

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

Sus costos por un suministro *a largo plazo* de un medicamento cubierto de la Parte D

	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (suministro para hasta 100 días)
Costo compartido por medicamentos cubiertos	25% de coseguro o $0/ $1.65/ $5.80/ * por los medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos considerados genéricos) $0/ $5.00/ $14.40/ * por todos los demás medicamentos

*El costo compartido se basa en su nivel de “Ayuda adicional”.

Sección 5.5 Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que los costos que usted paga de su bolsillo alcancen $2,400

Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que los costos totales que paga de su bolsillo alcancen los $2,400. Luego pasa a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

Ofrecemos cobertura adicional para algunos medicamentos con receta que normalmente el plan de medicamentos de Medicare no cubre. Los pagos realizados por estos medicamentos no se tienen en cuenta para el total de los costos que usted paga de su bolsillo.

La *EOB de la Parte D* que recibió lo ayudará a llevar un registro de lo que usted, nuestro plan y cualquier otro tercero han gastado en usted durante el año. No todos los miembros llegarán al límite de $2,400 que pagan de su bolsillo en un año.

Le informaremos cuando alcance este monto. Consulte la Sección 1.2 para obtener más información acerca de cómo calcula Medicare los costos que usted paga de su bolsillo.

SECCIÓN 6 Etapa de cobertura en situaciones catastróficas

En la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted entra en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas cuando los costos que

paga de su bolsillo alcanzan el límite de $2,400 para el año calendario. Una vez que esté en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, se quedará en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.

- Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por los medicamentos de la Parte D cubiertos ni por los medicamentos excluidos cubiertos por nuestro beneficio mejorado.

SECCIÓN 7 Lo que le corresponde pagar por las vacunas de la Parte D

Mensaje importante sobre lo que le corresponde pagar por las vacunas - Algunas vacunas se consideran beneficios médicos y están cubiertas por la Parte B. Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas en la Lista de medicamentos de nuestro plan. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D sin costo alguno para usted, incluso si no ha pagado su deducible. Consulte la Lista de medicamentos de nuestro plan o llame a Servicios para los miembros al 1-877-672-8620 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener detalles de cobertura y costo compartido sobre vacunas específicas.

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

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

Sus costos para una vacuna de la Parte D dependen de 3 elementos:

1. **Determinar si la vacuna es recomendada para adultos por una organización llamada Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP).**
    - La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos son recomendadas por el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP), y no le cuestan nada.
2. **Dónde obtiene la vacuna.**
    - La vacuna en sí puede ser dispensada por una farmacia o proporcionada por el consultorio del médico.
3. **Quién le administra la vacuna.**
    - Un farmacéutico u otro proveedor pueden administrar la vacuna en la farmacia. O bien, un proveedor puede administrarla en el consultorio del médico.

Lo que usted paga en el momento en que se le administra la vacuna de la Parte D puede variar según las circunstancias y la **etapa de pago del medicamento** en la que se encuentre.

- Cuando reciba una vacuna, es posible que tenga que pagar el costo total tanto de la vacuna en sí como el costo del proveedor por administrarla. Puede solicitarle a nuestro plan que le devuelva la parte que nos corresponde del costo. Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, esto significa que se le reembolsará el costo total que pagó.
- Otras veces, cuando recibe una vacuna, paga solo la parte que le corresponde del costo de acuerdo con el beneficio de la Parte D. Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, no paga nada.

A continuación, se presentan 3 ejemplos de formas de recibir la administración de una vacuna de la Parte D.

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

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

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

- Cuando obtenga la vacuna, es posible que deba pagar el costo total tanto de la vacuna en sí como el costo del proveedor por administrarla.
- Entonces, puede solicitarle a nuestro plan que le pague la parte que nos corresponde del costo a través de los procedimientos descritos en el Capítulo 7.
- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, se le reembolsará el monto total que usted pagó. Para otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará el monto que usted pagó menos el copago por la vacuna (incluida la administración)

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

- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, no paga nada por la vacuna en sí.
- Para otras vacunas de la Parte D, usted le paga a la farmacia el copago por la vacuna en sí.
- Cuando su médico le administre la vacuna, es posible que deba pagar el costo total de este servicio.

- Entonces, puede solicitarle a nuestro plan que le pague la parte que nos corresponde del costo a través de los procedimientos descritos en el Capítulo 7.
- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, se le reembolsará el monto total que pagó. Para otras vacunas de la Parte D, a usted se le reembolsará el monto que pagó menos el copago por la administración de la vacuna.

CAPÍTULO 7:

Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura por servicios médicos o medicamentos cubiertos

SECCIÓN 1 Situaciones cuando debe pedirnos que paguemos la parte que nos corresponde de los servicios o medicamentos cubiertos

Los proveedores de nuestra red le facturan directamente a nuestro plan sus servicios y medicamentos cubiertos. Si recibe una factura por el costo total de la atención médica o los medicamentos que recibió, envíenos esa factura para que podamos pagarla. Cuando nos envíe la factura, la analizaremos y decidiremos si se deben cubrir los servicios y los medicamentos. Si decidimos que se deben cubrir, le pagaremos al proveedor directamente.

Si usted ya pagó un servicio o artículo de Medicare cubierto por el plan, puede solicitar a nuestro plan que le devuelva el dinero (a la acción de devolver el dinero a menudo se la llama **reembolsar**). Es su derecho que nuestro plan le reembolse cada vez que usted haya pagado más del monto que le corresponde de los costos por servicios médicos o medicamentos que están cubiertos por 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 podría haber veces en las que recibe una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que recibió o por más de lo que le corresponde del costo compartido. Primero, intente resolver el tema de la factura con el proveedor. Si eso no funciona, envíenos la factura en lugar de pagarla 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, usted todavía tiene derecho al tratamiento.

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 ha recibido atención médica de emergencia o de urgencia de un proveedor que no pertenece a la red de nuestro plan**
   - Usted puede recibir servicios de emergencia o de urgencia de cualquier proveedor, independientemente de que el proveedor sea parte de nuestra red, o no. En estos casos, pídale al proveedor que le facture a nuestro plan.
   - Si usted paga el monto total en el momento de recibir la atención, pídanos que le reembolsemos la parte que nos corresponde del costo. Envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado.
   - Es posible que reciba una factura del proveedor en la que le pide pagar un monto que usted considera que no debe. Envíenos esta factura junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado.
     - Si al proveedor se le debe algo, le pagaremos directamente.
     - Si ya ha pagado por el servicio, le reembolsaremos.
2. **Cuando un proveedor de la red le envía una factura que usted considera que no debe pagar**

   Los proveedores de la red siempre deben facturar a nuestro plan directamente. Pero a veces cometen errores y le piden que pague por sus servicios.
   - Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red que 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. Pídanos un reembolso por sus servicios cubiertos.
3. **Si está inscrito retroactivamente en nuestro plan**

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

   Si se inscribió retroactivamente en nuestro plan y pagó de su bolsillo por sus medicamentos o servicios cubiertos después de la fecha de inscripción, puede solicitarnos que le reembolsemos la parte que nos corresponde del costo. Deberá enviarnos cierta documentación, como recibos y facturas, para que coordinemos el reembolso.
4. **Cuando utilice una farmacia fuera de la red para obtener medicamentos con receta**

   Si acude a una farmacia fuera de la red, es posible que la farmacia no pueda presentarnos la reclamación 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 que le reembolsemos la parte que nos corresponde del costo. Recuerde que solo cubrimos farmacias fuera de la red en circunstancias

limitadas. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.4 para conocer más sobre estas circunstancias. Es posible que no le reembolsemos la diferencia entre lo que pagó por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el monto que 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 de nuestro plan**

   Si no lleva con usted su tarjeta de miembro de nuestro plan, puede pedirle a la farmacia que llame a nuestro plan o busque la información de inscripción de nuestro plan. Si la farmacia no puede obtener de inmediato la información que necesita sobre la inscripción, 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 al precio negociado por el medicamento con receta.

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

   Usted puede pagar el costo total del medicamento con receta porque determina que el medicamento no tiene cobertura por alguna razón.

   - Por ejemplo, el medicamento podría no estar en la Lista de medicamentos de nuestro plan o podría tener un requisito o restricción que usted no conocía o que no cree que debería aplicarse en su caso. Si usted decide obtener el medicamento de inmediato, es posible que deba pagar su costo total.
   - Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso. En algunas situaciones, puede ser necesario obtener más información de su médico para reembolsarle nuestra parte del costo de su medicamento. Es posible que no le reembolsemos el costo total que pagó si el precio en efectivo que pagó es superior al precio negociado por el medicamento con receta.

Cuando nos envíe una solicitud de pago, la analizaremos y decidiremos si debemos cubrir el servicio o medicamento. Esto se denomina tomar una **decisión de cobertura**. Si decidimos que debemos cubrirlos, le reembolsaremos la parte que nos corresponde del costo por sus servicios o medicamentos. Si rechazamos su solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión. El Capítulo 9 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 enviándonos una solicitud por escrito. Si envía una solicitud por escrito, envíenos su factura y la documentación de cualquier pago que haya realizado. Es una buena idea realizar una copia de la factura y los recibos para sus registros. **Debe enviarnos su reclamación en un plazo de 365 días** a partir de la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.

Para asegurarse de que nos esté proporcionando toda la información que necesitamos para tomar una decisión, usted puede llenar nuestro formulario de reclamaciones para solicitar su pago.

- No tiene que utilizar el formulario, pero nos será útil para procesar la información de manera más rápida.
- Descargue una copia del formulario de nuestro sitio web (atriohp.com) o llame a Servicios para los miembros al 1-877-672-8620 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para solicitarlo.

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

Atención médica:
ATRIO Health Plans
550 Hawthorne Ave SE, Suite 140
Salem, OR 97301

Parte D:
MedImpact Healthcare Systems, Inc.
PO Box 509108
San Diego, CA 92150-9108

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

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

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento están cubiertos y que usted ha seguido todas las normas, pagaremos la parte que nos corresponde del costo del servicio o medicamento. Si ya pagó por el servicio o medicamento, le enviaremos por correo su reembolso de la parte que nos corresponde del costo. 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 superior al precio negociado). Si aún no ha pagado por el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo el pago directamente al proveedor.
- Si tomamos la decisión de *no* cubrir el medicamento o la atención médica o si usted *no* cumplió con todas las normas, no pagaremos la parte que nos corresponde del costo. Le enviaremos una carta en la que se le explican las razones por las que no le estamos enviando el pago y su derecho a apelar esa decisión.

Sección 3.1 Si le comunicamos que no pagaremos, en su totalidad o en parte, la atención médica o el medicamento, puede presentar una apelación

Si usted piensa que cometimos 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, consulte el Capítulo 9.

CAPÍTULO 8:

Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales

Sección 1.1 Debemos proporcionarle información de una manera que sea conveniente para usted y consistente con sus sensibilidades culturales, como en tamaño de letra grande

Nuestro plan debe garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se brinden de una manera culturalmente competente y sean accesibles para 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 nuestro 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. Este documento está disponible de forma gratuita en español. También podemos proporcionarle información en tamaño de letra grande sin costo alguno si lo necesita. Debemos proporcionarle información sobre los beneficios de nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Para obtener información de nuestra parte de una manera que sea conveniente para usted, llame a Servicios para los miembros al 1-877-672-8620 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

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

Si los proveedores de la red de nuestro plan para una especialidad no están disponibles, es responsabilidad de nuestro 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 de nuestro plan que cubran un servicio que necesita, llame a nuestro plan para obtener información sobre dónde acudir para obtener este servicio con costos compartidos dentro de la red.

Si tiene alguna dificultad para obtener información sobre nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, consultar a un especialista en la salud de la mujer o encontrar un especialista de la red, llámenos para presentar un reclamo ante Servicios para los miembros al 1-877-672-8620 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

Sección 1.2 Debemos brindarle información de una manera que funcione para usted y de acuerdo con sus sensibilidades culturales (en idiomas distintos del inglés, en braille, en letra grande u otros formatos alternativos, etc.)

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

Nuestro plan cuenta con servicios de intérprete gratuitos disponibles para responder preguntas de miembros que no hablan inglés. Este documento está disponible de forma gratuita en español. También podemos brindarle información en braille, en letra grande u otros formatos alternativos sin costo si lo necesita. Estamos obligados a brindarle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted. Para obtener información nuestra de una manera que funcione 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 localizar proveedores especializados fuera de la red que le brinden 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 problemas para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted, llame para presentar una queja ante Servicios para los miembros de ATRIO al 1-877-672-8620 (TTY 711). También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente a la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

Sección 1.3 Debemos asegurarnos de que usted tenga acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos

Usted tiene derecho a elegir a un proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) de la red de nuestro plan que preste y coordine los servicios cubiertos. No le exigimos que obtenga remisiones.

Tiene derecho a programar citas con los proveedores de la red de nuestro plan y recibir los servicios cubiertos que estos le brinden *dentro de un plazo razonable*. Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunos de los especialistas cuando necesite dicha atención médica. 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 1.4 Debemos proteger la privacidad de su información de salud personal

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

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

¿Cómo protegemos la privacidad de su información de salud?

- Nos aseguramos de que personas no autorizadas no vean ni cambien sus registros.
- Excepto en las situaciones mencionadas a continuación, si tenemos la intención de suministrarle su información de salud a otra persona que no le brinda atención ni paga por ella, *tenemos la obligación de pedirle a usted, o a alguien que tenga el poder legal de tomar decisiones por usted, su autorización por escrito antes de hacerlo.*
- 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 las agencias del gobierno que controlan la calidad de la atención.
  - Dado que usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, se nos exige proporcionarle a Medicare su información de salud, incluida la información acerca de sus medicamentos con receta de la Parte D. Si Medicare da a conocer su información para investigación u otros usos, esto se hará de acuerdo con las leyes y reglamentaciones federales; en general, se exige que no se comparta la información que lo identifica específicamente.

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

Usted tiene derecho a ver sus registros médicos conservados en nuestro 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 corrijamos sus registros médicos. Si usted nos pide hacer esto, trabajaremos con su proveedor de atención médica para decidir si los cambios deben realizarse.

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

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su información de salud personal, llame a Servicios para los miembros al 1-877-672-8620 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Puede encontrar una copia de nuestro Aviso sobre prácticas de privacidad en nuestro sitio web en atriohp.com.

Sección 1.5 Debemos proporcionarle información acerca de nuestro plan, nuestra red de proveedores y sus servicios cubiertos

Como miembro de ATRIO Special Needs Plan (HMO D-SNP), usted tiene derecho a que le brindemos varios tipos de información.

Si desea obtener cualquiera de los siguientes tipos de información, llame a Servicios para los miembros al 1-877-672-8620 (los usuarios de TTY deben llamar al 711):

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera del plan.
- **Información acerca de nuestros proveedores y farmacias de la red.** Tiene derecho a obtener información sobre las calificaciones de los proveedores y las farmacias de nuestra red y cómo les pagamos a los proveedores de nuestra red.
- **Información acerca de su cobertura y las normas que debe seguir al utilizar su cobertura.** Los Capítulos 3 y 4 brindan información sobre los servicios médicos. Los Capítulos 5 y 6 proporcionan información sobre la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.
- **Información sobre los motivos por los que algo no está cubierto y lo que puede hacer al respecto.** El Capítulo 9 proporciona información sobre el pedido de una explicación por escrito de por qué un servicio médico o medicamento de la Parte D no tiene cobertura o si su cobertura tiene algún tipo de restricción. El Capítulo 9 también proporciona información sobre cómo pedirnos que cambiemos una decisión, también denominada apelación.

Sección 1.6 Usted tiene derecho a conocer acerca de sus opciones de tratamiento y a participar en la toma de decisiones sobre su atención

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

Usted también tiene derecho a participar plenamente en la toma de 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:

- **Conocer todas sus opciones.** Tiene el derecho a ser informado acerca de todas las opciones de tratamiento recomendadas para su afección, independientemente de su costo o si están cubiertas por nuestro plan. También incluye la información sobre los programas que nuestro plan ofrece para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos y usarlos de forma segura.
- **Saber acerca de los riesgos.** Usted tiene el derecho a que se le informe sobre los riesgos involucrados en su atención médica. Se le debe informar por adelantado si alguna atención médica o tratamiento propuesto es parte de un experimento de investigación. Usted siempre tiene la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.
- **El derecho a decir "no".** Tiene derecho a negarse a recibir cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a retirarse de un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja quedarse. También tiene el derecho a dejar de tomar su medicamento. Si rechaza el tratamiento o deja de tomar 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 no puede 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 hacer lo siguiente:

- 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 instrucciones por escrito a sus médicos** acerca de cómo desea que manejen su atención médica en caso de que no tenga la capacidad para tomar decisiones por sí mismo.

Los documentos legales que puede utilizar para dar sus instrucciones por adelantado en estos casos se denominan **instrucciones anticipadas.** Los documentos como un **testamento vital** y **un poder de representación para la atención médica** son ejemplos de instrucciones anticipadas.

Cómo establecer las instrucciones anticipadas para dar instrucciones:

- **Obtenga un formulario.** Puede recibir un formulario de instrucciones anticipadas de su abogado, de un trabajador social o puede conseguirlo en algunas tiendas de artículos para oficina. A veces se pueden obtener formularios de instrucciones anticipadas de organizaciones que ofrecen información sobre Medicare.
- **Completar el formulario y firmarlo.** Independientemente de dónde obtenga este formulario, es un documento legal. Considere solicitarle a un abogado que lo ayude a prepararlo.
- **Proporcione copias del formulario a las personas adecuadas**. Entregue una copia del formulario a su médico y a la persona que nombre en el formulario como quién puede tomar las

decisiones por usted si usted no puede hacerlo. Es recomendable que dé copias a algunos amigos cercanos o miembros de la familia. Guarde una copia en casa.

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

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

Llenar las instrucciones anticipadas es decisión de usted (incluso si desea firmarlas si está en el hospital). Según la ley, nadie puede negarse a brindarle atención ni puede discriminarlo si firmó o no las instrucciones anticipadas.

Si no se siguen sus instrucciones

Si firma instrucciones anticipadas y cree que un médico o el hospital no respetaron las instrucciones que allí se mencionan, puede presentar una queja ante Oregon Health Authority llamando al 1-503-947-2340.

Sección 1.7 Usted tiene derecho a presentar quejas y pedirnos que reconsideremos las decisiones que tomamos

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 1.8 Si considera que está siendo tratado injustamente o que sus derechos no son respetados

Si considera que ha sido tratado injustamente o que no se han respetado sus derechos debido a su raza, discapacidad, religión, sexo, salud, origen étnico, credo (creencias), edad, o nacionalidad, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), o llame a su Oficina de Derechos Civiles de su localidad.

Si considera que se le ha tratado injustamente o que sus derechos no han sido respetados, *y no* se trata de discriminación, puede obtener ayuda para tratar el problema que está enfrentando en cualquiera de estos lugares:

- **Llame a Servicios para los miembros de nuestro plan al 1-877-672-8620 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)**
- **Llame a su SHIP local** al 1-800-722-4134

- **Llame a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048)

Sección 1.9 Cómo obtener más información sobre sus derechos

Obtenga más información sobre sus derechos en estos sitios:

- **Llame a Servicios para los miembros al 1-877-672-8620 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)**
- **Llame a su SHIP local** al 1-800-722-4134
- **Comuníquese con Medicare**
  - Visite Medicare.gov para leer la publicación *Medicare Rights & Protections (Derechos y protecciones de Medicare)* (disponible en: Medicare Rights & Protections)
  - Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048)

SECCIÓN 2 Sus responsabilidades como miembro de nuestro plan

Lo que tiene que hacer como miembro del plan se enumera a continuación. Si tiene preguntas, llame a Servicios para los miembros al 1-877-672-8620 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las normas que debe seguir para obtenerlos.** Use esta Evidencia de Cobertura para obtener información sobre lo que está cubierto y las normas que debe cumplir para obtener los servicios cubiertos.
  - Los Capítulos 3 y 4 dan los detalles sobre sus servicios médicos.
  - Los Capítulos 5 y 6 dan los detalles sobre su cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.
- **Si, además de nuestro plan, tiene otra cobertura de salud u otra cobertura para medicamentos, debe comunicárnoslo.** El Capítulo 1 le informa sobre la coordinación de estos beneficios.
- **Dígale a su médico y a otros proveedores de atención médica que está inscrito en nuestro plan.**
  Muestre la tarjeta de miembro de nuestro plan cada vez que obtenga atención médica o medicamentos 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 atención médica acerca de sus problemas de salud. Siga las instrucciones y los planes de tratamiento que usted y sus médicos acordaron.

  - Asegúrese de que los médicos conozcan todos los medicamentos que está tomando, incluidos los medicamentos de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
  - Si tiene alguna pregunta, no dude en hacerla 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 debe**. Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:
  - Debe seguir pagando sus primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan.
  - Por la mayoría de sus medicamentos cubiertos por el plan, usted debe pagar la parte que le corresponde del costo al recibir el medicamento.
  - Si se le exige pagar una multa por inscripción tardía, debe pagar la multa para que conserve su cobertura para medicamentos.
  - Si debe pagar el monto adicional por la Parte D debido a sus ingresos anuales, debe seguir pagando el monto adicional directamente al gobierno para seguir siendo miembro de nuestro plan.
- **Si se muda *dentro* del área de servicio de nuestro plan, tenemos que saberlo** para poder mantener actualizado su registro de miembro y saber cómo comunicarnos con usted.
- **Si se muda *fuera* del área de servicio del plan, no puede seguir siendo miembro de nuestro plan.**
- **Si se muda, avise al Seguro Social (o a la Junta de jubilación para ferroviarios).**

CAPÍTULO 9:

Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

SECCIÓN 1 Qué hacer si tiene un problema o una inquietud

Este capítulo explica los procesos para el manejo de problemas e inquietudes. El proceso a utilizar para abordar su problema dependerá del tipo de problema que tenga:

- Para algunos problemas, debe usar el **proceso para decisiones de cobertura y apelaciones.**
- Para otros problemas, usted debe usar el **proceso para presentar quejas** (también denominadas reclamos).

Cada proceso tiene un conjunto de normas, procedimientos y plazos que usted y nosotros debemos seguir.

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

Sección 1.1 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. Para facilitar la comprensión, en este capítulo se utilizan palabras más familiares en lugar de algunos términos legales.

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

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. Siempre debe llamar a Servicios para los miembros al 1-877-672-8620 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) 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. Dos organizaciones que pueden ayudarlo son:

Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP)

Cada estado tiene un programa gubernamental con asesores capacitados. El programa no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los asesores de este programa pueden ayudarlo a comprender el proceso que debe utilizar para tratar el problema que tenga. Además, ellos también pueden responder sus preguntas, darle más información y orientarlo sobre lo que debe hacer.

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

Medicare

También puede comunicarse con Medicare para obtener ayuda.

- Llame 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
- Consulte Medicare.gov

Puede obtener ayuda e información de Medicaid

Puede obtener ayuda e información de Oregon Health Plan (Medicaid).

- Oregon Health Plan (Medicaid) 1-800-699-9075. De 7 a. m. a 6 p. m. hora del Pacífico (PT), de lunes a viernes
- Consulte el sitio web de Oregon Health Plan (Medicaid) en https://www.oregon.gov/OHA/HSD/OHP/Pages/index.aspx

SECCIÓN 3 Cómo es el proceso de quejas y apelaciones de Medicare y Medicaid en nuestro plan

Usted tiene Medicare y recibe ayuda de Medicaid. La información de este capítulo se aplica a **todos** sus beneficios de Medicare y Medicaid. A veces, se denomina proceso integrado porque combina, o integra, los procesos de Medicare y Medicaid.

En ocasiones, los procesos de Medicare y Medicaid no se combinan. En esos casos, usted utiliza el proceso de Medicare para el beneficio cubierto por Medicare y el proceso de Medicaid para el beneficio cubierto por Medicaid. Estos casos se explican en la **Sección 6.4**.

SECCIÓN 4 Qué proceso utilizar para su problema

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

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

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

Sí.

Consulte la **Sección 5, Guía de las decisiones de cobertura y apelaciones.**

No.

Consulte la **Sección 11, Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes.**

Decisiones de cobertura y apelaciones

SECCIÓN 5 Una guía para las decisiones de cobertura y las apelaciones

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 de la Parte B, incluido el pago). Para simplificar las cosas, en general, nos referimos a artículos, servicios y medicamentos de la Parte B de Medicare como **atención médica**. Usted puede utilizar 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.

Cómo solicitar decisiones de cobertura antes de recibir los servicios

Si usted quiere saber si cubriremos la atención médica antes de recibirla, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura para usted. 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 el médico de la red de nuestro 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 usted o su médico de la red puedan demostrar que usted recibió un aviso de denegación estándar para este especialista médico, o la *Evidencia de Cobertura* deje en claro que el servicio remitido nunca está cubierto para ninguna afección. Usted o su médico también pueden comunicarse con nosotros y

pedirnos una decisión de cobertura si su médico no está seguro de si cubriremos un servicio médico particular o nos negaremos a brindarle la atención médica que usted cree que necesita.

En circunstancias limitadas, una solicitud de una decisión de cobertura será desestimada, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de cuándo se desestimará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo, o si usted solicita que se retire su solicitud. Si desestimamos una solicitud de una decisión de cobertura, enviaremos un aviso en el que se explicará por qué desestimamos la solicitud y cómo solicitar una revisión de la desestimación.

Tomamos una decisión de cobertura cada vez que decidimos lo que está cubierto para usted y cuánto pagamos. En algunos casos, podríamos decidir que la atención médica no está cubierta o que ya no tiene cobertura para usted. Si está en desacuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura, ya sea antes o después de que se reciba un beneficio y usted no está satisfecho, 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 tomamos para comprobar si seguimos todas las normas correctamente. Cuando completamos la revisión, le comunicamos nuestra decisión.

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

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 para 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 sobre atención médica.
- Las apelaciones de la Parte D se analizan 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 (este capítulo explica los procesos de apelaciones de Nivel 3, 4 y 5).

Sección 5.1 Obtenga ayuda para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

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

- **Llame a Servicios para los miembros al** 1-877-672-8620 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)
- **Puede obtener ayuda gratuita** de su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP)
- **Su médico u otro proveedor de atención médica puede realizar la solicitud por usted.** Si su médico ayuda con una apelación más allá del Nivel 2, debe ser nombrado como su representante. Llame a Servicios para los miembros al 1-877-672-8620 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicite el formulario de *Nombramiento de representante (Appointment of Representative)*. (El formulario también está disponible en CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en atriohp.com).
    - Su médico u otro proveedor de atención médica 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.
    - Si su médico u otro proveedor de atención médica solicita que un servicio o artículo que ya está recibiendo continúe durante su apelación, usted **podría** nombrar a su médico o a otra persona autorizada a dar recetas como su representante para que actúe en su nombre.
    - Para los medicamentos 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.
- **Puede solicitar que alguien actúe en su nombre.** 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 usted quiere que un amigo, familiar u otra persona sea su representante, llame a Servicios para los miembros al 1-877-672-8620 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicite el formulario de *Nombramiento de representante*. (El formulario también está disponible en CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en atriohp.com). El formulario autoriza a esa persona a actuar en su nombre. El formulario debe estar firmado por usted y la persona que usted desea que actúe en su nombre. Usted debe darle al plan una copia del formulario firmado.

Podemos aceptar una solicitud de apelación de un representante sin el formulario, pero no podemos comenzar ni terminar nuestra revisión si no lo recibimos. Si no recibimos el formulario antes de nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación, su solicitud de apelación será rechazada. Si esto sucede, le enviaremos un aviso por escrito en el que se explicará su derecho de pedirle a una Organización de revisión independiente que revise nuestra decisión de rechazar su apelación.

- **También tiene derecho a contratar a un abogado.** 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 5.2 Reglas y plazos para diferentes situaciones

Existen 4 situaciones diferentes que involucran 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:** “Atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación”
- **Sección 7:** “Medicamentos de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación”
- **Sección 8:** “Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que está siendo dado de alta demasiado pronto”
- **Sección 9:** “Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto” (*Se aplica solo a estos servicios*: atención médica a domicilio, en un centro de atención de enfermería especializada y servicios en un Centro de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF))

Si no está seguro de qué información le corresponde, llame a Servicios para los miembros al 1-877-672-8620 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). También puede obtener ayuda o información de su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP).

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

Sección 6.1 Qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura para atención médica o si desea que le reembolsemos por su atención

Sus beneficios de atención médica se describen en el Capítulo 4 en la Tabla de beneficios médicos. En algunos casos, se aplican diferentes normas a una solicitud de un medicamento de la Parte B. En esos casos, explicaremos en qué se diferencian las normas para los medicamentos 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 5 situaciones siguientes:

1. No está recibiendo cierta atención médica que quiere y considera que nuestro plan cubre dicha atención. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 6.2.**
2. Nuestro plan no aprobará la atención médica que su médico u otro proveedor de atención médica desea brindarle, y usted considera que nuestro plan cubre dicha atención. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 6.2.**
3. Usted recibió atención médica que considera que nuestro plan debería cubrir, pero le comunicamos que no pagaremos dicha atención. **Presente una apelación. Sección 6.3.**
4. Recibió y pagó atención médica y considera que nuestro plan debería cubrirla, por lo que quiere solicitar a nuestro plan que le reembolse el costo de esta atención. **Envíenos la factura. Sección 6.5.**
5. Se le comunica que la cobertura de cierta atención médica que ha estado recibiendo (y que habíamos aprobado anteriormente), se reducirá o interrumpirá, y usted considera que esto podría perjudicar su salud. **Presente una apelación. Sección 6.3.**

   Nota: Si la cobertura que se va a interrumpir es para atención hospitalaria, servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada o servicios en un Centro de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF), consulte las Secciones 8 y 9. Se aplican normas especiales a estos tipos de atención.

Sección 6.2 Cómo solicitar una decisión de cobertura

Términos legales:

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

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

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

Una decisión de cobertura estándar generalmente se toma en un plazo de 7 días calendario cuando el artículo o servicio médico está sujeto a nuestras normas de autorización previa, 14 días calendario para todos los demás artículos y servicios médicos, o 72 horas para los medicamentos de la Parte B. Una decisión de cobertura rápida generalmente se toma dentro de las 72 horas, en el caso de los servicios médicos, y 24 horas en el caso de los medicamentos de la Parte B.

- Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solo* si el hecho de recurrir a los plazos estándar podría *afectarlo 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 nos pide usted mismo la decisión de cobertura rápida, sin el apoyo de su médico, decidiremos si su salud requiere que tomemos una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que:
    - Explique que usaremos los plazos estándar.
    - Explique que, si su médico pide la decisión de cobertura rápida, tomaremos automáticamente una decisión de cobertura rápida
    - Explique que usted puede presentar una queja rápida sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó.

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

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

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

Para las decisiones de cobertura estándar usamos los plazos estándar.

Esto significa que le daremos una respuesta en un plazo de 7 días calendario después de recibida su solicitud **de un artículo o servicio médico de acuerdo a nuestras normas de autorización previa. Si su solicitud o servicio médico que solicita no está sujeto a nuestras normas de autorización previa, le daremos una respuesta en un plazo de 14 días calendario** después de que recibamos su

solicitud. Si está solicitando un medicamento con receta de la **Parte B,** le daremos una respuesta **en un plazo de 72 horas** después de recibida su solicitud.

- **No obstante,** si solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si está solicitando 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 de la Parte B.
- Si usted considera que *no deberíamos* tomar días adicionales, puede presentar una queja rápida. Le otorgaremos 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 para obtener información sobre las quejas).

En el caso de las decisiones de cobertura rápida usamos un marco de tiempo acelerado.

Una decisión de cobertura rápida significa que responderemos en un plazo de 72 horas si está solicitando un artículo o servicio médico. Si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, responderemos en un plazo de 24 horas.

- **No obstante,** si usted solicita más tiempo o si necesitamos más información que podría 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 de la Parte B.
- Si usted considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una queja rápida. (Consulte la Sección 11 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 está avanzando al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 6.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos legales:

Una apelación a nuestro plan acerca de una decisión de cobertura sobre 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.

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

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre la cobertura de una atención médica, usted y/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.

Paso 2: Solicite 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 realizar su solicitud de apelación en un plazo de 65 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso por escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta a la decisión de cobertura. Si se vence este plazo y usted 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 comunicarse con nosotros o si le brindamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede pedir una copia gratuita de la información sobre su decisión médica. Usted y su médico pueden agregar más información para sustentar su apelación.**

Si le indicamos que íbamos a suspender o reducir los servicios o artículos que ya estaba recibiendo, es posible que pueda mantener esos servicios o artículos durante su apelación.

- Si decidimos cambiar o suspender la cobertura de un servicio o artículo que usted recibe actualmente, le enviaremos un aviso antes de tomar la medida propuesta.

- Si no está de acuerdo con la medida, puede presentar una apelación de Nivel 1. Seguiremos cubriendo el servicio o artículo si solicita una apelación de Nivel 1 en un plazo de 10 días calendario a partir de la fecha del sello postal de nuestra carta o antes de la fecha prevista de entrada en vigencia de la medida, lo que ocurra último.
- Si cumple con este plazo, podrá seguir recibiendo el servicio o artículo sin cambios mientras esté pendiente su apelación de Nivel 1. También seguirá recibiendo todos los demás servicios o artículos (que no son el tema de su apelación) sin cambios.

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

- Cuando revisamos 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, y podríamos comunicarnos con usted o su médico.

Plazos para una apelación rápida

- En el caso de las apelaciones rápidas, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas después de que recibamos su apelación.** Le daremos la respuesta antes si su salud nos lo exige.
    - Si solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si está solicitando 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 de la Parte B.
    - 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 la que será revisada por una organización de revisión independiente (Independent Review Organization, IRO). La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación. La Sección 6.4 explica el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **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 que recibamos su apelación.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** le 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 que recibamos su apelación. Si está solicitando un medicamento de la

Parte B que todavía no ha recibido, le daremos una respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de que recibamos su apelación. Le informaremos nuestra decisión antes si su estado de salud así lo exige.

  - No obstante, si solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si está solicitando 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 de la Parte B.
  - Si usted considera que *no deberíamos* tomar días adicionales, puede presentar una queja rápida. Cuando presenta una queja rápida, le damos una respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la **Sección 11**).
  - Si no le damos una respuesta para el plazo indicado (o al final de la extensión de tiempo), enviaremos su solicitud a una apelación de Nivel 2, en la que será revisada por una organización de revisión independiente (Independent Review Organization, IRO). La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación. La Sección 6.4 explica el Nivel 2 del proceso de apelaciones.

- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos autorizar o brindar la cobertura en un plazo de **30 días calendario** o **en un plazo de 7 días calendario** si está solicitando un medicamento de la Parte B.
- **Si nuestro plan rechaza una parte o la totalidad de su apelación, usted tiene derechos adicionales de apelación.**
- Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó, le enviaremos una carta.
  - Si su problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medicare, la carta le informará que enviamos su caso a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.
  - Si su problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medicaid, la carta le indicará cómo presentar usted mismo una apelación de Nivel 2.

Sección 6.4 El Nivel 2 del proceso de apelaciones

Término legal:

El nombre formal para la organización de revisión independiente es **Entidad de revisión independiente.** A veces se la denomina **IRE** (del inglés “Independent Review Entity”).

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

- Si su problema está relacionado con un servicio o artículo que suele estar **cubierto por Medicare**, enviaremos su caso automáticamente al Nivel 2 del proceso de apelaciones apenas se haya completado la apelación de Nivel 1.
- Si su problema está relacionado con un servicio o artículo que suele estar **cubierto por Medicaid**, usted mismo puede presentar una apelación de Nivel 2. La carta le indicará cómo hacerlo. A continuación, también se brinda información.
- Si su problema está relacionado con un servicio o artículo que podría estar **cubierto tanto por Medicare como por Medicaid**, usted obtendrá automáticamente a una apelación de Nivel 2 ante la organización de revisión independiente. También puede solicitar una Audiencia imparcial ante el estado.

Si usted reunió los requisitos para la continuación de los beneficios cuando presentó su apelación de Nivel 1, sus beneficios para el servicio, el artículo o el medicamento en apelación también pueden continuar durante el Nivel 2. Consulte la página 154 para obtener información sobre la continuación de sus beneficios durante las apelaciones de Nivel 1.

- Si su problema está relacionado con un servicio que suele estar cubierto solo por Medicare, sus beneficios para ese servicio no continuarán durante el proceso de apelaciones de Nivel 2 con la organización de revisión independiente.
- Si su problema está relacionado con un servicio que, por lo general, está cubierto por Medicaid, sus beneficios para ese servicio continuarán si presenta una apelación de Nivel 2 dentro de los 10 días calendario posteriores a la recepción de la carta de decisión de nuestro plan.

Si su problema está relacionado con un servicio o artículo que Medicare suele cubrir:

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

- Le enviaremos a esta organización la información sobre su apelación. A esta información se le denomina su **archivo de caso**. **Usted tiene derecho a solicitarnos una copia gratuita de su archivo de caso.**

- Usted tiene derecho a proporcionarle a la organización de revisión independiente información adicional para sustentar su apelación.
- Los revisores de la organización de revisión independiente 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 independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** después de que reciba 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**. Si se tomaron días adicionales, se lo notificarán por escrito. La organización de revisión independiente no puede tomar tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.

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

- En el caso de la apelación estándar, si está solicitando un artículo o servicio médico, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 en un **plazo de 30 días calendario** después de recibir su apelación. Si está solicitando un medicamento de la Parte B, la organización de revisión independiente debe comunicarle la respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** después de que recibe 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**. Si se tomaron días adicionales, se lo notificarán por escrito. La organización de revisión independiente no puede tomar tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.

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

La organización de revisión independiente le comunicará su decisión por escrito y explicará 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 que recibamos la decisión de la organización de revisión independiente para las **solicitudes estándar**. Para **solicitudes aceleradas**, tenemos **72 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión independiente.

- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de una solicitud de medicamentos de la Parte B**, debemos autorizar o proporcionar el medicamento de la Parte B en un plazo de **72 horas** después de que recibamos la decisión de la organización de revisión independiente para las **solicitudes estándar**. Para **solicitudes aceleradas,** tenemos **24 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión independiente
- **Si la organización de revisión independiente rechaza 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. (Esto se llama **confirmar la decisión** o **rechazar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta que:
    - Explica la decisión.
    - Le informa sobre su derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de atención médica alcanza cierto mínimo. El aviso por escrito que recibe de la organización de revisión independiente le indicará el monto en dólares que debe alcanzar para continuar con el proceso de apelaciones.
    - Le explica cómo presentar una apelación de Nivel 3.
- Si su apelación de Nivel 2 es rechazada y usted reúne los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, debe decidir si desea avanzar al Nivel 3 y hacer una tercera apelación. 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 (Administrative Law Judge, ALJ) o un mediador. La **Sección 10** de este capítulo explica el proceso de apelaciones de los Niveles 3, 4 y 5.

Si su problema está relacionado con un servicio o artículo que Medicaid suele cubrir:

Paso 1: Puede solicitar una Audiencia imparcial ante el estado.

- El Nivel 2 del proceso de apelaciones por servicios que generalmente cubre Medicaid es una Audiencia imparcial ante el estado. Debe solicitar una Audiencia imparcial por escrito o por teléfono **en un plazo de 120 días calendario** a partir de la fecha de envío de la carta de decisión sobre su apelación de Nivel 1. La carta que reciba de nosotros le indicará dónde debe presentar su solicitud de audiencia.

Paso 2: La oficina de la Audiencia imparcial le da su respuesta.

La oficina de la Audiencia imparcial le comunicará su decisión por escrito y explicará los motivos.

- **Si la oficina de la Audiencia imparcial aprueba una parte o la totalidad de la solicitud de un artículo o servicio médico,** debemos autorizar o proporcionar el servicio o artículo en un plazo de 72 horas de recibida la decisión de la oficina de la Audiencia imparcial.

- **Si la oficina de la Audiencia imparcial rechaza parte o la totalidad de su apelación,** está de acuerdo con nuestro plan en que su solicitud (o parte de ella) para la cobertura de atención médica no debe ser aprobada. (Esto se llama **confirmar la decisión** o **rechazar su apelación**).

Si rechazan la totalidad o parte de lo que solicitó, puede presentar otra apelación.

Si la organización de revisión independiente o la oficina de la Audiencia imparcial rechazan la totalidad o parte de su solicitud, usted tiene **derechos adicionales de apelación**.

La carta que reciba de la oficina de la Audiencia imparcial describirá la siguiente opción de apelación.

Consulte la **Sección 10** para obtener más información sobre sus derechos de apelación después del Nivel 2.

Sección 6.5 Si nos está pidiendo que le reembolsemos una factura que ha recibido por atención médica

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

Solicitar que se le reembolse algo por lo que usted ya pagó

Si nos envía la documentación correspondiente para solicitar un reembolso, nos está pidiendo que tomemos una decisión de cobertura. No podemos reembolsarle directamente un servicio o artículo de **Medicaid**. Si recibe una factura por servicios y artículos cubiertos por Medicaid, envíenos la factura. **No pague la factura usted mismo.** Nos comunicaremos directamente con el proveedor de atención médica y nos ocuparemos del problema. Si efectivamente paga la factura, puede obtener un reembolso de ese proveedor de atención médica si cumplió las normas para obtener los servicios o artículos.

Si desea que le reembolsemos un servicio o artículo de **Medicare** o nos solicita que le paguemos a un proveedor de atención médica por un servicio o artículo de Medicaid que usted pagó, significa que nos está solicitando que tomemos una decisión de cobertura. Comprobaremos si la atención médica que pagó es un servicio cubierto. También comprobaremos si ha seguido las normas para el uso de su cobertura de atención médica.

- **Si aceptamos su solicitud:**
- Si la atención médica de Medicare está cubierta, le enviaremos el pago del costo dentro de los 60 días calendario después de que recibamos su solicitud.

Si la atención de Medicaid que usted le pagó a un proveedor de atención médica está cubierta y usted considera que nosotros deberíamos pagarle al proveedor de atención médica en su lugar, le

enviaremos a su proveedor de atención médica el pago del costo dentro de los 60 días calendario después de que recibamos su solicitud.

Luego usted deberá comunicarse con su proveedor de atención médica para que le haga un reembolso. Si aún no ha pagado por la atención médica, le enviaremos el pago directamente al proveedor de atención médica.

- **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 hacer esta apelación, siga el proceso de apelación de 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 30 días calendario después de haber recibido su apelación.
- Si la organización de revisión independiente decide que debemos pagar, debemos enviarle a usted o al proveedor el pago dentro de los 30 días calendario. Si la respuesta a su apelación es afirmativa en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviarle el pago a usted o al proveedor de atención médica en un plazo de 60 días calendario.

SECCIÓN 7 Medicamentos de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

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

Los beneficios incluyen la cobertura para muchos medicamentos con receta. Para estar cubierto, su medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. (Consulte el Capítulo 5 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada). Para más información sobre los medicamentos de la Parte D, las normas, las restricciones y los costos consulte Los Capítulos 5 y 6. **En esta sección, se tratan solamente sus medicamentos de la Parte D**. Para simplificar las cosas, en general, hablaremos de *medicamento* en el resto de esta sección en lugar de repetir cada vez las expresiones *medicamento con receta cubierto para pacientes externos* o medicamento de la Parte D. También usamos el término Lista de medicamentos en lugar *de Lista de medicamentos cubiertos* o Formulario.

- Si no sabe si un medicamento está cubierto o si cumple con las normas, puede preguntarnos. Algunos medicamentos requieren que usted obtenga nuestra aprobación antes de que los cubramos.
- Si su farmacia le dice que su receta no se puede surtir tal como está escrita, la farmacia le entregará un aviso escrito explicándole 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 los medicamentos de la Parte D se denomina una **determinación de cobertura.**

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y la cobertura o 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:

- Solicitar que cubramos un medicamento de la Parte D que no figura en la Lista de medicamentos de nuestro plan. **Solicitar una excepción. Sección 7.2**.
- Pedirnos que no apliquemos una restricción a la cobertura de nuestro plan para un medicamento (como límites en la cantidad de medicamento que puede obtener, criterios para autorizaciones previas o el requisito de probar primero con otro medicamento). **Solicitar una excepción. Sección 7.2**.
- Solicitar una aprobación previa para un medicamento. **Solicitar una decisión de cobertura. Sección 7.4**.
- Pagar 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 tomamos, puede apelar nuestra decisión.

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

Sección 7.2 Cómo solicitar una excepción

Términos legales:

Pedir cobertura para un medicamento que no está en la Lista de medicamentos es una **excepción al Formulario.**

Pedir la eliminación de una restricción de cobertura para un medicamento es una **excepción al Formulario.**

Pedir pagar un precio inferior por un medicamento no preferido cubierto es 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 u otra persona autorizada a dar recetas tendrán que explicar las razones médicas por las que necesita que se apruebe la excepción. Estos son 2 ejemplos de excepciones que usted, su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden pedirnos que hagamos:

1. **Cubrir un medicamento de la Parte D que no figura en nuestra Lista de medicamentos.** Si aceptamos cubrir un medicamento que no figura en la Lista de medicamentos, deberá pagar el monto de costo compartido que corresponde a medicamentos de Nivel 4 (*medicamentos de marca no preferida*). No puede solicitar que hagamos una excepción respecto del monto de costo compartido que usted debe pagar por el medicamento cuando aceptamos cubrir un medicamento que no figura en la Lista de medicamentos.
2. **Eliminar una restricción de un medicamento cubierto.** El Capítulo 5 describe las normas o restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos en nuestra Lista de medicamentos.

Sección 7.3 Aspectos importantes que debe saber acerca de pedir excepciones

Su médico debe explicarnos las razones médicas

Su médico u otra persona autorizada a dar recetas deben entregarnos 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.

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 de nuestro plan. Y será válida mientras su médico siga recetándole el medicamento, y mientras ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar su afección.

- Si rechazamos su solicitud, puede pedir otra revisión mediante la presentación de una apelación.

Sección 7.4 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 que recibamos la declaración de su médico. **Las decisiones de cobertura rápidas** se toman en un plazo de **24 horas** después de que recibamos la declaración de su médico.

Si su salud lo requiere, pídanos que tomemos una decisión de cobertura rápida. **Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir 2 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 usted ya compró).
- El hecho de usar los plazos estándares podría *afectar seriamente su salud o perjudicar su capacidad física.*
- **Si su médico o la persona autorizada a dar recetas nos indica 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 que:
    - Explique que usaremos los plazos estándares.
    - Explique que si su médico u otra persona autorizada a dar recetas pide la decisión de cobertura rápida, automáticamente le daremos una decisión de cobertura rápida.
    - Le indique 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 usted solicitó. Responderemos a su queja en un plazo de 24 horas desde su recepción.

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

Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o brindemos cobertura para la atención médica que desea. También puede acceder al proceso de decisiones de cobertura a través de nuestro sitio web. Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito, incluida una solicitud enviada en el formulario de *Solicitud de determinación de cobertura modelo de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS)* o en el formulario de nuestro plan, que está disponible en nuestro sitio web en atriohp.com. Capítulo 2 tiene la información de contacto. Para ayudarnos a procesar su solicitud, asegúrese de incluir su nombre, la información de contacto y la información que identifica la reclamación denegada por la que 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 que se haga una excepción, proporcione la declaración de respaldo,** que es el motivo médico de la excepción. Su médico o la persona autorizada a dar recetas puede 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 por escrito, 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 nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.
    - 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. Le informaremos por escrito si su solicitud ha sido enviada a la organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos brindar la cobertura que aceptamos en un plazo de 24 horas después de que recibamos 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 que explica por qué rechazamos su solicitud. Además, le diremos cómo puede apelar nuestra decisión.

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

- Debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas** después de haber recibido 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 nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.
  - 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. Le informaremos por escrito si su solicitud ha sido enviada a la organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos **brindar la cobertura** que aceptamos **en un plazo de 72 horas** después de que recibamos 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 que explica por qué rechazamos su solicitud. Además, le diremos cómo puede apelar nuestra decisión.

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

- Debemos darle una respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.
  - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente. Le informaremos por escrito si su solicitud ha sido enviada a la organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** también debemos pagarle en un plazo de 14 días calendario después de haber recibido su solicitud.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito que explica por qué rechazamos su solicitud. Además, le diremos cómo puede apelar nuestra decisión.

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 para medicamentos que usted quiere. Si presenta una apelación, significa que está avanzando al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 7.5 Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos legales:

Una apelación a nuestro plan sobre una decisión de cobertura de un medicamento de la Parte D se llama **redeterminación del plan**.

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

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

Generalmente, una apelación estándar se realiza dentro de los 7 días calendario. Generalmente, una apelación rápida se realiza dentro de las 72 horas. Si su salud lo requiere, pídanos una apelación rápida.

- Si está apelando una decisión 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 7.4.

Paso 2: Usted, su representante, su médico u otra persona autorizada a dar recetas debe comunicarse con nosotros y presentar una apelación de Nivel 1. Si su salud requiere una respuesta rápida, debe solicitar una apelación rápida.

- **Para apelaciones estándar, presente una solicitud por escrito a** o llámenos. El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **En el caso de las apelaciones rápidas, envíe su apelación por escrito o llámenos al** 1-877-672-8620. El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito,** incluida una solicitud enviada en el *Formulario de Solicitud de redeterminación modelo de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS), que está disponible en nuestro sitio web* atriohp.com. Incluya su nombre, la información de contacto y la información sobre su reclamación para ayudarnos a procesar su solicitud.
- **Debe realizar su solicitud de apelación en un plazo de 65 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso por escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta a la decisión de cobertura. Si se vence este plazo y usted 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 comunicarse con nosotros 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 información adicional para sustentar su apelación.

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

- Cuando revisamos 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 usted o con su médico u otra 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 nuestra respuesta antes si su salud lo requiere.
    - Si no le damos una respuesta en el plazo de 72 horas, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente. Le informaremos por escrito si su solicitud ha sido enviada a la organización de revisión independiente. La **Sección 6.4** explica el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos brindar la cobertura que aceptamos en un plazo de 72 horas después de que recibamos su apelación.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito que explica 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 que recibamos su apelación. Le comunicaremos nuestra decisión antes si aún no ha recibido el medicamento y su estado de salud así lo requiere.
    - Si no le comunicamos nuestra decisión en un 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. Le informaremos por escrito si su solicitud ha sido enviada a la organización de revisión independiente. La **Sección 6.4** explica el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos brindar la cobertura tan rápido como lo requiera su salud, pero nunca después de **7 días calendario** a partir de que recibamos su apelación.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito que explica por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una apelación estándar sobre el pago de un medicamento que usted ya compró

- Debemos darle una respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.
    - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente. Le informaremos por escrito si su solicitud ha sido enviada a la organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** también debemos pagarle en un plazo de 30 días calendario después de haber recibido su solicitud.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito que explica por qué rechazamos su solicitud. Además, le diremos cómo puede apelar nuestra decisión.

Paso 4: Si rechazamos su apelación, usted decidirá si quiere continuar con el procedimiento 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 Cómo presentar una apelación de Nivel 2

Término legal:

El nombre formal para la organización de revisión independiente es **Entidad de revisión independiente.** A veces se la denomina **IRE** (del inglés “Independent Review Entity”).

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

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

- Si rechazamos su apelación de Nivel 1, el aviso por escrito que le enviaremos incluirá **instrucciones para presentar una apelación de Nivel 2** ante la organización de revisión independiente. Estas instrucciones le indicarán quién puede presentar esta apelación de Nivel 2, qué plazos deberá respetar y cómo comunicarse con la organización de revisión independiente.
- **Usted debe presentar su solicitud de apelación en un plazo no mayor a 65 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso por escrito.

- 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 solicitud a la Entidad de revisión independiente (Independent Review Entity, IRE). Le informaremos por escrito si su solicitud ha sido enviada a la organización de revisión independiente.
- Le enviaremos a esta organización la información sobre su apelación. A esta información se le denomina su **archivo de caso**. **Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de su archivo de caso.**
- Usted tiene derecho a proporcionarle a la organización de revisión independiente información adicional para sustentar su apelación.

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

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

Plazos para una apelación rápida

- Si su salud lo requiere, pida una apelación rápida a la organización de revisión independiente.
- Si la organización de revisión independiente acepta darle una apelación rápida, dicha organización de revisión independiente 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 independiente 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 ha comprado, la organización de revisión independiente 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 para medicamentos que aprobó la organización de revisión independiente **en un plazo de 24 horas** después de recibida la decisión de parte de la organización de revisión independiente.

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** que aprobó la

organización de revisión independiente **en un plazo de 72 horas** después de recibida la decisión de parte de dicha organización.

- **Si la organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de su solicitud de reembolso** del costo de un medicamento que ya compró, debemos **enviarle el pago en un plazo de 30 días calendario** después de recibida la decisión de parte de dicha organización.

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

Si esta organización independiente rechaza una parte o la totalidad de su apelación, significa que están de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar la solicitud (o parte de ella). (Esto se llama **confirmar la decisión** o **rechazar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta que:

- Explica la decisión.
- Le notifica sobre el derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura para medicamentos que solicita alcanza cierto mínimo. Si el valor en dólares de la cobertura para medicamentos que está solicitando es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación y la decisión del Nivel 2 es final.
- Le indicará el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelaciones.

Paso 4: Si su caso reúne los requisitos, puede elegir si desea continuar con su apelación.

- Hay otros 3 niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (el total es de 5 niveles de apelación).
- Si desea continuar con una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez administrativo (Administrative Law Judge, ALJ) o un mediador. La **Sección 10** 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 es su **fecha del alta.**
- Cuando se haya decidido la fecha del alta, su médico o el personal del hospital se lo comunicarán.
- Si cree que le están pidiendo que deje el hospital demasiado pronto, puede pedir una hospitalización más prolongada y se considerará su solicitud.

Sección 8.1 Durante la hospitalización, recibirá un aviso por escrito de Medicare donde se le explicarán sus derechos

Dentro de los 2 días calendario de su ingreso al hospital, recibirá un aviso por escrito denominado *An Important Message from Medicare About Your Rights (Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos)*. Todos los que tienen Medicare reciben una copia de este aviso. Si no recibe el aviso de alguien en el hospital (por ejemplo, un trabajador social o una enfermera), solicítelo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicios para los miembros al 1-877-672-8620 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY deben llamar al 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.
   - Su derecho a participar en cualquier decisión sobre su hospitalización.
   - Dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
   - Su derecho a **solicitar una revisión inmediata** de la decisión 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. **Guarde la copia** del aviso para tener a mano la información sobre cómo presentar una apelación (o comunicar alguna inquietud sobre la calidad de la atención) en caso de que la necesite.
   - Si firma el aviso más de 2 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, llame a Servicios para los miembros al 1-877-672-8620 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede consultar el aviso en línea en CMS.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

Sección 8.2 Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha del alta del hospital

Para solicitarnos que cubramos servicios hospitalarios para pacientes internados por un período más prolongado de tiempo, use el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que debe hacer y los plazos.

- **Siga el proceso**
- **Cumpla con los plazos**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda, llame a Servicios para los miembros al 1-877-672-8620 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). O llame al Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) para recibir asistencia personalizada. Encontrará los números de teléfono y URL del sitio web en el Capítulo 2, Sección 3 de este documento. La información de contacto del SHIP está disponible en el Capítulo 2, Sección 3.

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 la salud a los que el gobierno federal les paga por evaluar y ayudar a mejorar la calidad de la atención que se brinda a las personas 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.

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 irse del hospital y **no después de la medianoche el día de su alta.**
  - **Si usted cumple con este plazo**, puede permanecer en el hospital *después* de la fecha del alta *sin pagar por ello* mientras espera la decisión de la Organización para la mejora de la calidad.
  - **Si no cumple con este plazo, comuníquese con nosotros.** Si decide quedarse en el hospital después de la fecha prevista del alta, *usted podría tener que pagar todos los costos* correspondientes a la atención hospitalaria que reciba después de la fecha prevista del alta.

Una vez que solicite una revisión inmediata de su alta del hospital, la Organización para la mejora de la calidad se comunicará con nosotros. Al mediodía del día después de que se nos contacte, le daremos un **Aviso detallado del alta**. Este aviso le indica su fecha prevista del alta y le explica más información de las razones por las 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 al 1-877-672-8620 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). O bien, puede obtener un aviso de muestra en línea en CMS.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

Paso 2: La Organización para 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 les dimos nosotros y el hospital.
- A más tardar al 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.

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 independiente acepta, **debemos seguir brindándole servicios hospitalarios para pacientes internados cubiertos durante el tiempo que sean médicamente necesario.**
- 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 independiente rechaza su apelación, significa que la fecha prevista del alta es médicamente apropiada. En caso de que esto suceda, **nuestra cobertura para los servicios hospitalarios para pacientes internados finalizará** al mediodía del día **posterior** al día en que la Organización para la mejora de la calidad le dé su respuesta a la apelación.
- Si la organización de revisión independiente rechaza su apelación y usted decide permanecer en el hospital, **es posible que tenga que pagar el costo total** de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día posterior al día en que la Organización para la mejora de la calidad le dé su respuesta a la apelación.

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

- Si la Organización para la mejora de la calidad *rechazó* su apelación *y* usted permanece en el hospital después de la fecha prevista del alta, puede presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que pasa al **Nivel 2** del proceso de apelaciones.

Sección 8.3 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 de su primera apelación. Si la Organización para la mejora de la calidad rechaza su apelación de Nivel 2, usted podría tener que pagar el costo total de la hospitalización con posterioridad a la fecha prevista del alta.

Paso 1: Usted se pone en contacto con la Organización para la mejora de la calidad de nuevo para pedir otra revisión.

- Debe pedir esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** después del día en que la Organización para la mejora de la calidad rechazó su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta

revisión solo si permanece en el hospital después de la fecha en la que finalizó su cobertura de atención médica.

Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para la mejora de la calidad harán otra revisión cuidadosa de toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: Los revisores decidirán, en un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud para una apelación de Nivel 2, sobre su apelación y le informarán su decisión.

Si la organización de revisión independiente la acepta:

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de la atención hospitalaria que recibió desde el mediodía del día después de la fecha de rechazo de su primera apelación por parte de la Organización para la mejora de la calidad. **Debemos seguir brindando cobertura para su atención hospitalaria para pacientes internados durante el tiempo que sea médicamente necesaria.**
- 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 independiente la rechaza:

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

Paso 4: Si la rechazan, tendrá que decidir si quiere continuar con la apelación y presentar una apelación de Nivel 3.

- Hay otros 3 niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (el total es de 5 niveles de apelación). Si desea continuar con una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez administrativo (Administrative Law Judge, ALJ) o un mediador. La **Sección 10** explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 9 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo algunos servicios médicos si considera que su cobertura está terminando demasiado pronto

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) que estén cubiertos, 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 3 tipos de atención, estamos obligados a decírselo por anticipado. Cuando finalice su cobertura para esa atención, *dejaremos de pagar por su atención*.

Si cree que estamos terminando la cobertura para su atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. Esta sección le indica cómo solicitar una apelación.

Sección 9.1 Le comunicaremos por adelantado cuándo se cancelará su cobertura

Término legal:

Aviso de no cobertura de Medicare (Notice of Medicare Non-Coverage, NOMNC). 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 2 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 que usted, o alguien que actúa en su nombre, firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió.** Firmar el aviso *solo* indica que recibió la información sobre cuándo finalizará su cobertura. **Firmarlo *no* significa que esté de acuerdo** con la decisión del plan de suspender la atención.

Sección 9.2 Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo

Si desea pedirnos que cubramos su atención durante un período más largo, deberá usar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que debe hacer y los plazos.

- **Siga el proceso**
- **Cumpla con los plazos**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda, llame a Servicios para los miembros al 1-877-672-8620 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). O llame al Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP)

para recibir asistencia personalizada. Encontrará los números de teléfono y URL del sitio web en el Capítulo 2, Sección 3 de este documento. La información de contacto del SHIP está disponible en el Capítulo 2, Sección 3.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la mejora de la calidad revisa su apelación. Decide si la fecha de finalización de su atención es médicamente apropiada. La **Organización para la mejora de la calidad** es un grupo de médicos y otros expertos de la atención médica a los que el gobierno federal les paga por evaluar y ayudar a mejorar la calidad de la atención que se brinda a las personas con Medicare. Esto incluye las revisiones de las decisiones del plan sobre cuándo es momento de dejar de cubrir ciertos tipos de atención médica. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

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?

- En el aviso por escrito que recibió (*Aviso de no cobertura de Medicare (Notice of Medicare Non-Coverage, NOMNC)*), se 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:

- Debe comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad para iniciar su apelación **a más tardar al mediodía del día antes de la fecha de entrada en vigencia** que aparece en el Aviso de no cobertura de Medicare (Notice of Medicare Non-Coverage, NOMNC).
- Si se vence el plazo y desea apelar, aún tiene derechos de apelación. Comuníquese con su 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 que proporciona detalles sobre las razones para terminar 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 cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- La organización de revisión independiente también revisará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que les ha dado nuestro plan.

- Al final del día, los revisores nos habrán comunicado sobre su apelación y usted recibirá de nuestra parte la *Explicación detallada de no cobertura,* donde se explican detalladamente las razones por las cuales finalizamos la cobertura de sus servicios.

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

¿Qué sucede si los revisores aceptan?

- Si los revisores aceptan su apelación, entonces **debemos seguir brindándole su servicio cubierto mientras siga siendo médicamente necesario.**
- 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?

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

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

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

Sección 9.3 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, usted podría tener que pagar el costo total de los servicios de atención médica a domicilio, de los servicios en un centro de atención de enfermería especializada o de los servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) *después* de la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura.

Paso 1: Usted se pone en contacto con la Organización para la mejora de la calidad de nuevo para pedir otra revisión.

- Debe pedir esta revisión en un **plazo de 60 días calendario** después del día en que la Organización para 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 de la 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 de apelación, sobre su apelación y le informarán su decisión.

¿Qué sucede si la organización de revisión independiente acepta?

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de la atención que recibió desde la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura. **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 independiente la rechaza?

- Significa que están de acuerdo con la decisión tomada respecto de 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. Se le darán los detalles para continuar con el siguiente nivel de apelación, que es manejado por un juez administrativo (Administrative Law Judge, ALJ) o un mediador.

Paso 4: Si la rechaza, tendrá que decidir si quiere continuar con la apelación.

- Hay 3 niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, lo que representa un total de 5 niveles de apelación. Si desea continuar con una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez administrativo (Administrative Law Judge, ALJ) 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 a los Niveles 3, 4 y 5

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 apelaciones de Nivel 1 y Nivel 2, y ambas 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 que los primeros 2 niveles. La revisión de su apelación la gestionan estas personas en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3

Un **juez administrativo (Administrative Law Judge, ALJ) o un mediador que trabaja para el gobierno federal** revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si el juez administrativo o mediador acepta su apelación, el proceso de apelaciones puede concluir o no**. A diferencia de 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 *podría* concluir o *no.***
  - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
  - Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le indicará qué hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4

El **Consejo de Apelaciones de Medicare** (el Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si su apelación se acepta o si el Consejo rechaza nuestra solicitud de revisar una decisión favorable a una apelación de Nivel 3, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *no.*** A diferencia de la decisión tomada en el Nivel 2, tenemos derecho a apelar una 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 la 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* 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, 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 Federal de Primera Instancia** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si *aceptar* o *rechazar* su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación tras el Tribunal Federal de Primera Instancia.

Sección 10.2 Apelaciones adicionales de Medicaid

También tiene otros derechos de apelación si su apelación es acerca de servicios o artículos que Medicaid generalmente cubre. La carta que reciba de la oficina de la Audiencia imparcial le indicará lo que debe hacer si desea continuar con el proceso de apelaciones.

Sección 10.3 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 apelaciones de Nivel 1 y Nivel 2, y ambas han sido rechazadas.

Si el valor del medicamento sobre el que ha apelado cumple con un determinado monto en dólares, 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 que los primeros 2 niveles. La revisión de su apelación la gestionan estas personas en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3

Un juez administrativo (Administrative Law Judge, ALJ) o un mediador que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si su apelación se acepta, el proceso de apelaciones habrá terminado**. Debemos **autorizar o brindar la cobertura para medicamentos** que fue aprobada por el juez administrativo o el mediador **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago, a más tardar, a los 30 días calendario** después de que recibamos la decisión.

- **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 quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le indicará qué hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4

El **Consejo de Apelaciones de Medicare** (el Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si su apelación se acepta, el proceso de apelaciones habrá terminado.** Debemos **autorizar o brindar la cobertura para medicamentos** que fue aprobada por el Consejo **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago, a más tardar, a los 30 días calendario** después de que recibamos la decisión.
- **Si la respuesta es negativa o si el Consejo rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones *podría* 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, 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 Federal de Primera Instancia** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si *aceptar* o *rechazar* su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación tras el Tribunal Federal de Primera Instancia.

Presentar quejas

SECCIÓN 11 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio 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. Incluye los problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente. A continuación, encontrará algunos ejemplos de los tipos de problemas que pueden gestionarse a través del proceso de quejas.

Queja	Ejemplo
Calidad de su atención médica	• ¿Está insatisfecho con la calidad de la atención que ha recibido (incluida la atención en el hospital)?
Respeto de su privacidad	• ¿Alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial?
Falta de respeto, mal servicio al cliente u otro comportamiento negativo	• ¿Alguien ha sido descortés o le ha faltado el respeto? • ¿Está insatisfecho con nuestro Servicios para los miembros? • ¿Le parece que lo están alentando a dejar de participar en nuestro plan?
Tiempos de espera	• ¿Está teniendo problemas para conseguir una cita o tiene que esperar demasiado para conseguirla? • ¿Le han hecho esperar demasiado tiempo los médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud? ¿O nuestro Servicios para los miembros u otro miembro del personal de nuestro plan? ○ 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	• ¿Está insatisfecho con la limpieza o el estado de una clínica, un hospital o un consultorio de un médico?
Información que obtiene de nosotros	• ¿No le dimos un aviso requerido? • ¿Es nuestra información escrita difícil de entender?

Queja	Ejemplo
Puntualidad (Estos tipos de quejas se relacionan con lo *oportuno* de nuestras medidas relacionadas con las decisiones de cobertura y las 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: • Ha pedido que le demos *una decisión de cobertura rápida* o una *apelación rápida*, y le 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.

Sección 11.2 Cómo presentar una queja

Términos legales:

Una **queja** también se denomina **reclamo.**

Presentar una queja se denomina **interponer un reclamo.**

Usar el proceso para quejas se denomina **usar el proceso para interponer un reclamo.**

Una **queja rápida** se denomina **reclamo acelerado.**

Paso 1: Comuníquese con nosotros de inmediato, ya sea por escrito o por teléfono.

- **Normalmente, el primer paso es llamar a Servicios para los miembros al** 1-877-672-8620 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)**.** Si debe hacer algo más, Servicios para los miembros se lo indicará.
- **Si no desea llamar (o si llamó y no quedó satisfecho), puede presentar su queja por escrito y enviárnosla.** Si presentó su queja por escrito, le responderemos por escrito.

- Para presentar una queja por escrito, puede enviarla por correo a:

  ATRIO Health Plans

  Attn: Appeals and Grievances

  550 Hawthorne Ave SE, Suite 140

  Salem, OR 97301

- Se acusará recibo del reclamo dentro de los 5 días posteriores a su recepción. Se le dará la oportunidad de presentar cualquier otra información relacionada con el problema, ya sea en persona o por escrito.
- Todos los reclamos se revisarán de acuerdo con los hechos presentados y se manejarán caso por caso.
- Puede solicitar un reclamo acelerado si rechazamos su solicitud de apelación acelerada o autorización previa o invocamos una extensión a un plazo de apelación o autorización previa. Responderemos dentro de las 24 horas a su solicitud de reclamo acelerado.
- Debemos atender su reclamo tan rápido como su caso lo requiera según su estado de salud, pero a más tardar 30 días después de recibir su queja.
- Podemos extender el plazo por hasta 14 días si solicita una extensión o si justificamos la necesidad de información adicional y la demora es para su conveniencia.
- **Independientemente de que llame o escriba, debe comunicarse con Servicios para los miembros al 1-877-672-8620 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) de inmediato.** Puede presentar la queja en cualquier momento a partir de haber tenido 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, podríamos 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 tomar días adicionales, se lo notificaremos por escrito.
- **Si presenta una queja porque rechazamos su solicitud de una decisión de cobertura rápida o una apelación rápida, automáticamente le concederemos una queja rápida.** Si se le ha concedido una queja rápida, quiere decir que le daremos **una respuesta en un plazo de 24 horas**.

- **Si no estamos de acuerdo** con una parte o la totalidad de la queja, o si no nos hacemos responsables del problema por el que se está quejando, incluiremos las razones en nuestra respuesta.

Sección 11.3 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 2 opciones adicionales:

- **Puede presentar su queja directamente a la Organización para la mejora de la calidad (Quality Improvement Organization, QIO).** La Organización para la mejora de la calidad es un grupo de médicos en ejercicio y otros profesionales de la salud 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 11.4 También puede informarle a Medicare acerca de su queja

Puede presentar una queja sobre ATRIO Special Needs Plan (HMO D-SNP) directamente a Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, visite Medicare.gov/my/medicare-complaint. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

CAPÍTULO 10:
Cancelación de su membresía en nuestro plan

SECCIÓN 1 Cancelación de su membresía en nuestro plan

Cancelar su membresía en ATRIO Special Needs Plan (HMO D-SNP) puede hacerse de forma **voluntaria** (cuando es su elección) o **involuntaria** (cuando no es su elección):

- Es posible que deje nuestro plan porque ha decidido que *quiere* dejarlo. La Sección 2 y la Sección 3 brindan información sobre cómo cancelar su membresía voluntariamente.
- También hay situaciones limitadas donde nos vemos obligados a cancelar su membresía. La Sección 5 describe situaciones en las que debemos cancelar su membresía.

Si está dejando nuestro plan, nuestro plan debe continuar proporcionando su atención médica y medicamentos con receta, y usted seguirá pagando la parte que le corresponde de los costos compartidos hasta que finalice su membresía.

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

Sección 2.1 Puede cancelar su membresía en nuestro plan porque tiene Medicare y Medicaid

La mayoría de las personas con Medicare pueden cancelar su membresía solo durante ciertos momentos del año. Debido a que usted tiene Medicaid, puede cancelar su membresía en nuestro plan a través de alguna de las siguientes opciones de Medicare en cualquier mes del año:

- Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare
- Si es elegible, un D-SNP integrado que le brinde sus beneficios y servicios de Medicare y la mayoría o la totalidad de sus beneficios y servicios de Medicaid en un solo plan

Nota: Si cancela su inscripción en la cobertura para medicamentos de Medicare, ya no recibe Ayuda adicional y permanece sin una cobertura acreditable para medicamentos durante 63 días consecutivos o más, podría tener que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe más adelante en un plan de medicamentos de Medicare. Si recibe Ayuda adicional, Medicare podría inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar de la inscripción automática.

- Llame a la oficina de Medicaid de su estado al 1-800-699-9075 para saber más sobre las opciones de plan de Medicaid.

- Existen otras opciones de planes de salud de Medicare disponibles durante el **Período de inscripción abierta**. En la Sección 2.2 encontrará más información sobre el Período de inscripción abierta.
- **Su membresía se cancelará normalmente el primer día del mes después de que recibamos su solicitud para cambiar su plan.** Su inscripción en el nuevo plan también comenzará ese día.

Sección 2.2 Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción abierta

Puede cancelar su membresía durante el **Período de inscripción abierta** cada año. Durante este tiempo, revise su cobertura de salud y cobertura para medicamentos y decida sobre la cobertura para el próximo año.

- El Período de inscripción abierta es del **15 de octubre al 7 de diciembre.**
- **Elija mantener su cobertura actual o hacer cambios en su cobertura para el próximo año.** Si decide cambiar a un nuevo plan, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de cobertura:
  - Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura para medicamentos.
  - Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos de Medicare.
  - Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos de Medicare.
  - Si es elegible, un D-SNP integrado que le brinde sus beneficios y servicios de Medicare y la mayoría o la totalidad de sus beneficios y servicios de Medicaid en un solo plan.

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 podría inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar de la inscripción automática.

Nota: Si cancela su inscripción de la cobertura para medicamentos de Medicare, ya no recibe Ayuda adicional y permanece sin una cobertura acreditable para medicamentos durante 63 días consecutivos o más, podría tener que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.

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

Sección 2.3 Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage

Puede hacer *un* cambio en su cobertura médica durante el **Período de inscripción abierta de Medicare Advantage** cada año.

- **El Período de inscripción abierta de Medicare Advantage (MA)** es del 1 de enero al 31 de marzo y también para nuevos beneficiarios de Medicare que están inscritos en un plan de MA, a partir del mes en que comienza a tener derecho a la Parte A y la Parte B hasta el último día del tercer mes en que comienza a tener derecho.
- **Durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage,** usted puede realizar lo siguiente:
  - Cambiar a otro plan Medicare Advantage, con o sin cobertura para medicamentos.
  - 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 de Medicare al mismo tiempo.
- **Su membresía se cancelará** el primer día del mes después de que se inscriba en un plan Medicare Advantage diferente o que recibamos su solicitud de cambio a Original Medicare. Si también elige inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, su membresía en el plan de medicamentos comenzará el primer día del mes después de que el plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

Sección 2.4 En ciertas situaciones, puede cancelar su membresía durante un Período de inscripción especial

En determinadas situaciones, puede ser elegible para cancelar su membresía en otro momento del año. Esto se conoce como **Período de inscripción especial**.

Usted puede ser elegible para cancelar su membresía durante el 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 nuestro plan, llamar a Medicare o visitar Medicare.gov:

- En general, cuando usted se muda
- Si tiene Oregon Health Plan (Medicaid)
- Si es elegible para recibir Ayuda adicional para pagar su cobertura para medicamentos 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)
- **Nota:** Si está inscrito en un programa de administración de medicamentos (Drug Management Program, DMP),quizás solo sea elegible para ciertos Períodos de inscripción especial. El Capítulo 5, Sección 10 le proporciona más detalles sobre los programas de administración de medicamentos.

- **Nota:** La Sección 2.1 le brinda más información sobre el período de inscripción especial para personas con Medicaid.

Los períodos de inscripción varían según cada caso.

Para averiguar si es elegible para un Período de inscripción especial, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). 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 de Medicare. Puede elegir entre lo siguiente:

- Otro plan de salud de Medicare con o sin cobertura para medicamentos,
- Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos de Medicare,
- Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos de Medicare.
- Si es elegible, un D-SNP integrado que le brinde sus beneficios y servicios de Medicare y la mayoría o la totalidad de sus beneficios y servicios de Medicaid en un solo plan.

Nota: Si cancela su inscripción de la cobertura para medicamentos de Medicare, ya no recibe Ayuda adicional y permanece sin una cobertura acreditable para medicamentos durante 63 días consecutivos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.

Si recibe Ayuda adicional de Medicare para pagar sus medicamentos con cobertura: Si se pasa a Original Medicare y no se inscribe en un plan separado de medicamentos de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted opte 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: La Sección 2.1 y la Sección 2.2 le brindan más información sobre el período de inscripción especial para personas con Medicaid y Ayuda adicional.

Sección 2.5 Obtenga más información sobre cuándo puede cancelar su membresía

Si tiene preguntas sobre cómo cancelar su membresía, puede hacer lo siguiente:

- **Llame a Servicios para los miembros al** 1-877-672-8620. (Los usuarios de TTY deben llamar al **711)**
- Encuentre la información en el manual ***Medicare & You 2027 (Medicare y Usted 2027)***
- Llame a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048)

SECCIÓN 3 Cómo cancelar su membresía en nuestro plan

La siguiente tabla explica cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan.

Para cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
Otro plan de salud de Medicare	• Inscribirse en el nuevo plan de salud de Medicare. • Su inscripción en ATRIO Special Needs Plan (HMO D-SNP) se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos de Medicare	• Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos de Medicare. • Su inscripción en ATRIO Special Needs Plan (HMO D-SNP) se cancelará automáticamente cuando empiece la cobertura de su nuevo plan de medicamentos.
Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos de Medicare	• Envíenos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Llame a Servicios para los miembros al (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048) si necesita más información sobre cómo hace esto. • También puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y pedir que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. • Su inscripción en ATRIO Special Needs Plan (HMO D-SNP) se cancelará cuando comience su cobertura en Original Medicare.

Nota: Si cancela su inscripción de la cobertura para medicamentos de Medicare, ya no recibe Ayuda adicional, y además permanece sin una cobertura acreditable para medicamentos durante 63 días consecutivos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.

Si tiene preguntas sobre sus beneficios de Oregon Health Plan (Medicaid), comuníquese con Oregon Health Plan (Medicaid): 1-800-699-9075 (TTY: 711). Horario de atención: De 7 a. m. a 6 p. m. hora del Pacífico (PT), de lunes a viernes.

Puede consultar cómo se vería afectada la forma en que recibe su cobertura de Oregon Health Plan (Medicaid) si se inscribe en otro plan o vuelve a Original Medicare.

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

Hasta que se cancele su membresía y comience su nueva cobertura de Medicare y Medicaid, debe continuar recibiendo sus artículos médicos, servicios y medicamentos con receta a través de nuestro plan.

- **Continúe utilizando los proveedores de nuestra red para recibir atención médica.**
- **Continúe usando las farmacias de nuestra red o de pedido por correo para obtener sus medicamentos con receta.**
- **Si está hospitalizado el día que su membresía finaliza, su hospitalización estará cubierta por nuestro plan hasta que le den el alta** (incluso si le dan el alta después de que comience su nueva cobertura médica).

SECCIÓN 5 ATRIO Special Needs Plan (HMO D-SNP) debe cancelar su membresía en el plan en ciertas situaciones

ATRIO Special Needs Plan (HMO D-SNP) debe cancelar su membresía en nuestro plan si ocurre cualquiera de los siguientes casos:

- Si ya no tiene la Parte A y la Parte B de Medicare
- Si ya no es elegible para Medicaid. Como se indica en el Capítulo 1, Sección 2.1, nuestro plan es para personas que son elegibles para Medicare y Medicaid.
- Si se muda fuera del área de servicio
- Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio durante más de seis meses.
- Si es encarcelado (va a prisión)
- Si ya no es usted ciudadano o nacional de los Estados Unidos, o un no ciudadano elegible
- Si miente o encubre información sobre otro seguro que tenga que le proporciona cobertura para medicamentos

- Si intencionalmente nos da información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
- Si permanentemente se comporta de una manera que es perturbadora y nos dificulta la tarea de brindarles 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 deja que otra persona use su tarjeta de miembro para obtener atención médica. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
    - Si cancelamos su membresía por esta razón, es posible que Medicare haga que el Inspector general investigue su caso.

Si tiene preguntas o desea recibir más información sobre cuándo podemos cancelar su membresía, llame a Servicios para los miembros al 1-877-672-8620 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Sección 5.1 No podemos pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud

ATRIO Special Needs Plan (HMO D-SNP) no está autorizado a pedirle que se retire de 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, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 5.2 Tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en 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 presentar un reclamo o una queja sobre nuestra decisión de cancelar su membresía.

CAPÍTULO 11:

Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes vigentes

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

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación

No discriminamos por cuestiones de raza, origen étnico, nacionalidad, color, religión, sexo, edad, discapacidad física o mental, estado de salud, experiencia en reclamaciones, historial médico, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que ofrecen planes Medicare Advantage, como nuestro plan, deben cumplir con las leyes federales contra la discriminación, incluido el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley del Cuidado de Salud de Bajo Costo, todas las demás leyes que se aplican a las organizaciones que reciben fondos federales y cualquier otra ley o norma que se aplique por cualquier otra razón.

Si desea obtener más información o tiene alguna inquietud en cuanto a discriminación o a un trato que no ha sido imparcial, 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 la Oficina de Derechos Civiles de su localidad. También puede revisar la información de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos en HHS.gov/ocr/index.html.

Si usted tiene una discapacidad y necesita ayuda con el acceso a la atención, llame a Servicios para los miembros al 1-877-672-8620 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Si 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. Según las regulaciones de los Centros de Servicios de Medicare y

Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) en el Título 42, secciones 422.108 y 423.462 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR), ATRIO Special Needs Plan (HMO D-SNP), como una organización Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que los que la Secretaría ejerce conforme a las regulaciones de los CMS en las subpartes B a D de la parte 411 del Título 42 del CFR, y las normas establecidas en esta sección sustituyen cualquier legislación estatal.

CAPÍTULO 12:

Definiciones

Centro quirúrgico ambulatorio – Un centro quirúrgico ambulatorio es una entidad que funciona exclusivamente con el propósito de brindar servicios quirúrgicos ambulatorios a pacientes que no requieren hospitalización y cuya estadía en el centro se espera que no exceda las 24 horas.

Apelación – Una apelación es un recurso que usted presenta si no está de acuerdo con la decisión de denegarle una solicitud de cobertura para servicios de atención médica o medicamentos con receta o pagos por servicios o medicamentos que ya ha recibido. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con una decisión de interrumpir los servicios que está recibiendo.

Período de beneficios – La manera en que nuestro plan y Original Medicare mide su uso de los servicios de los hospitales y centros de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF). El período de beneficios comienza el día en que ingresa en un hospital o centro de atención de enfermería especializada. El período de beneficios termina cuando no ha recibido atención hospitalaria para pacientes internados (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si ingresa en un hospital o centro de atención de enfermería especializada después de que haya finalizado un período de beneficios, se inicia un nuevo período de beneficios. Usted debe pagar el deducible del hospital para pacientes internados por cada período de beneficios. No hay límite en cuanto a la cantidad de períodos de beneficios.

Producto biológico – Un medicamento con receta elaborado a partir de fuentes naturales y vivas, como células de los animales, células de las plantas, bacterias o levaduras. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no pueden copiarse exactamente, por eso las formas alternativas se denominan biosimilares. (Consulte “**Producto biológico original**” y “**Biosimilar**”).

Biosimilar – Un producto biológico muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Los biosimilares son tan seguros y eficaces como el producto biológico original. Algunos biosimilares se pueden sustituir por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta (consulte “**Biosimilar intercambiable**”).

Medicamento de marca – Medicamento con receta fabricado y vendido por la compañía farmacéutica que originalmente investigó y desarrolló dicho medicamento. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de ingrediente activo que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otros fabricantes de medicamentos y, normalmente, no están disponibles hasta que haya vencido la patente del medicamento con nombre de marca.

Plan de atención – Un plan que establece qué servicios recibirá y cómo los recibirá. Su plan puede incluir servicios médicos, servicios de salud conductual, y atención a largo plazo, medicamentos de venta libre y servicios basados en el hogar y en la comunidad.

Equipo de atención médica – Un equipo de atención médica puede incluir médicos, enfermeros, asesores u otros profesionales de la salud que le ayudarán a recibir la atención que necesita. Su equipo de atención médica también le ayuda a elaborar un plan de atención.

Etapa de cobertura en situaciones catastróficas – Es la etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D que comienza cuando usted (o alguna persona calificada en su nombre) haya gastado $2,400 en medicamentos cubiertos de la Parte D durante el año de cobertura. Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D ni por los medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) – Es la agencia federal que administra Medicare.

Plan de necesidades especiales para atención crónica (Chronic-Care Special Needs Plan, C-SNP) – Los C-SNP son SNP que limitan la inscripción a los MA para las personas elegibles que tienen enfermedades graves y crónicas.

Coseguro: una cantidad que se le puede solicitar que pague, expresada como porcentaje (por ejemplo, 20%) como su parte del costo de los servicios o medicamentos con receta después de que usted paga sus deducibles.

Queja – El nombre formal para presentar una queja es **interponer un reclamo**. El proceso de quejas se utiliza *solamente* para ciertos tipos de problemas. Entre ellos se incluyen los problemas sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. También incluye quejas si nuestro plan no sigue los períodos de tiempo en el proceso de apelaciones.

Centro de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) – Un centro que brinda principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, como fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios de patología del habla y el lenguaje, y servicios de evaluación del entorno en el hogar.

Copago – Un monto que se le puede requerir que pague, como su parte del costo del servicio o suministro médico, como una consulta con el médico, una consulta hospitalaria como paciente externo o un medicamento con receta. Un copago es un monto establecido (por ejemplo, $10), más que un porcentaje.

Costo compartido – El costo compartido se refiere a los montos que un miembro debe pagar al recibir servicios o medicamentos. El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes 3 tipos de pagos: (1) cualquier monto deducible que puede imponer un plan antes de cubrir servicios o medicamentos; (2) cualquier monto fijo de copago que un plan exige cuando se recibe un medicamento

específico; o (3) cualquier monto de coseguro, un porcentaje del monto total pagado por un medicamento que un plan exige cuando se recibe un medicamento específico.

Determinación de cobertura – Una decisión para determinar si un medicamento que le recetaron está cubierto por nuestro plan y el monto, si lo hubiera, que usted debe pagar por el medicamento con receta. En general, si usted lleva su receta a la farmacia y allí le indican que el medicamento con receta no está cubierto por nuestro plan, eso no es una determinación de cobertura. Deberá llamar o escribir a nuestro plan para solicitar una decisión formal de cobertura. Las determinaciones de cobertura se denominan **decisiones de cobertura** en este documento.

Medicamentos cubiertos – Es el término que se utiliza para referirse a todos los medicamentos que cubre el plan.

Servicios cubiertos – Es el término que usamos para incluir todos los suministros y servicios de atención médica cubiertos por nuestro plan.

Cobertura acreditable para medicamentos con receta – Cobertura para medicamentos con receta (por ejemplo, de un empleador o un sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura estándar para medicamentos con receta de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura, cuando pasan a ser elegibles para Medicare, pueden normalmente mantener esa cobertura sin pagar una multa si deciden inscribirse más adelante en un plan de cobertura para medicamentos con receta de Medicare.

Cuidado asistencial – El cuidado asistencial es la atención personal brindada en un centro de cuidados, hospicio u otro centro cuando usted no necesita atención médica o de enfermería especializada. El cuidado asistencial, brindado por personas que no tienen preparación profesional ni capacitación, incluye ayudar con actividades cotidianas como bañarse, vestirse, alimentarse, acostarse y levantarse de la cama o de la silla, desplazarse y utilizar el baño. Podría 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.

Costo compartido diario – Es posible que se aplique un costo compartido diario cuando su médico le receta un suministro de determinados medicamentos para menos de un mes completo y usted debe pagar un copago. El costo compartido diario es el copago dividido por la cantidad de días de un suministro para un mes. A continuación, le presentamos un ejemplo: Si su copago por un suministro de un medicamento para un mes es $30, y un suministro para un mes en nuestro plan tiene 30 días, su costo compartido diario es $1 por día.

Deducible – Es el monto que debe pagar por la atención médica o los medicamentos con receta antes de que nuestro plan pague.

Cancelar o cancelación de la inscripción – El proceso de cancelación de su membresía en nuestro plan.

Costo de suministro – Un honorario que se cobra cada vez que un medicamento cubierto se entrega para pagar el costo de surtir un medicamento con receta, como el tiempo que tarda el farmacéutico en preparar y empaquetar el medicamento con receta.

Planes de necesidades especiales de doble elegibilidad (D-SNP) – Los D-SNP inscriben a personas que tienen derecho tanto a Medicare (Título XVIII de la Ley del Seguro Social) como a asistencia médica de un plan estatal a través de Medicaid (Título XIX). Los estados cubren algunos o la totalidad de los costos de Medicare, según el estado y la elegibilidad de la persona.

Persona con doble elegibilidad – Una persona que reúne los requisitos para la cobertura de Medicare y Medicaid.

Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) – Ciertos equipos médicos indicados por su médico por razones médicas. Los ejemplos incluyen andadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, bombas de infusión intravenosa, dispositivos para la generación del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital recetadas por un proveedor para usar en el hogar.

Emergencia – 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 de un hijo por nacer), la pérdida de una extremidad o la función de una extremidad, o la pérdida o 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 que son: 1) proporcionados por un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia; y 2) son necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia.

Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC) y Divulgación de información – En este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro documento adjunto, cláusula adicional u otra cobertura opcional seleccionada, se explica su cobertura, lo que debemos hacer nosotros, sus derechos y lo que debe hacer usted como miembro de nuestro plan.

Excepción – Un tipo de decisión de cobertura que, si se aprueba, le permite recibir un medicamento que no está en nuestro Formulario (una excepción al Formulario) o un medicamento no preferido a un nivel más bajo de costo compartido (una excepción de nivel). También puede solicitar una excepción si nuestro plan le exige probar otro medicamento antes de recibir el medicamento que está solicitando, si nuestro plan exige una autorización previa para un medicamento y usted desea que no apliquemos la restricción de criterios, o si nuestro plan limita la cantidad o dosis del medicamento que está solicitando (una excepción al Formulario).

Ayuda adicional – Un programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos con receta de Medicare, como las primas, los deducibles y el coseguro.

Medicamento genérico – Medicamento con receta que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA), dado que se considera que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Un medicamento genérico tiene el mismo efecto que un medicamento de marca, pero, por lo general, es más económico.

Evaluación de riesgos de salud (Health Risk Assessment, HRA) – Una revisión de su historial médico y estado de salud actual. Se utiliza para obtener información sobre su salud y cómo podría cambiar en el futuro.

Auxiliar de atención de la salud a domicilio – Una persona que brinda servicios que no necesitan las habilidades de enfermeros o terapeutas autorizados, como ayudar con la atención personal (por ejemplo, bañarse, usar el baño, vestirse o realizar ejercicios prescritos).

Hospicio – Un beneficio que proporciona un trato especial a un miembro que ha sido certificado médicamente como enfermo terminal, lo que significa tener una expectativa de vida de 6 meses o menos. Nuestro plan debe proporcionarle una lista de hospicios 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 hospitalización es cuando es ingresado formalmente al hospital para recibir servicios médicos especializados. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, podría ser considerado un paciente externo.

Monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso (Income Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA) – Si su ingreso bruto ajustado modificado, según se informó en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años, está por encima de cierto monto, pagará el monto estándar de la prima y un monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso, también conocido como IRMAA. El IRMAA es un cargo adicional que se agrega a su prima. Menos del 5% de las personas con Medicare se encuentran afectadas, por lo que la mayoría de las personas no pagarán una prima más alta.

Etapa de cobertura inicial – Esta es la etapa después de que usted paga su deducible (si tiene alguno) y antes de que los costos que paga de su bolsillo para el año alcancen el monto umbral que paga de su bolsillo.

Período de inscripción inicial – El tiempo en el que puede inscribirse en la Parte A y la Parte B de Medicare, cuando usted es elegible por primera vez para recibir Medicare. Si es elegible para Medicare cuando cumpla 65 años, el Período de inscripción inicial es el período de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que cumple 65 años, incluye el mes en que cumple 65 años y termina 3 meses después del mes en que cumple 65 años.

D-SNP integrado – Un D-SNP que cubre Medicare y la mayoría o todos los servicios de Medicaid en un solo plan de salud para ciertos grupos de personas elegibles para Medicare y Medicaid. Estas personas también se denominan personas elegibles para el beneficio total de manera dual.

Reclamo integrado - Un tipo de queja que usted presenta sobre nuestro plan, nuestros proveedores, o nuestras farmacias, incluida alguna queja relacionada con la calidad de la atención brindada. Esto no implica disputas de cobertura ni de pago.

Determinación de la organización integrada– una decisión que toma nuestro plan acerca de si los servicios o artículos están cubiertos o sobre cuánto le corresponde pagar a usted por servicios o artículos cubiertos. Las determinaciones de la organización se denominan decisiones de cobertura en este documento.

Plan de necesidades especiales (Institutional Special Needs Plan, I-SNP) institucional – Los I-SNP restringen la inscripción a personas elegibles de MA que viven en la comunidad, pero que necesitan el nivel de atención que ofrece un establecimiento o bien, que viven (o se espera que vivan) por al menos 90 días consecutivos en determinados centros de atención a largo plazo. Los I-SNP incluyen los siguientes tipos de planes: Plan de necesidades especiales institucional equivalente (Institutional Equivalent Special Needs Plan, IE-SNP), Plan de necesidades especiales institucional híbrido (Hybrid Institutional SNP, HI-SNP) y Plan de necesidades especiales institucional basado en un establecimiento (Facility-based Institutional SNP, FI-SNP).

Plan de necesidades especiales (Special Needs Plan, SNP) institucional equivalente – Un IE-SNP limita la inscripción a un MA para las personas elegibles que viven en la comunidad, pero que necesitan un nivel de atención que ofrece un establecimiento.

Biosimilar intercambiable – Un biosimilar que puede ser utilizado como sustituto de un producto biosimilar original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, ya que cumple con los requisitos adicionales acerca del potencial de sustitución automática. La sustitución automática en la farmacia está sujeta a la ley estatal.

Lista de medicamentos cubiertos (Formulario o Lista de medicamentos) – Una lista de medicamentos con receta cubiertos por nuestro plan.

Subsidio por bajos ingresos (Low Income Subsidy, LIS) – Consulte Ayuda adicional.

Programa de descuentos del fabricante – Un programa en virtud del cual los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total de nuestro plan por los medicamentos de marca y los productos biológicos cubiertos de la Parte D. Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y fabricantes de medicamentos.

Precio justo máximo – El precio negociado por Medicare para un medicamento selecto.

Monto máximo que paga de su bolsillo – El monto máximo que paga de su bolsillo durante el año calendario por los servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B. Los montos que usted paga por sus primas de la Parte A y la Parte B de Medicare, y medicamentos con receta no cuentan para el monto máximo que paga de su bolsillo. (**Nota:** Dado que nuestros miembros también reciben asistencia de Medicaid, muy pocos miembros alcanzan este monto máximo que paga de su bolsillo).

Medicaid (o Medical Assistance) – Un programa conjunto estatal y federal que ayuda a solventar costos médicos de ciertas personas con bajos ingresos y recursos limitados. Los programas estatales de Medicaid varían, pero cubren la mayoría de los costos de atención médica si usted califica para Medicare y Medicaid.

Indicación médicamente aceptada – Un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) o avalado por ciertas referencias, como el American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de Información DRUGDEX de Micromedex.

Médicamente necesario – Significa que los medicamentos, servicios o suministros son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.

Medicare – El programa federal de seguros médicos destinado a personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas que padecen enfermedad renal terminal (por lo general, las que tienen insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o trasplante de riñón).

Período de inscripción abierta de Medicare Advantage – El período de tiempo desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo para que los miembros de un plan Medicare Advantage puedan cancelar su inscripción en el plan y cambiarse 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 llamado Parte C de Medicare. Es un plan ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindarle todos sus beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare. Un plan Medicare Advantage puede ser i) una Organización para el mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organization, HMO); ii) una Organización de proveedores preferidos (Preferred Provider Organization, PPO); iii) un Plan privado de Pago por servicio (Private Fee-for-Service, PFFS); o iv) un plan de Cuenta de ahorro para gastos médicos de Medicare (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 (Special Needs Plan, 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 para medicamentos con receta**.

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 cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. El término Servicios cubiertos por Medicare no incluye los beneficios adicionales, como servicios de la vista, dentales o auditivos, que puede ofrecer un plan Medicare Advantage.

Plan de salud de Medicare – Un plan de salud de Medicare que ofrece una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindar los beneficios de la Parte A y la Parte B a personas con Medicare que se inscriben en el plan. Este término incluye todos los planes Medicare Advantage, los planes Medicare Cost, los de Necesidades Especiales, los Programas piloto/demostraciones y los Programas de atención integral para las personas de edad avanzada (Programs of All-inclusive Care for the Elderly, PACE).

Cobertura para medicamentos de Medicare (Parte D de Medicare) – Seguro que lo ayuda a pagar los medicamentos con receta para pacientes externos, las vacunas, los productos biológicos y algunos suministros que no cubren la Parte A o la Parte B de Medicare.

Programa de manejo del tratamiento farmacológico (Medication Therapy Management, MTM) – Un programa de la Parte D de Medicare para necesidades de salud complejas proporcionado a las personas que cumplen con determinados requisitos o que están en un Programa de control de medicamentos. Los servicios de MTM usualmente incluyen una discusión con un farmacéutico o proveedor de atención médica para la revisión de los medicamentos.

Póliza Medigap (seguro complementario de Medicare) – Seguro complementario de Medicare vendido por una compañía de seguros privada para cubrir los *períodos sin cobertura* de Original Medicare. Las pólizas Medigap solo funcionan con Original Medicare. (Un plan Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

Miembro (miembro de nuestro plan o miembro del plan) – Una persona con Medicare elegible para recibir servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS).

Servicios para los miembros – Un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder sus preguntas sobre su membresía y sus beneficios, sus reclamos y sus apelaciones.

Red – Son los médicos y otros profesionales de la salud, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica o proveedores que han acordado con nosotros brindar los servicios cubiertos a nuestros miembros y aceptar nuestros pagos y cualquier costo compartido del plan como pago total. (Consulte el Capítulo 3, Sección 2).

Farmacia de la red – Una farmacia que tiene un contrato con nuestro plan por el que los miembros de nuestro plan pueden recibir los beneficios de medicamentos con receta. En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta están cubiertos solo si se obtienen en una de nuestras farmacias de la red.

Proveedor de la red – Proveedor es el término general para referirnos a médicos, otros profesionales de la salud, hospitales y otros centros de atención médica que tienen licencia o certificación de Medicare y del estado para prestar servicios de atención médica. Los **proveedores de la red** tienen un contrato con nuestro plan para aceptar nuestro pago como pago total y, en algunos casos, para coordinar y prestar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de la red también se denominan **proveedores del plan**.

Período de inscripción abierta – El período de tiempo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año en el que los miembros pueden cambiar de planes de medicamentos o de salud, o elegir Original Medicare.

Producto biológico original – Un producto biológico que ha sido aprobado por la FDA y que funciona como la comparación para los fabricantes que realizan una versión biosimilar. También se denomina producto de referencia.

Original Medicare (Medicare tradicional o plan Medicare con Pago por servicio) – El plan Original Medicare es ofrecido por el gobierno y no por planes de salud privados como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos con receta. En Original Medicare, los servicios de Medicare se cubren pagándoles a los médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica los montos de pago establecidos por el Congreso. Usted puede consultar con cualquier médico, hospital o proveedor de atención médica que acepte Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga lo que le corresponde de la cantidad aprobada por Medicare, y usted paga lo que le corresponde a usted. Original Medicare tiene 2 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 ha celebrado un contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar los medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. La mayoría de los medicamentos que obtenga en las farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que se apliquen ciertas condiciones.

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red – Un proveedor o centro que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar ni ofrecer servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no están empleados, ni son propiedad ni los opera nuestro plan.

Costos que paga de su bolsillo – Consulte la definición de costo compartido más arriba. El requisito de costo compartido de un miembro para pagar una parte de los servicios o medicamentos recibidos también se conoce como el requisito de costo que un miembro paga de su bolsillo.

Monto umbral que paga de su bolsillo – Es el monto máximo que paga de su bolsillo por medicamentos de la Parte D.

Parte C – Consulte Plan Medicare Advantage (MA).

Parte D – Es el Programa voluntario de beneficios de medicamentos con receta de Medicare.

Medicamentos de la Parte D – Son los medicamentos que pueden estar cubiertos por la Parte D. Podemos ofrecer todos los medicamentos de la Parte D o no. Ciertas categorías de medicamentos han sido excluidas de la cobertura de la Parte D por el Congreso. Cada plan debe cubrir ciertas categorías de medicamentos de la Parte D.

Multa por inscripción tardía de la Parte D – Un monto que se suma a su prima mensual del plan por la cobertura para medicamentos de Medicare si no tiene una cobertura acreditable (una cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura estándar para medicamentos de Medicare) durante un período continuo de 63 días o más después de ser elegible para inscribirse en un plan de la Parte D por primera vez. 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.

Plan de una Organización de proveedores preferidos (Preferred Provider Organization, PPO) – Un plan de una Organización de proveedores preferidos es un plan Medicare Advantage que tiene una red de proveedores contratados que han acordado tratar a los miembros del plan por un monto de pago específico. Un plan de PPO debe cubrir todos los beneficios del plan, independientemente de si se reciben de parte de proveedores dentro o fuera de la red. El costo compartido del miembro será generalmente superior cuando se reciben los beneficios del plan de parte de proveedores fuera de la red. Los planes de PPO tienen un límite anual de los costos que paga de su bolsillo para los servicios recibidos de proveedores (preferidos) de la red y un límite más alto en los costos totales combinados que paga de su bolsillo por servicios de proveedores tanto red (preferidos) como fuera de la red (no preferidos).

Prima – El pago periódico a Medicare, a una compañía de seguros o a un plan de salud para una cobertura de salud o de medicamentos con receta.

Servicios preventivos – Servicios de atención médica que le ayudan a mantenerse saludable, detectar problemas de salud tempranos, determinar cuáles tratamientos son los más eficaces, y prevenir ciertas enfermedades. Los servicios preventivos incluyen exámenes, vacunas, análisis de laboratorio y pruebas de detección. También incluyen programas de supervisión de salud, y asesoramiento y educación para ayudarle a cuidar de su propia salud.

Proveedor de atención primaria (Primary Care Physician/Provider, PCP) – El médico u otro proveedor a quien usted consulta primero para la mayoría de los problemas de salud. En muchos planes de salud de Medicare, usted debe consultar con su proveedor de atención primaria antes de consultar con cualquier otro proveedor de atención médica.

Autorización previa – Aprobación por adelantado para obtener servicios o determinados medicamentos según criterios específicos. En la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4, se indican los servicios cubiertos que necesitan autorización previa. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el Formulario y nuestros criterios están publicados en nuestro sitio web.

Dispositivos ortésicos y protésicos – Dispositivos médicos que incluyen entre otros, dispositivos ortopédicos para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o una función interna del cuerpo, como suministros para ostomía y terapia nutricional enteral y parenteral.

Organización para la mejora de la calidad (Quality Improvement Organization, QIO) – 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.

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

"Herramienta de beneficios en tiempo real" – Un portal o una aplicación informática en la que las personas inscritas pueden buscar información completa, correcta, oportuna, clínicamente apropiada, del Formulario y de beneficios específica para las personas inscritas. Esto incluye los montos de costo compartido, los medicamentos alternativos del Formulario que se pueden utilizar para la misma afección que un medicamento dado, y las restricciones de cobertura (autorización previa, tratamiento escalonado, límites de cantidad) que se aplican a medicamentos alternativos.

Remisión – Una orden escrita de su médico de atención primaria para que usted acuda con un especialista para obtener determinados servicios médicos. Sin una remisión, nuestro plan podría no pagar los servicios proporcionados por un especialista.

Servicios de rehabilitación – Estos servicios incluyen atención de rehabilitación para pacientes internados, fisioterapia (para pacientes externos), terapia del habla y del lenguaje, y terapia ocupacional.

Medicamento seleccionado – Un medicamento cubierto por la Parte D por el cual Medicare negoció un precio justo máximo.

Área de servicio – Un área geográfica donde usted debe vivir para unirse a un plan de salud en particular. Para los planes que limitan qué médicos y hospitales puede utilizar, también se incluye, generalmente, el área donde puede obtener servicios de rutina (no emergencias). Nuestro plan debe cancelar su inscripción si se muda fuera del área de servicio de nuestro plan de manera permanente.

Centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF) – Servicios de atención de enfermería especializada o rehabilitación especializada brindados todos los días en un centro de atención de enfermería especializada. Ejemplos de la atención incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo pueden ser aplicadas por un enfermero matriculado o un médico.

Plan de necesidades especiales – Tipo especial de plan Medicare Advantage que proporciona una atención médica más específica para determinados grupos de personas, como quienes poseen Medicare y Medicaid, que viven en centros de cuidados o que tienen ciertas afecciones médicas crónicas.

Tratamiento escalonado – Herramienta de utilización que exige que primero intente tratar su afección médica con otro medicamento antes de que cubramos el medicamento que le recetó el médico en primer lugar.

Seguridad de Ingreso Complementario (Supplemental Security Income, SSI) – Es un beneficio mensual que paga el Seguro Social a las personas con ingresos y recursos limitados, y que son discapacitadas, están ciegas o tienen 65 años o más. Los beneficios del SSI no son iguales que los beneficios del Seguro Social.

Servicios de urgencia – Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata, y que no es una emergencia, es un servicio de urgencia si usted está temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan, o no es razonable dado el momento, el lugar y las circunstancias, obtener este servicio de parte de proveedores de la red. Ejemplos de servicios de urgencia son enfermedades y lesiones imprevistas, o exacerbaciones inesperadas de afecciones existentes. Las consultas de rutina a proveedores que sean médicamente necesarias (como los chequeos anuales) no se consideran de urgencia, incluso si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o si la red de nuestro plan no está disponible temporalmente.

Servicios para los miembros de ATRIO Special Needs Plan (HMO D-SNP)

Método	Servicios para los miembros - Información de contacto
Llame al	1-877-672-8620 Las llamadas a este número son gratuitas. Todos los días de 8 a.m. a 8 p.m., hora local Servicios para los miembros 1-877-672-8620 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) también ofrece un servicio gratuito de interpretación disponible para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Todos los días de 8 a.m. a 8 p.m., hora local
Escriba a	ATRIO Health Plans 550 Hawthorne Ave SE, Suite 140 Salem, OR 97301 customerservice@atriohp.com
Sitio web	atriohp.com

Oregon Senior Health Insurance Benefits Assistance (SHIBA)

Oregon Senior Health Insurance Benefits Assistance (SHIBA) es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el fin de brindar asesoramiento sobre seguros médicos, a nivel local y de forma gratuita, a las personas que tienen Medicare.

Método	Información de contacto
Llame al	1-800-722-4134 8 a.m. a 5 p.m. hora local, de lunes a viernes
TTY	711
Escriba a	Senior Health Insurance Benefits Assistance (SHIBA) Department of Consumer and Business Services 350 Winter Street NE, Room 330 Salem, OR 97309-0405
Sitio web	https://shiba.oregon.gov/Pages/index.aspx

Declaración sobre divulgación de la Ley de Reducción de Papel (Paperwork Reduction Act, PRA) *De acuerdo con la Ley de Reducción de Papel (Paperwork Reduction Act, PRA) de 1995, ninguna persona debe responder a una recopilación de información a menos que presente un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (Office of Management and Budget, OMB). El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escriba*

a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.