

Condados de Riverside y San Bernardino

VILLAGEHEALTH (HMO POS C-SNP)

2026 Evidencia de cobertura de Medicare
Plan Medicare Advantage



VillageHealth
by SCAN Health Plan®



Del 1 de enero al 31 de diciembre 2026

Evidencia de cobertura para 2026:

Beneficios y servicios para la salud y cobertura de medicamentos de Medicare como afiliado de VillageHealth (HMO POS C-SNP)

Este documento le proporciona detalles acerca de la cobertura de atención médica y la cobertura de medicamentos que ofrece Medicare a partir del 1 de enero al 31 de diciembre de 2026. **Este es un documento legal importante, por lo que se recomienda Consérvelo en un lugar seguro.**

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

- Nuestra prima del plan y costo compartido
- Nuestros beneficios médicos y de medicamentos
- Cómo presentar una queja si no está conforme con un servicio o tratamiento
- Cómo contactarnos
- Otras protecciones requeridas por la ley de Medicare

Si tiene preguntas sobre este documento, llame a Servicios para Miembros al 1-800-399-7226 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Del 1 de octubre al 31 de marzo, el horario de atención es los 7 días de la semana, de 8. a. m. a 8. p. m. Del 1 de abril al 30 de septiembre, el horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Los mensajes recibidos en días festivos y fuera de nuestro horario comercial se responder en el plazo de un día laborable. Esta llamada es gratuita.

Este plan, VillageHealth, se ofrece a través de SCAN Health Plan. Cuando esta *Evidencia de cobertura* mencione "nosotros", "nos" o "nuestro", se refiere a SCAN Health Plan. Del mismo modo, cuando se mencione "plan" o "nuestro plan", se refiere a VillageHealth. Este documento está disponible de forma gratuita en Español.

Este documento puede estar disponible en otros formatos como Braille, letra grande u otros formatos alternativos.

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

Nuestro formulario, la red de farmacias y la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento Recibirá un aviso sobre cualquier cambio que pueda afectarle con al menos 30 días de anticipación.

H5943-003
Y0057_SCAN_21915_2026_C

Tabla de contenidos

CAPÍTULO 1: Primeros pasos como miembro	5
SECCIÓN 1 Eres un miembro de VillageHealth	5
SECCIÓN 2 Requisitos de elegibilidad del plan	6
SECCIÓN 3 Materiales importantes de miembros	7
SECCIÓN 4 Resumen de Costos Importantes	9
SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual	15
SECCIÓN 6 Mantenga actualizado su registro de membresía del plan	17
SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan	18
CAPÍTULO 2: Números de teléfono y recursos	20
SECCIÓN 1 Contactos de VillageHealth	20
SECCIÓN 2 Cómo obtener ayuda de Medicare	28
SECCIÓN 3 Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP)	29
SECCIÓN 4 Organización para la mejora de la calidad (Quality Improvement Organization, QIO)	30
SECCIÓN 5 Seguro Social	31
SECCIÓN 6 Medi-Cal (Medicaid)	32
SECCIÓN 7 Programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos con receta	33
SECCIÓN 8 La Junta de jubilación para ferroviarios (Railroad Retirement Board, RRB)	37
SECCIÓN 9 Si tiene un seguro grupal u otro seguro médico de un empleador	38
CAPÍTULO 3: Cómo utilizar de nuestro plan para obtener servicios médicos	39
SECCIÓN 1 Cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan	39
SECCIÓN 2 Use los proveedores de la red de nuestro plan para obtener atención médica	40
SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios cuando tiene una emergencia, desastre o necesidad urgente de atención	43
SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de los servicios?	45
SECCIÓN 5 Servicios médicos en un estudio de investigación clínica	45
SECCIÓN 6 Normas para obtener atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica	47
SECCIÓN 7 Normas para la posesión de equipo médico duradero	48

CAPÍTULO 4: Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)	51
SECCIÓN 1 Cómo comprender los costos que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos	51
SECCIÓN 2 La Tabla de beneficios médicos muestra tus beneficios y costos médicos	54
SECCIÓN 3 Servicios no están cubiertos por nuestro plan (exclusions)	106
CAPÍTULO 5: Cómo usar la cobertura del plan para medicamentos de la Parte D	113
SECCIÓN 1 Normas básicas para la cobertura de la Parte D de nuestro plan	113
SECCIÓN 2 Obtenga sus medicamentos con receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan	113
SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar en la Lista de medicamentos del plan	117
SECCIÓN 4 Medicamentos con restricciones de cobertura	120
SECCIÓN 5 Qué puede hacer si uno de sus medicamentos no está cubierto como le gustaría	121
SECCIÓN 6 La Lista de medicamentos puede sufrir modificaciones durante el año	123
SECCIÓN 7 Tipos de medicamentos que no cubrimos	126
SECCIÓN 8 Cómo surtir un medicamento con receta	127
SECCIÓN 9 Cobertura para medicamentos de la Parte D en situaciones especiales	127
SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad y administración de los medicamentos	129
CAPÍTULO 6: Lo que le pagar por los medicamentos de la Parte D	132
SECCIÓN 1 Lo que le pagar por los medicamentos de la Parte D	132
SECCIÓN 2 Etapas de pago de medicamentos para miembros de VillageHealth . . .	134
SECCIÓN 3 Su <i>Explicación de Beneficios de la Parte D (EOB)</i> explica en qué etapa de pago se encuentra	135
SECCIÓN 4 La Etapa del deducible	137
SECCIÓN 5 La Etapa de cobertura inicial	137
SECCIÓN 6 Etapa de cobertura catastrófica	142
SECCIÓN 7 Información de beneficios adicionales	142
SECCIÓN 8 Lo que pagas por las vacunas de la Parte D	143

CAPÍTULO 7: Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura por de servicios médicos o medicamentos cubiertos	146
SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde por los medicamentos o servicios cubiertos	146
SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que recibió	149
SECCIÓN 3 Analizaremos su solicitud de pago y decidiremos si le pagaremos o no	150
CAPÍTULO 8: Sus derechos y responsabilidades	151
SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sus sensibilidades culturales	151
SECCIÓN 2 Su responsabilidades como miembro de nuestro plan	166
CAPÍTULO 9: Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)	168
SECCIÓN 1 Qué hacer si tiene un problema o una inquietud	168
SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada	168
SECCIÓN 3 Qué proceso utilizar para su problema	169
SECCIÓN 4 Una guía para decisiones de cobertura y apelaciones	169
SECCIÓN 5 Atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación	173
SECCIÓN 6 Medicamentos de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación	181
SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que le están dando de alta demasiado pronto	191
SECCIÓN 8 Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto	196
SECCIÓN 9 Llevando su apelación al los Nivel 3, 4 y 5	200
SECCIÓN 10 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes	203

CAPÍTULO 10: Cancelación de la membresía en nuestro plan		206
SECCIÓN 1	Cancelación de su membresía en nuestro plan	206
SECCIÓN 2	¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan?	206
SECCIÓN 3	Cómo finalizar tu membresía en nuestro plan	209
SECCIÓN 4	Hasta que se cancele su membresía, debe seguir recibiendo sus artículos médicos, servicios y medicamentos a través de nuestro plan	209
SECCIÓN 5	VillageHealth debe cancelar su membresía en ciertas situaciones	210
CAPÍTULO 11: Avisos legales		212
SECCIÓN 1	Aviso sobre leyes vigentes	212
SECCIÓN 2	Aviso sobre no discriminación	212
SECCIÓN 3	Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare	212
SECCIÓN 4	Arbitraje Competente	213
CAPÍTULO 12: Definiciones		216

CAPÍTULO 1:

Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 1 Eres un miembro de VillageHealth

Sección 1.1 Actualmente está inscrito en VillageHealth, que es un plan especializado de punto de servicio de Medicare Advantage (plan de necesidades especiales).

Usted está cubierto por Medicare y eligió obtener su cobertura de medicamentos y de salud de Medicare mediante VillageHealth.

VillageHealth es un plan Medicare Advantage HMO (HMO significa organización de mantenimiento de la salud) con una opción de punto de servicio (POS) que cuenta con la aprobación de Medicare y que está administrado por una empresa privada. En un plan con opción de punto de servicio usted puede utilizar proveedores fuera de la red del plan. (Consulte el Capítulo 3, Sección 2.4 para obtener información sobre el uso de la opción de punto de servicio).

VillageHealth también es un Plan Medicare Advantage especializado (un plan para necesidades especiales de Medicare), lo que significa que sus beneficios están diseñados para personas con necesidades especiales de atención médica. VillageHealth está diseñado para proporcionar beneficios de salud adicionales que ayudan específicamente a personas con enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) o que son pacientes postrasplante.

Nuestro plan incluye proveedores especializados en el tratamiento de la enfermedad renal en etapa terminal (ESRD). También incluye programas de salud diseñados para atender las necesidades especializadas de las personas con esta condición. Además, nuestro plan cubre medicamentos recetados para tratar la mayoría de las enfermedades, incluidos los medicamentos que se usan comúnmente para tratar la enfermedad renal en etapa terminal (ESRD). Como miembro del plan, usted recibe beneficios especialmente adaptados a su afección y cuenta con la coordinación integral de su atención a través de nuestro plan.

Sección 1.2 Información legal sobre la *Evidencia de cobertura*

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

El contrato estará vigente durante los meses en los que esté inscrito en VillageHealth, desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2026.

Cada año calendario, Medicare nos permite realizar cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de VillageHealth después del 31 de diciembre de 2026. También podemos decidir dejar de ofrecer el plan, en su área de servicio, después del 31 de diciembre de 2026.

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

SECCIÓN 2 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 estos requisitos:

- Tenga la Parte A y la Parte B de Medicare.
- Viva en nuestra área de servicio geográfica (la Sección 2.2, que se encuentra más abajo, describe el área de servicio). No se considera que las personas encarceladas vivan en el área geográfica de servicio, aunque se encuentren físicamente en ella.
- Sea ciudadano estadounidense o esté legalmente presente a los Estados Unidos.
- Cumpla con los requisitos especiales de elegibilidad que se describen a continuación.

Requisitos de elegibilidad especiales para nuestro plan

Nuestro plan está diseñado para satisfacer las necesidades especiales de las personas que presentan ciertas afecciones médicas. Para ser elegible para nuestro plan, debe tener enfermedad renal en etapa terminal (ESRD).

- Tenga en cuenta lo siguiente: Si pierde su elegibilidad, pero se puede esperar razonablemente que recupere la elegibilidad dentro de 2 meses, entonces aún es elegible para la membresía en nuestro plan (Capítulo 4, Sección 2 le informa sobre la cobertura y el costo compartido durante un período de elegibilidad continua considerada).

Sección 2.2 El área de servicio del plan para VillageHealth

VillageHealth se encuentra disponible solo para personas que residen en el área de servicio de nuestro plan. Para seguir siendo miembro de nuestro plan, debe continuar viviendo en nuestra área de servicio. El área de servicio se describe a continuación.

Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados en California: Condados de Riverside y San Bernardino.

Si se muda fuera del área de servicio de nuestro plan, no puede seguir siendo afiliado de este plan. Llame a Servicios para Miembros al 1-800-399-7226 (los usuarios de TTY deben llamar

al 711) para averiguar si tenemos un plan en su nueva área. Cuando se muda, tendrá un período especial de inscripción para cambiarse a Medicare Original o inscribirse en un plan de salud o de medicamentos de Medicare en su nueva ubicación.

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

Sección 2.3 Ciudadanía estadounidense o presencia legal

Debe ser ciudadano estadounidense o residir legalmente en los Estados Unidos para afiliarse a un plan de salud de Medicare. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificará a VillageHealth si usted no es elegible para seguir siendo afiliado de nuestro plan por este motivo. VillageHealth debe cancelar su inscripción si no cumple con este requisito.

SECCIÓN 3 Materiales importantes de miembros

Sección 3.1 Tarjeta de miembro de nuestro plan

Utilice su tarjeta de afiliación cada vez que obtenga servicios cubiertos por nuestro plan y para los medicamentos recetados que obtenga en farmacias de la red. También debe mostrar al proveedor su tarjeta de Medi-Cal (Medicaid), si tiene una. Ejemplo de tarjeta de afiliación del plan:



NO use la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para los servicios médicos cubiertos mientras sea un miembro de este plan. Si usa su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de membresía de VillageHealth, es posible que deba pagar el costo total de los servicios médicos. Guarde su tarjeta Medicare en un lugar seguro. Es probable que tenga que mostrarla si necesita servicios hospitalarios, servicios en un hospicio o participa en estudios de investigación aprobados por Medicare, también llamados ensayos clínicos.

Si la tarjeta de miembro del plan está dañada, se le pierde o se la roban, llame de inmediato a Servicios para Miembros 1-800-399-7226 (TTY los usuarios llaman 711) para que le enviemos una tarjeta nueva.

Sección 3.2 *Directorio de proveedores y farmacias*

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

Debe recurrir a los proveedores de la red para obtener atención y servicios médicos. Si va a otro lugar sin la autorización correspondiente, deberá pagar la totalidad. Las únicas excepciones son las emergencias, los servicios de urgencia cuando la red no está disponible (es decir, en situaciones en las que no es razonable o no es posible recibir los servicios dentro de la red), los servicios de diálisis fuera del área y los casos en los que VillageHealth autorice el uso de proveedores fuera de la red.

Su plan ofrece flexibilidad adicional en cuanto a cómo recibe los servicios cubiertos. Usted tiene cobertura para la mayoría de los servicios cuando decide recibir servicios de proveedores que no son parte de la VillageHealth red. Puede consultar a cualquier proveedor fuera de la red que acepte Medicare. La mayoría de los servicios cubiertos no tienen requisitos para una remisión o autorización previa. Consulte el Capítulo 4, Sección 2 de este folleto para conocer cuáles son los servicios que requieren autorización previa.

Obtenga la lista más reciente de proveedores en nuestro sitio web en www.villagehealthca.com.

Si no tiene una *Directorio de proveedores y farmacias*, puede solicitar una copia (en formato electrónico o en papel) a Servicios para Miembros al 1-800-399-7226 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Las solicitudes de *directorios de proveedores y farmacias* impresos se le enviarán por correo en un plazo de 3 días hábiles.

El *Directorio de proveedores y farmacias* www.villagehealthca.com/what-is-village-health se indican las farmacias de nuestra red. Las **farmacias de la red** son todas las farmacias que han aceptado surtir los medicamentos con receta cubiertos para los miembros de nuestro plan. Puede usar la *Directorio de proveedores y farmacias* para encontrar la farmacia de la red en la que desee obtener los medicamentos. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.4 para obtener información sobre cuándo puede obtener medicamentos en farmacias fuera de la red del plan.

El *Directorio de proveedores y farmacias* también le indicará qué farmacias de nuestra red tienen un costo compartido preferidos, que puede ser inferior al costo compartido estándar ofrecido por otras farmacias de la red para algunos medicamentos.

Si no tiene el *Directorio de proveedores y farmacias*, puede obtener una copia a través de Servicios para Miembros en 1-800-399-7226 (TTY los usuarios llaman 711). También puede encontrar esta información en nuestro sitio web en www.villagehealthca.com/what-is-village-health.

Sección 3.3 La Lista de medicamentos (formulario)

Nuestro plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos* (también llamada Lista de medicamentos o formulario). En ella se especifica qué medicamentos recetados están cubiertos por los beneficios de la Parte D incluidos en VillageHealth. Nuestro plan, con la colaboración de un equipo de médicos y farmacéuticos, seleccionó los medicamentos de esta lista. La Lista de medicamentos debe cumplir con los requisitos de Medicare. Los medicamentos con precios negociados bajo el Programa de Negociación de Precios de Medicamentos de Medicare se incluirán en su Lista de medicamentos a menos que hayan sido eliminados y reemplazados como se describe en Capítulo 5, Sección 6. Medicare aprobó la Lista de medicamentos de VillageHealth.

En la Lista de medicamentos también se indica si existen reglas que restrinjan la cobertura de un medicamento.

Le entregaremos una copia de la Lista de medicamentos. Para obtener la información más completa y actualizada sobre los medicamentos cubiertos, visite (www.villagehealthca.com/members/get-the-most-out-of-your-plan) o llame a Servicios para Miembros al 1-800-399-7226 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

SECCIÓN 4 Resumen de Costos Importantes

	Sus costos en 2026
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser mayor que este monto. Consulte la Sección 4.1 para obtener detalles.	\$6.30
Deducible	\$257 excepto la insulina suministrada a través de un equipo médico duradero. (Estos son los costos en 2025. Es posible que cambien para 2026).
Monto máximo que paga de su bolsillo Este es el monto <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 1 del Capítulo 4 para obtener detalles).	\$9,250
Visitas al consultorio de atención primaria	Dentro y fuera de la red \$0 por visita

	Sus costos en 2026
Visitas al consultorio del especialista	Dentro y fuera de la red \$0 por visita
Hospitalización para pacientes internados	Dentro y fuera de la red \$1,676 Usted paga un deducible para los días 1-60, un copago de \$419 por día para los días 61-90 y un copago de \$838 por día para los días de reserva de por vida (hasta 60 días de por vida) por período de beneficio. (Estos son los costos en 2025. Pueden cambiar para 2026.)
Deducible de cobertura de medicamentos de la Parte D (Consulte la Sección 4, del Capítulo 6 para obtener detalles.)	\$370 excepto para los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D.
Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D (Consulte el Capítulo 6 para obtener más información, incluyendo el deducible anual, la cobertura inicial y las etapas de cobertura catastrófica).	Copago/coseguro durante la Etapa de cobertura inicial: Nivel de medicamentos 1: \$5 por medicamento recetado <i>(costo compartido estándar por un suministro para 30 días)</i> \$0 por medicamento recetado <i>(costo compartido preferido por un suministro para 30 días)</i> Nivel de medicamentos 2: \$7 por medicamento recetado <i>(costo compartido estándar por un suministro para 30 días)</i> \$2 por medicamento recetado <i>(costo compartido preferido por un suministro para 30 días)</i>

	Sus costos en 2026
Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D (continuación)	Nivel de medicamentos 3: 25 % del costo total para otros medicamentos <i>(costo compartido estándar por un suministro para 30 días)</i> Usted paga \$35 por mes el suministro de cada producto de insulina cubierto en este nivel. <i>(costo compartido estándar por un suministro para 30 días)</i> 25 % del costo total para otros medicamentos <i>(costo compartido preferido por un suministro para 30 días)</i> Usted paga \$35 por mes el suministro de cada producto de insulina cubierto en este nivel. <i>(costo compartido preferido por un suministro para 30 días)</i> Nivel de medicamento 4: 25 % del costo total <i>(costo compartido estándar por un suministro para 30 días)</i> 25 % del costo total <i>(costo compartido preferido por un suministro para 30 días)</i> Nivel de medicamento 5: 25 % del costo total <i>(costo compartido estándar por un suministro para 30 días)</i> 25 % del costo total <i>(costo compartido preferido por un suministro para 30 días)</i> Etapas de cobertura catastrófica: Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

- la prima del plan (Sección 4.1)
- la prima mensual de la Parte B de Medicare (Sección 4.2)
- Multa por inscripción tardía de la Parte D (Sección 4.3)
- monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos (Sección 4.4)
- Monto del plan de pago de recetas médicas de Medicare (Sección 4.5)

Sección 4.1 Prima del plan

Como miembro de nuestro plan, usted paga una prima mensual del plan. Para 2026, la prima mensual de VillageHealth es de \$6.30.

Si ya recibe ayuda de uno de estos programas, **la información sobre primas en esta Evidencia de cobertura puede no aplicarse no se aplica a usted**. Nosotros le enviamos una separada documento, 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 [Extra Help] para pagar los medicamentos recetados), 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 de medicamentos. Si no posee este documento, comuníquese con Servicios para Miembros en 1-800-399-7226 (TTY los usuarios llaman 711) y solicite la *Cláusula adicional LIS*.

En algunos casos, la prima del plan podría ser menor

Hay programas que ayudan a las personas con recursos limitados a pagar los medicamentos. Entre estos programas, se incluyen el programa de Ayuda adicional y los Programas estatales de asistencia farmacéutica. Aprender encontrará más información sobre estos programas en Sección 7 del Capítulo 2. Si reúne los requisitos, la inscripción en el programa podría reducir la prima mensual del plan.

Las primas de la Parte B y la Parte D de Medicare son diferentes para las personas que tienen ingresos diferentes. Si tiene preguntas sobre estas primas, revise en su copia del folleto *Medicare & You 2026* (Medicare y usted), la sección llamada *Costos de Medicare de 2026*. Si necesita una copia, puede descargarla del sitio web de Medicare (www.medicare.gov/medicare-and-you). O bien puede solicitar una copia impresa por teléfono al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) durante las 24 horas, los 7 días de la semana. TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 4.2 Prima mensual de la Parte B de Medicare

Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare

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

Sección 4.3 Multa por inscripción tardía de la Parte D

A algunos miembros se les exige pagar una **multa por inscripción tardía** de la Parte D. La multa por inscripción tardía de la Parte D es una prima adicional que se debe pagar por la cobertura de la Parte D si, en algún momento después de que finaliza su período de inscripción inicial, pasa un período de 63 días consecutivos o más en los que usted no tiene cobertura de la Parte D u otra cobertura acreditable de medicamentos con receta. Cobertura acreditable de 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 de medicamentos con receta de Medicare. El costo de la multa por inscripción tardía depende de cuánto tiempo estuvo sin cobertura para medicamentos con receta acreditable o de la Parte D. Tendrá que pagar esta multa mientras tenga la cobertura de la Parte D.

La multa por inscripción tardía de la Parte D se agrega a su prima mensual. Cuando se inscribe por primera vez en VillageHealth, le informamos el monto de la multa. Si no paga la multa por inscripción tardía de la Parte D, podría perder sus beneficios de medicamentos con receta.

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

- recibe Ayuda adicional de Medicare para pagar sus medicamentos con receta;
- ha pasado menos de 63 días consecutivos sin una cobertura acreditable;
- ha tenido cobertura acreditable de medicamentos a través de otra fuente (como un empleador, un sindicato, TRICARE o Administración de Salud para Veteranos (VA)). Su aseguradora o el departamento de recursos humanos le informarán cada año si su cobertura para medicamentos es una cobertura acreditable. Esta información se le enviará por carta o se incluirá en un boletín informativo del plan. Conserve esta información, porque puede necesitarla si más adelante se inscribe en un plan de medicamentos con receta de Medicare.
 - **Nota:** El aviso debe indicar que usted tenía una cobertura de medicamentos con receta acreditable que estaba previsto que pagara el mismo monto que el plan de medicamentos con receta estándar de Medicare.
 - **Nota:** Las siguientes no son coberturas acreditables de medicamentos con receta: tarjetas de descuento para medicamentos con receta, clínicas gratuitas y sitios web de descuentos en medicamentos.

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

- Si usted no tuvo cobertura de la Parte D u otra cobertura de medicamentos recetados válida durante 63 días o más después de ser elegible para inscribirse en la Parte D por primera vez, nuestro plan contará la cantidad de meses completos que pasó sin cobertura. La multa es del 1 % por cada mes que no haya tenido cobertura válida. Por ejemplo, si estuvo 14 meses sin cobertura, el porcentaje de multa será del 14 %.

- Luego, Medicare determina el monto de la prima mensual promedio del plan para los planes de medicamentos de Medicare en el país del año anterior (prima base nacional del beneficiario). Para 2026, el monto promedio de prima es de \$38.99.
- Para calcular su multa mensual, multiplique el porcentaje de la multa por la prima base nacional del beneficiario y redondee a los 10 centavos más cercanos. En el ejemplo aquí, sería un 14 % de veces \$38.99, que equivale a \$5.46. Este monto se redondea a \$5.50. Este monto se agregará **a la prima mensual del plan para la persona con la multa por inscripción tardía de la Parte D.**

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

- **La multa puede cambiar todos los años** porque la prima base nacional del beneficiario puede cambiar todos los años.
- **Usted seguirá pagando la multa** todos los meses durante todo el tiempo que esté inscrito en un plan con beneficios de medicamentos de Medicare Parte D, incluso si cambia de planes.
- Si tiene *menos* de 65 años y está inscrito en Medicare, la multa por inscripción tardía en la Parte D se restablecerá cuando cumpla los 65 años. Después de los 65 años de edad, su multa por inscripción tardía de la Parte D se basará solo en los meses que no tiene cobertura después de su período de inscripción inicial para adultos en Medicare.

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

Importante: no deje de pagar su multa por inscripción tardía de la Parte D mientras espera que revisemos la decisión sobre su multa por inscripción tardía. Si lo hace, se podría cancelar su inscripción por falta de pago de las primas de su plan.

Sección 4.4 Monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso

Puede que algunos miembros deban pagar un cargo adicional, conocido como monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos (IRMAA) de la Parte D. El cargo adicional se calcula utilizando sus ingresos brutos modificados ajustados, según los informó en su declaración de impuestos ante el Servicio de Impuestos Internos (IRS) de hace dos años. Si este monto supera un determinado número, usted paga el monto de la prima estándar y el IRMAA adicional. Para obtener más información sobre el monto adicional que es posible que deba pagar en función de sus ingresos, visite www.Medicare.gov/health-drug-plans/part-d/basics/costs.

Si usted tiene que 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 paga siempre su prima del plan, a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir el monto adicional adeudado. Si su cheque de beneficios no cubre el monto adicional, recibirá una factura de Medicare. **Usted debe pagar el IRMAA adicional al gobierno. No se puede pagar con su prima mensual del plan. Si usted no paga el IRMAA adicional, se cancelará su inscripción en el plan y perderá la cobertura de medicamentos con receta.**

Si no está de acuerdo con pagar un IRMAA adicional, puede pedirle 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 4.5 Monto del plan de pago de recetas médicas de Medicare

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

Capítulo 2, Sección 7 ofrece más información sobre el Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare. Si no está de acuerdo con el monto facturado como parte de esta opción de pago, puede seguir los pasos en El Capítulo 9 para presentar una queja o apelación.

SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual

Sección 5.1 Cómo pagar la prima de nuestro plan

Existen 4 formas para pagar la prima del plan.

Opción 1: Pago con cheque

Todos los meses, recibirá por correo postal un estado de cuenta de VillageHealth. Solo tiene que arrancar el talón de pago y enviarlo junto con su pago en el sobre provisto a: VillageHealth Plan, P.O. Box 511336, Los Angeles, CA 90051-7891. El pago vencerá el 1.^{er} día de cada mes. Haga el cheque a nombre de "VillageHealth", no de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare and Medicaid Services, CMS) ni de Salud y Servicios Humanos (Health and Human Services, HHS).

Opción 2: Puede pedir que le debiten el prima del plan de su cuenta de banco

Podemos cobrarle su prima del plan mensualmente mediante débito automático de su cuenta corriente o caja de ahorros. El programa es gratuito y usted no tendrá que enviar un cheque todos los meses. Para elegir esta opción, comuníquese con el Servicios para Miembros. Con gusto lo ayudaremos con este asunto. Por lo general, le debitaremos el pago de su cuenta

bancaria el día 1 de cada mes. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros figuran en la contraportada de este documento).

Opción 3: Puede pagar su prima del plan con tarjeta de crédito o débito

Puede pagar su prima del plan con su tarjeta de crédito o débito todos los meses. Para elegir esta opción, comuníquese con el Servicios para Miembros. Con gusto lo ayudaremos con este asunto. Por lo general, se cargará en su tarjeta de crédito o débito el día 1 de cada mes.

Opción 4: Tener su prima del plan se descuenta de su cheque mensual del Seguro Social.

Cómo cambiar la forma de pagar su prima del plan. Si decide cambiar la forma de pagar su prima del plan, es posible que deba esperar hasta 3 meses para que su nuevo método de pago entre en vigencia. Mientras procesamos su nuevo método de pago, usted sigue siendo responsable de asegurarse de que prima del plan reciba su pago a tiempo. Para cambiar su método de pago, puede configurar el método de pago que prefiera llamando a Servicios para Miembros de SCAN (los números de teléfono de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este documento). También puede realizar pagos en línea en www.scanhealthplan.com/members/register y registrar su cuenta de miembro de SCAN en línea.

Si tiene problemas para pagar su prima del plan

El pago de la prima vence y debe llegar a nuestras oficinas a más tardar el el primer día de cada mes. Si no recibimos su pago antes del el primer día de cada mes, le enviaremos un aviso informándole que su afiliación en nuestro plan finalizará si no recibimos su prima dentro del tres meses calendario. Si debe una multa por inscripción tardía de la Parte D, debe pagarla para conservar su cobertura de medicamentos.

Si tiene problemas para pagar su prima a tiempo, llame a Servicios para Miembros al 1-800-399-7226 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para ver si podemos recomendarle programas que le ayuden con sus costos.

Si cancelamos su inscripción porque no pagó su premium, tendrá cobertura de salud de Medicare Original. Es posible que no pueda obtener la cobertura de medicamentos de la Parte D hasta el año siguiente si se inscribe en un plan nuevo durante el Período de inscripción abierta. (Si permanece sin cobertura de medicamentos válida durante más de 63 días, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D durante el tiempo que tenga cobertura de la Parte D).

En el momento en que cancelemos su membresía, nos seguirá debiendo las primas que no pagó. Tenemos derecho a solicitar el pago del monto de la cantidad que usted adeuda. En el futuro, si desea volver a inscribirse en nuestro plan (o en otro de nuestros planes) en el futuro, deberá pagar el monto adeudado antes de poder inscribirse.

Si cree que cancelamos su afiliación por error, puede presentar un reclamo (también llamado queja). Si tuvo una situación de emergencia de fuerza mayor que le impidió pagar la prima de

su plan dentro de nuestro período de gracia, puede presentar un reclamo. En el caso de los reclamos, volveremos a revisar nuestra decisión. Vaya a el Capítulo 9 para obtener más información sobre cómo presentar una queja o llámenos al 1-800-399-7226 entre Del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. TTY deben llamar al 711. Debe efectuar su reclamo antes de los 60 días calendarios posteriores a la fecha de finalización de su afiliación.

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

No se nos permite cambiar el monto de la prima mensual del plan durante el año. Si la prima mensual del plan cambia para el año siguiente, se lo comunicaremos en septiembre y la nueva prima entrará en vigencia el 1 de enero próximo.

Si usted se vuelve elegible para recibir “Ayuda adicional” (Extra Help) o pierde su elegibilidad para “Ayuda adicional” (Extra Help) durante el año, la parte de la prima de nuestro plan que tiene que pagar puede cambiar. Si es elegible para recibir “Ayuda adicional” (Extra Help) con los costos de su cobertura de medicamentos, la “Ayuda adicional” (Extra Help) paga parte de la prima mensual de su plan. Si pierde su elegibilidad para obtener “Ayuda adicional” (Extra Help) durante el año, deberá comenzar a pagar la prima mensual completa del plan. Obtenga más información sobre la “Ayuda adicional” (Extra Help) en el Capítulo 2, Sección 7.

SECCIÓN 6 Mantenga actualizado su registro de membresía del plan

Su registro de membresía tiene información de su formulario de afiliación, incluida su dirección y número de teléfono. Muestra la cobertura específica del plan. Un grupo médico es un grupo de médicos y otros proveedores de atención médica bajo contrato que proveen servicios a los miembros de VillageHealth. Una IPA es un grupo independiente de médicos y otros proveedores de atención médica bajo contrato que proveen servicios a los miembros de VillageHealth.

Los médicos, los hospitales, las farmacias y otros proveedores de la red de nuestro plan **utilizan su registro de membresía para saber qué servicios y medicamentos están cubiertos y sus montos de costo compartido**. Por eso, es muy importante que ayude a mantener su información actualizada.

Infórmenos sobre las siguientes modificaciones:

- Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono.
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro de salud que tenga (por ejemplo, de su empleador, del empleador de su cónyuge o pareja de hecho, indemnización al trabajador o Medi-Cal (Medicaid)).
- Si existe alguna demanda de responsabilidad civil, por ejemplo por un accidente automovilístico.
- Si fue ingresado en un hogar de convalecencia.

- Si recibe atención médica en un hospital o una sala de emergencias que se encuentran fuera del área de cobertura o que no pertenecen a la red.
- Si cambia la parte responsable designada por usted (como un cuidador).
- Si está participando en un estudio de investigación clínica. (**Nota:** No está obligado a informar a su plan sobre los estudios de investigación clínica en los que tiene intención de participar, pero lo animamos a que lo haga).

Si alguno de estos datos cambia, infórmenos llamando al Servicios para Miembros en 1-800-399-7226 (los usuarios de TTY llaman a 711). También puede cambiar su dirección y número de teléfono en línea en www.scanhealthplan.com/members/register y registrar su cuenta de miembro de SCAN en línea.

También es importante que se comuniquen 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 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

Medicare nos exige que recopilemos información sobre cualquier otra cobertura de medicamentos o médica que tenga para que podamos coordinar cualquier otra cobertura con sus beneficios de nuestro plan. Esto se llama **Coordinación de beneficios**.

Una vez al año, le enviaremos una carta con la lista de cualquier otra cobertura de medicamentos o cobertura médica de la que tengamos conocimiento. Lea esta información con atención. Si es correcta, no es necesario que haga nada. Si la información no es correcta o si tiene otra cobertura que no aparece en la lista, llame a Servicios para Miembros al 1-800-399-7226 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Es posible que deba proporcionar nuestro número de identificación de afiliado del plan a sus otros seguros médicos (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 establecidas por Medicare que determinan si nuestro plan o su otro seguro paga en primer término. El seguro que primero paga se denomina pagador principal y paga hasta el máximo de su cobertura. El que paga en segundo término, denominado pagador secundario, solo paga si quedaron costos sin cubrir de la cobertura principal. El pagador secundario puede no pagar todos los costos sin cubrir. Si usted tiene otro seguro, infórmele a su médico, hospital y farmacia.

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

- Si tiene una cobertura de jubilados, Medicare paga primero.
- Si la cobertura de su plan de salud grupal se basa en su empleo actual o el de un miembro de su familia, el pagador primario dependerá de su edad, la cantidad de

trabajadores del empleador y si usted tiene Medicare debido a su edad, una discapacidad o enfermedad renal terminal (End Stage Renal Disease, ESRD):

- Si es menor de 65 años y está discapacitado, y usted o un miembro de su familia todavía trabajan, su plan de salud grupal paga en primer lugar si el empleador tiene 100 o más empleados o si este es parte de un plan de empleadores múltiples en el cual, al menos, uno de ellos tiene más de 100 empleados.
- Si es mayor de 65 años y usted o su cónyuge o pareja de hecho todavía trabajan, su plan de salud grupal paga en primer lugar si el empleador tiene 20 empleados o más, o si este es parte de un plan de empleadores múltiples en el cual, al menos, uno de ellos tiene más de 20 empleados.
- Si usted tiene Medicare debido a una ESRD, su plan de salud grupal pagará primero durante los primeros 30 meses luego de haber sido elegible para Medicare.

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

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

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

CAPÍTULO 2: Números de teléfono y recursos

SECCIÓN 1 Contactos de VillageHealth

Para obtener ayuda con las reclamaciones o la facturación, o si tiene alguna pregunta sobre la tarjeta de miembro, llame o escriba a VillageHealth Servicios para Miembros 1-800-399-7226 (los usuarios de TTY llaman a 711). Con gusto lo ayudaremos.

Servicios para Miembros – información de contacto

Llamar al	1-800-399-7226 Las llamadas a este número son gratuita. Contáctenos Del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Nota: Cerramos la mayoría de los días festivos federales. Fuera del horario de atención, tiene la opción de dejar un mensaje. Los mensajes recibidos en días festivos y fuera de nuestro horario comercial se responderán en el plazo de un día hábil. Servicios para Miembros también cuenta con servicios de interpretación de idiomas gratuitos disponibles para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas Contáctenos del 1 de octubre al 31 de marzo, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. y del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Nota: Cerramos la mayoría de los días festivos federales. Fuera del horario de atención, tiene la opción de dejar un mensaje. Los mensajes recibidos en días festivos y fuera de nuestro horario comercial se responderán en el plazo de un día hábil.
Fax	1-562-989-5181
Escriba a	VillageHealth Attention: Member Services Department P.O. Box 22616 Long Beach, CA 90801-5616
Sitio web	www.villagehealthca.com

Cómo solicitar una decisión o una apelación de cobertura sobre atención médica

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y la cobertura, o con relación al monto que pagaremos por sus servicios médicos o para medicamentos con receta de la Parte D. Una apelación es una manera formal de pedirnos revisar y modificar una decisión de cobertura que hayamos tomado. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura o apelaciones de su atención médica, o para medicamentos con receta de la Parte D, consulte el Capítulo 9.

Decisiones de cobertura sobre la atención médica: Información de contacto

Llame al	1-800-399-7226 Las llamadas a este número son gratuita. Contáctenos del 1 de octubre al 31 de marzo, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. y del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Nota: Cerramos la mayoría de los días festivos federales. Fuera del horario de atención, tiene la opción de dejar un mensaje. Los mensajes recibidos en días festivos y fuera de nuestro horario comercial se responderán en el plazo de un día hábil.
TTY:	711 Las llamadas a este número son gratuitas Contáctenos del 1 de octubre al 31 de marzo, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. y del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Nota: Cerramos la mayoría de los días festivos federales. Fuera del horario de atención, tiene la opción de dejar un mensaje. Los mensajes recibidos en días festivos y fuera de nuestro horario comercial se responderán en el plazo de un día hábil.
Fax	1-562-989-5181
Escriba a	VillageHealth Attention: Member Services Department P.O. Box 22616 Long Beach, CA 90801-5616
Sitio web	www.villagehealthca.com

Decisiones de cobertura para medicamentos de la Parte D: Información de contacto

Llame al	1-844-424-8886 Las llamadas a este número son gratuitas Un representante está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY:	1-800-716-3231 Este número requiere de un equipo telefónico especial y es únicamente para uso de aquellas personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas Hay un representante disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
Fax	1-877-251-5896 (Attention: Medicare Reviews)
Escriba a	Express Scripts, Inc. Attention: Medicare Reviews P.O. Box 66571 St. Louis, MO 63166-6571
Sitio web	www.express-scripts.com

Apelaciones sobre la atención médica: Información de contacto

Llame al	1-800-399-7226 Las llamadas a este número son gratuitas Contáctenos del 1 de octubre al 31 de marzo, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. y del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Nota: Cerramos la mayoría de los días festivos federales. Fuera del horario de atención, tiene la opción de dejar un mensaje. Los mensajes recibidos en días festivos y fuera de nuestro horario comercial se responderán en el plazo de un día hábil.
TTY:	711 Las llamadas a este número son gratuitas Contáctenos del 1 de octubre al 31 de marzo, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. y del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Nota: Cerramos la mayoría de los días festivos federales. Fuera del horario de atención, tiene la opción de dejar un mensaje. Los mensajes recibidos en días festivos y fuera de nuestro horario comercial se responderán en el plazo de un día hábil.
Fax	1-562-989-0958
Escriba a	VillageHealth Attention: Grievance and Appeals Department P.O. Box 22644 Long Beach, CA 90801-5644
Sitio Web	www.villagehealthca.com

Apelaciones para medicamentos de la Parte D: Información de contacto

Llame al	1-800-399-7226 Las llamadas a este número son gratuitas Contáctenos del 1 de octubre al 31 de marzo, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. y del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Nota: Cerramos la mayoría de los días festivos federales. Fuera del horario de atención, tiene la opción de dejar un mensaje. Los mensajes recibidos en días festivos y fuera de nuestro horario comercial se responderán en el plazo de un día hábil.
TTY:	711 Las llamadas a este número son gratuitas Contáctenos del 1 de octubre al 31 de marzo, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. y del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Nota: Cerramos la mayoría de los días festivos federales. Fuera del horario de atención, tiene la opción de dejar un mensaje. Los mensajes recibidos en días festivos y fuera de nuestro horario comercial se responderán en el plazo de un día hábil.
Fax	1-562-989-0958
Escriba a	VillageHealth Attention: Grievance and Appeals Department P.O. Box 22644 Long Beach, CA 90801-5644
Sitio Web	www.villagehealthca.com

Cómo presentar un reclamo sobre su atención médica

Usted puede presentar un reclamo sobre nosotros, nuestros proveedores o una de las farmacias de nuestra red, incluida una queja sobre la calidad de la atención. Este tipo de reclamo no incluye disputas sobre cobertura o pagos. Para obtener más información sobre cómo presentar un reclamo sobre su atención médica, consulte el Capítulo 9.

Reclamos sobre la atención médica: Información de contacto

Llame al	1-800-399-7226 Las llamadas a este número son gratuita. Contáctenos del 1 de octubre al 31 de marzo, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. y del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Nota: Cerramos la mayoría de los días festivos federales. Fuera del horario de atención, tiene la opción de dejar un mensaje. Los mensajes recibidos en días festivos y fuera de nuestro horario comercial se responderán en el plazo de un día hábil.
TTY:	711 Las llamadas a este número son gratuitas Contáctenos del 1 de octubre al 31 de marzo, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. y del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Nota: Cerramos la mayoría de los días festivos federales. Fuera del horario de atención, tiene la opción de dejar un mensaje. Los mensajes recibidos en días festivos y fuera de nuestro horario comercial se responderán en el plazo de un día hábil.
Fax	1-562-989-0958
Escriba a	VillageHealth Attention: Grievance and Appeals Department P.O. Box 22644 Long Beach, CA 90801-5644
Sitio web de Medicare	Puede presentar un reclamo sobre VillageHealth directamente ante Medicare. www.Medicare.gov/my/medicare-complaint .

Reclamos sobre medicamentos de la Parte D: Información de contacto

Llame al	1-800-399-7226 Las llamadas a este número son gratuita. Contáctenos del 1 de octubre al 31 de marzo, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. y del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Nota: Cerramos la mayoría de los días festivos federales. Fuera del horario de atención, tiene la opción de dejar un mensaje. Los mensajes recibidos en días festivos y fuera de nuestro horario comercial se responderán en el plazo de un día hábil.
TTY:	711 Las llamadas a este número son gratuitas Contáctenos del 1 de octubre al 31 de marzo, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. y del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Nota: Cerramos la mayoría de los días festivos federales. Fuera del horario de atención, tiene la opción de dejar un mensaje. Los mensajes recibidos en días festivos y fuera de nuestro horario comercial se responderán en el plazo de un día hábil.
Fax	1-562-989-0958
Escriba a	VillageHealth Attention: Grievance and Appeals Department P.O. Box 22644 Long Beach, CA 90801-5644
Sitio Web de Medicare	Puede presentar un reclamo sobre VillageHealth directamente ante Medicare. www.Medicare.gov/my/medicare-complaint.

Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de la atención médica o de los medicamentos que recibido

Si ha recibido una factura o ha pagado por servicios (por ejemplo, la factura de un proveedor) que usted cree que deberíamos pagar, es posible que tenga que pedirnos un reembolso o que paguemos la factura del proveedor, para obtener más información, consulte el Capítulo 7.

Tenga en cuenta lo siguiente: Si nos envía una solicitud de pago y le denegamos alguna parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Para obtener más información, consulte el Capítulo 9.

Solicitudes de pago - Información de contacto

Llame al	1-800-399-7226 Las llamadas a este número son gratuitas Contáctenos del 1 de octubre al 31 de marzo, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. y del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Nota: Cerramos la mayoría de los días festivos federales. Fuera del horario de atención, tiene la opción de dejar un mensaje. Los mensajes recibidos en días festivos y fuera de nuestro horario comercial se responderán en el plazo de un día hábil.
TTY:	711 Las llamadas a este número son gratuitas Contáctenos del 1 de octubre al 31 de marzo, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. y del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Nota: Cerramos la mayoría de los días festivos federales. Fuera del horario de atención, tiene la opción de dejar un mensaje. Los mensajes recibidos en días festivos y fuera de nuestro horario comercial se responderán en el plazo de un día hábil.
Fax	1-562-989-5181
Escriba a	VillageHealth Attention: Member Services Department P.O. Box 22616 Long Beach, CA 90801-5616
Sitio Web	www.villagehealthca.com

SECCIÓN 2 Cómo obtener ayuda de Medicare

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

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

Medicare: Información de contacto

Llame al	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Las llamadas a este número son gratuitas Las 24 horas al día, los 7 días de la semana.
TTY:	1-877-486-2048 Este número requiere de un equipo telefónico especial y es únicamente para uso de aquellas personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.
Chat en vivo	Chat en vivo en www.Medicare.gov/talk-to-someone .
Escriba	Escriba a Medicare a PO Box 1270, Lawrence, KS 66044
Sitio Web	www.Medicare.gov • Obtenga información sobre los planes de salud y medicamentos de Medicare en su área, incluido su costo y los servicios que brindan. • Encuentre médicos que participan en Medicare u otros proveedores y proveedores de atención médica. • Averigüe qué cubre Medicare, incluidos los servicios preventivos (como exámenes de detección, vacunas o vacunas, y visitas anuales de “bienestar”). • Obtenga información y formularios de apelaciones de Medicare. • Obtenga información sobre la calidad de la atención proporcionada por los planes, hogares de ancianos, hospitales, médicos, agencias de cuidado de la salud en el hogar, centros de diálisis, centros de hospicio, centros de rehabilitación para pacientes internados y hospitales de cuidado a largo plazo. • Busque sitios web y números de teléfono útiles. También puedes visitar Medicare.gov para comunicarle a Medicare

Medicare: Información de contacto

cualquier queja que tenga sobre VillageHealth.

Para presentar un reclamo ante Medicare, ingrese en www.Medicare.gov/my/medicare-complaint. Medicare toma los reclamos con seriedad y usará dicha información para ayudar a mejorar la calidad del Programa Medicare.

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

El Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP, por sus siglas en inglés) es un programa gubernamental con asesores capacitados en todos los estados que ofrece ayuda, información y respuestas gratuitas a sus preguntas sobre Medicare. En California, el SHIP se llama Programa de Consejería y Abogacía de Seguros de Salud (HICAP).

Programa de Consejería y Abogacía de Seguros de Salud (HICAP) es un programa independiente (no se relaciona con ninguna compañía aseguradora ni plan de salud) programa estatal 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 Programa de Consejería y Abogacía de Seguros de Salud (HICAP) pueden ayudarlo a comprender sus derechos en relación con Medicare, a presentar quejas sobre la atención o el tratamiento médicos y a solucionar problemas con las facturas de Medicare. Los asesores del Programa de Consejería y Abogacía de Seguros de Salud (HICAP) también pueden ayudarlo con sus preguntas o problemas de Medicare y ayudarlo a comprender las opciones de los planes de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan.

Programa de Consejería y Abogacía de Seguros de Salud (HICAP) (SHIP de California): Información de contacto

Llame al	1-800-434-0222
Escribir	California Department of Aging 2880 Gateway Oaks Dr, Suite 200 Sacramento, CA 95833
Sitio Web	aging.ca.gov/hicap/

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

Una organización para la mejora de la calidad (QIO) designada atiende a personas con Medicare en cada estado. En California, la Organización para la mejora de la calidad se llama Commence Health.

Commence Health está integrada por un grupo de médicos y otros profesionales de la salud a los que les paga Medicare a esta organización para que verifique y ayude a mejorar la calidad de la atención que se les brinda a las personas que tienen Medicare. Commence Health es una organización independiente. No tiene ninguna relación con nuestro plan.

Si se presenta alguna de las siguientes situaciones, debe comunicarse con la Commence Health en cualquiera de estas situaciones:

- Usted tiene un reclamo sobre la calidad de la atención que recibió. Ejemplos de preocupaciones sobre la calidad de la atención incluyen obtener el medicamento incorrecto, pruebas o procedimientos innecesarios o un diagnóstico erróneo.
- Considera que la cobertura de su hospitalización termina demasiado pronto.
- Considera que la cobertura de los servicios de atención médica domiciliaria, la atención en un centro de enfermería especializada o de un centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF) termina demasiado pronto.

Commence Health (Organización de Mejoramiento de la Calidad de California): Información de contacto

Llamar al	1-877-588-1123 De lunes a viernes, de 9 a.m. a 5 p.m.; sábados, domingos y días festivos, de 10 a.m. a 4 p.m.
TTY	1-855-887-6668 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o en el habla.
Escriba a	Commence Health LLC BFCC-QIO Area 9 10820 Guilford Rd, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701-1105
Sitio Web	www.livantaqio.cms.gov

SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social determina la elegibilidad para Medicare y gestiona la inscripción en Medicare. El Seguro Social también es responsable de determinar quién debe pagar un monto adicional por la cobertura de medicamentos de la Parte D debido a que tiene un ingreso superior. Si usted recibió una carta del Seguro Social en la que se le dice que debe pagar un monto adicional y tiene preguntas sobre el monto o si sus ingresos bajaron a causa de un evento que cambió sus circunstancias de vida, puede llamar al Seguro Social y solicitar que se reconsidere su caso.

Si se muda o cambia de dirección postal, póngase en contacto con el Seguro Social para comunicárselo.

Seguro Social: Información de contacto	
Llame al	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas Disponible de lunes a viernes, de 8 a. m. a 7 p. m. Utilice los servicios telefónicos automatizados del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunas actividades comerciales las 24 horas del día.
TTY	1-800-325-0778 Este número requiere de un equipo telefónico especial y es únicamente para uso de aquellas personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas Disponible de lunes a viernes, de 8 a. m. a 7 p. m.
Sitio Web	www.SSA.gov

SECCIÓN 6 Medi-Cal (Medicaid)

Medi-Cal (Medicaid) es un programa conjunto del estado y del gobierno federal que brinda ayuda con los costos médicos a determinadas personas con ingresos y recursos limitados. Algunos beneficiarios de Medicare también son elegibles para ser beneficiarios de Medi-Cal (Medicaid). Las programas que se ofrecen a través de Medi-Cal (Medicaid) que ayudan a las personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare, como las primas de Medicare. Estos **Programas de ahorros de Medicare** incluir:

- **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 gastos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos). (Algunos beneficiarios de QMB también son elegibles para ser beneficiarios totales de Medi-Cal (Medicaid) [QMB+]).
- **Beneficiario de Medicare con ingreso bajo específicos (Specified Low-Income Medicare Beneficiary, SLMB):** ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunos beneficiarios de SLMB también son elegibles para ser beneficiarios totales de Medi-Cal (Medicaid) [SLMB+]).
- **Persona que reúne los requisitos (Qualifying Individual, QI):** ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Trabajador discapacitado calificado (Qualified Disabled & Working Individual, QDWI):** ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Para obtener más información sobre Medi-Cal (Medicaid) y sus programas, comuníquese con la Departamento de Servicios de Atención Médica de California (DHCS).

Departamento de Servicios de Atención Médica de California (DHCS) – Información de contacto	
Llame al	La Oficina del Mediador 1-888-452-8609 De lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m., excepto los días festivos estatales
TTY	711
Escriba a	California Department of Health Care Services P.O. Box 997413, MS 0000 Sacramento, CA 95899-7413 MMCDombudsmanOffice@dhcs.ca.gov
Sitio Web	www.dhcs.ca.gov

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

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

“Ayuda adicional” (Extra Help) de Medicare.

Medicare y el Seguro Social tienen un programa llamado “Ayuda adicional” (Extra Help) que puede ayudar a pagar los costos de los medicamentos a las personas con ingresos y recursos limitados. Si reúne los requisitos, obtendrá ayuda para pagar la prima mensual del plan de medicamentos de Medicare, el deducible anual y el copago de los medicamentos. La “Ayuda adicional” (Extra Help) también cuenta para los gastos de su bolsillo que paga.

Si califica automáticamente para la “Ayuda adicional” (Extra Help), Medicare le enviará una carta de color morado para informárselo. Si no reúne los requisitos automáticamente, puede presentar su solicitud en cualquier momento. Para saber si es elegible para recibir “Ayuda adicional” (Extra Help):

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

Cuando solicite “Ayuda adicional” (Extra Help), también puede iniciar el proceso de solicitud para un Programa de Ahorros de Medicare (MSP). Estos programas estatales brindan ayuda con otros costos de Medicare. El Seguro Social enviará información a su estado para iniciar una solicitud de MSP, a menos que usted les diga que no lo hagan en la solicitud de “Ayuda adicional” (Extra Help).

Si califica para recibir “Ayuda adicional” (Extra Help) y cree que está pagando un monto incorrecto por sus medicamentos recetados en una farmacia, nuestro plan tiene un proceso para ayudarlo a obtener evidencia del monto de copago correcto. Si ya tiene evidencia del monto correcto, podemos ayudarlo a compartir esta evidencia con nosotros.

- Si desea solicitar asistencia para obtener la mejor evidencia disponible y para proporcionar esta evidencia, comuníquese con Servicios para Miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este documento).
- Cuando obtengamos la evidencia que muestre el nivel de copago correcto, actualizaremos nuestro sistema para que usted pueda pagar el monto correcto la próxima vez que obtenga sus medicamentos recetados. Si paga de más por su copago, le reembolsaremos el monto correspondiente, ya sea mediante un cheque o un crédito de copago para usar más adelante. Si la farmacia no le cobró el copago y adeuda este monto, es posible que realicemos el pago directamente a la farmacia. Si el estado pagó en su nombre, tal vez le paguemos directamente al estado. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Miembros al 1-800-399-7226 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

¿Qué pasa si tienes Ayuda Adicional y cobertura de un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP)?

Muchos estados ofrecen ayuda para pagar las recetas, las primas de los planes de medicamentos u otros costos de medicamentos. Si está inscrito en un Programa estatal de asistencia farmacéutica (SPAP), la Ayuda adicional de Medicare paga primero.

Genetically Handicapped Persons Program (GHPP)
MS 4507
P.O. Box 997413
Sacramento, CA 95899-7413
Teléfono: 1-916-713-8400
De lunes a viernes, de 8 a. m. a 4:30 p. m.; excepto feriados estatales
Correo electrónico: ghppeligibility@dhcs.ca.gov
Sitio web: www.dhcs.ca.gov/services/ghpp/Pages/default.aspx

¿Qué sucede si tienes Ayuda adicional y cobertura de un Programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP)?

El Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP) ayuda a garantizar que las personas elegibles para el ADAP que tienen VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH que salvan vidas. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también están en el ADAP califican para la asistencia a través del Oficina de SIDA, Centro de Enfermedades Infecciosas – Departamento de Salud Pública de California para costo compartido de medicamentos recetados.

Nota: Para ser elegible para el ADAP que funciona en su estado, las personas deben reunir determinados criterios, incluidas la prueba de residencia en el estado y la condición de VIH, bajos ingresos según lo definido por el estado y condición de asegurado/subasegurado. Si cambia de plan, notifique a su trabajador de inscripción del ADAP local para que pueda seguir recibiendo asistencia. Para obtener más información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos, o cómo inscribirse en el programa, llame al 1-844-421-7050.

Office of AIDS, Center for Infectious Diseases – California Department of Public Health
MS7700
P.O. Box 997426
Sacramento, CA 95899-7426
1-844-421-7050 (teléfono)
www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OAmain.aspx

Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica

Muchos estados tienen Programas Estatales de Asistencia de Farmacia que ayudan a las personas a pagar los medicamentos recetados según sus necesidades financieras, edad, afección médica o discapacidades. Cada estado tiene diferentes reglas para brindar cobertura de medicamentos a sus miembros.

En California, el Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica es el Programa para personas con discapacidades genéticas (GHPP).

Programa para personas con discapacidades genéticas (GHPP) (Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica de California): Información de contacto	
Llame al	1-916-713-8400 De lunes a viernes, de 8 a.m. a 4:30 p.m.; excepto feriados estatales
Escriba a	Genetically Handicapped Persons Program Integrated Systems of Care Division MS 4507 P.O. Box 997413 Sacramento, CA 95899-7413 Email: ghppeligibility@dhcs.ca.gov
Sitio Web	www.dhcs.ca.gov/services/ghpp/Pages/default.aspx

Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare

El Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare es una opción de pago que funciona de forma conjunta con su cobertura de medicamentos actual para ayudarle a administrar los gastos de su bolsillo correspondientes a los medicamentos cubiertos por nuestro plan distribuyéndolos a lo largo del **año calendario** (enero a diciembre). Cualquier persona con un plan de medicamentos de Medicare o plan de salud de Medicare con cobertura de medicamentos (como un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos) puede usar esta opción de pago. **Esta opción de pago puede ayudarle a administrar sus gastos, pero no le ahorra dinero ni reduce los costos de sus medicamentos. Si participa en el plan de pago de medicamentos recetados de Medicare y permanece en el mismo plan de la Parte D, su participación se renovará automáticamente para 2026.** Para obtener más información sobre esta opción de pago, comuníquese con Servicios para Miembros al 1-866-845-1803 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-716-3231) o visite www.Medicare.gov.

Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare – información de contacto	
Llamar al	1-866-845-1803 Las llamadas a este número son gratuita. Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Servicios para Miembros también cuenta con servicios de interpretación gratuitos para las personas que no hablan inglés.
TTY	1-800-716-3231 Este número requiere de un equipo telefónico especial y es únicamente para uso de aquellas personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuita. Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
Escriba a	Express Scripts Medicare Prescription Payment Plan P.O. Box 2 Saint Louis, MO 63166
Sitio Web	https://www.express-scripts.com/mppp

SECCIÓN 8 La Junta de jubilación para ferroviarios (Railroad Retirement Board, RRB)

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

Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB): Información de contacto

Llame al	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas Presiones "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 de la RRB y obtener información grabada las 24 horas del día, incluidos los fines de semana y días feriados.
TTY	1-312-751-4701 Este número requiere de un equipo telefónico especial y es únicamente para uso de aquellas personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número no son gratuitas.
Sitio Web	https://RRB.gov

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

Si usted (o su cónyuge o pareja de hecho) recibe beneficios de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge o pareja de hecho) como parte de este plan, puede llamar al administrador de beneficios de su empleador o sindicato o a Servicios para Miembros en 1-800-399-7226 (los usuarios de TTY llaman a 711) si tiene alguna pregunta. Puede preguntar acerca de los beneficios de salud, las primas o el período de inscripción de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge o pareja de hecho). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) si tiene preguntas relacionadas con su cobertura de Medicare conforme a este plan. Usuarios de TTY llaman 1-877-486-2048.

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

CAPÍTULO 3:

Cómo utilizar de nuestro plan para obtener servicios médicos

SECCIÓN 1 Cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan

En este capítulo, se explican los conceptos que usted necesita conocer sobre cómo obtener cobertura de nuestro plan para atención médica. Para obtener detalles sobre la atención médica que cubre nuestro plan y cuánto paga usted cuando recibe atención, consulte la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4.

Sección 1.1 Los proveedores de la red y los servicios cubiertos

- **Los proveedores** son los médicos y otros profesionales de salud autorizados por el estado para brindar atención y servicios médicos. El término proveedores también incluye hospitales y otros centros de atención médica.
- **Proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de salud, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que han acordado con nosotros aceptar nuestros pagos y el monto de su costo compartido como pago completo. Hemos acordado con estos proveedores que les presten servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red nos facturan de manera directa por la atención médica que le brindan. Cuando consulta con un proveedor de la red, paga la parte que le corresponde por el costo de los servicios.
- **Los servicios cubiertos** incluyen toda la atención médica, los servicios de atención médica, los suministros, los equipos, y los medicamentos recetados que están cubiertos por nuestro plan. Los servicios cubiertos de atención médica se incluyen en la Tabla de beneficios en Capítulo 4. Los servicios cubiertos para los medicamentos recetados se analizan en Capítulo 5.

Sección 1.2 Normas básicas para obtener la atención médica cubierta por su plan

Como un plan de salud de Medicare, VillageHealth debe cubrir todos los servicios cubiertos por Original Medicare y debe seguir las normas de cobertura de Original Medicare.

VillageHealth cubrirá, por lo general, su atención médica, siempre y cuando:

- **La atención que reciba se incluya en la Tabla de beneficios médicos del plan** en el Capítulo 4.
- **La atención que reciba se considere médicamente necesaria.** Médicamente necesario significa que los medicamentos, servicios, equipos 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.

- **Usted cuenta con un médico de preferencia (POC) que brinda y supervisa su atención.** Como miembro de nuestro plan, debe elegir un POC (para más información sobre este tema, consulte la Sección 2.1 de este capítulo).
- Como miembro de VillageHealth, usted puede acceder a la atención y los servicios de cualquier proveedor que acepte Medicare, ya sea que busque atención dentro o fuera de la red de proveedores de VillageHealth (para obtener más información sobre este tema, consulte la sección 2 en este capítulo). Su parte del costo de algunos beneficios puede ser mayor cuando consulta con proveedores fuera de la red.

SECCIÓN 2 Use los proveedores de la red de nuestro plan para obtener atención médica

Sección 2.1 Usted puede elegir a un proveedor preferido (POC) para que brinde y supervise su atención médica

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

Un Médico de Elección (POC) es un médico que cumple con los requisitos del estado y está capacitado para brindarle atención de rutina y renal. Según VillageHealth, el POC es un nefrólogo. Su POC le proporcionará la mayor parte de su atención y le ayudará a organizar o coordinar los demás servicios cubiertos que recibe como miembro de nuestro Plan.

Esto incluye:

- radiografías
- Pruebas de laboratorio
- Terapias
- Atención de proveedores que son especialistas
- Admisiones hospitalarias y
- atención de seguimiento

Dado que su POC coordinará sus servicios al verificar o consultar con otros proveedores sobre su atención, debe enviar sus registros médicos anteriores al consultorio de su POC.

Si necesita atención urgente mientras está fuera del área de servicio del plan, preferimos que llame a su POC dentro de las 48 horas o tan pronto como sea razonablemente posible para que él o ella pueda participar en la administración de su atención. No se requiere una remisión o autorización previa para la mayoría de los servicios cubiertos.

¿Cómo elige al POC?

Cuando se convierte en miembro del plan VillageHealth, debe elegir un POC. El tipo de médico que actúa como POC bajo este plan es un nefrólogo. Le sugerimos que elija a un proveedor del plan para que sea su POC. Sin embargo, al ser un miembro de VillageHealth, usted puede seleccionar un POC, dentro del área de servicio, que no sea parte del plan. El POC que haya elegido debe participar en Medicare.

Cómo cambiar de POC

Puede cambiar de POC por cualquier motivo y cuando lo desee. También es posible que su POC salga de la red de proveedores de nuestro plan y, en ese caso, deberá buscar un nuevo POC.

Para cambiar de POC, llame al Departamento de Servicios para Miembros del plan con su nueva selección (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este documento). Allí se asegurarán de que el POC que seleccione acepte pacientes nuevos. Si no ha hecho una nueva selección, ellos pueden ayudarle en su elección. También pueden ayudarlo con cualquier problema que pueda surgir con la transición. El cambio de POC entrará en vigor el primer día del mes siguiente a su solicitud.

Sección 2.2 Atención médica que puede obtener sin la recomendación de POC

Como miembro de VillageHealth, no se requiere una remisión para recibir su atención médica.

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

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

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

Puede ver a cualquier especialista fuera de la red que participe en Medicare. No se requiere una recomendación o autorización previa para ver a un especialista o a cualquier otro proveedor del servicio para la mayoría de los servicios cubiertos. Si se requiere una autorización para los servicios, su POC o el proveedor del servicio se pondrá en contacto con VillageHealth para obtener la autorización.

Cuando un un especialista u otro proveedor de la red dejan de participar en el plan

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

- Si bien nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare exige que tenga acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Le informaremos que su proveedor dejará nuestro plan para que tenga tiempo de elegir un nuevo proveedor.
 - Si su proveedor de atención primaria o de salud conductual deja nuestro plan, le notificaremos si visitó a ese proveedor en los últimos 3 años.
 - Si cualquiera de sus otros proveedores abandona nuestro plan, le notificaremos si se le asigna el proveedor, si actualmente recibe atención de ellos o si los visitó en los últimos 3 meses.
- Le ayudaremos a elegir un nuevo proveedor calificado dentro de la red para recibir atención continua.
- Si se está sometiendo a un tratamiento o terapias médicas con su proveedor actual, tiene derecho a solicitar continuar recibiendo el tratamiento o las terapias médicamente necesarios. Trabajaremos con usted para que pueda continuar recibiendo atención.
- Le daremos información sobre los períodos de inscripción disponibles y las opciones que puede tener para cambiar de plan.
- Cuando un proveedor o beneficio dentro de la red no esté disponible o sea inadecuado para satisfacer sus necesidades médicas, haremos los arreglos para cualquier beneficio cubierto médicamente necesario fuera de nuestra red de proveedores con costos compartidos dentro de la red.
- Si se entera de que su médico o especialista abandona nuestro plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarle a elegir un nuevo proveedor que coordine su atención.
- Si considera que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no se maneja adecuadamente, tiene derecho a presentar una queja sobre la calidad de la atención a la QIO, un reclamo sobre la calidad de la atención a nuestro plan o ambos (consulte el el Capítulo 9).

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

VillageHealth es un plan de punto de servicio (POS). El plan VillageHealth le ofrece una gran flexibilidad en la forma en que recibe los servicios cubiertos. Puede recibir servicios cubiertos de proveedores que no son parte de la red del plan, siempre y cuando participen en el programa Medicare. La mayoría de los servicios cubiertos no tienen requisitos para una remisión o autorización previa. Su parte del costo de algunos beneficios puede ser mayor cuando consulta con proveedores fuera de la red. Consulte la tabla de beneficios en el

Capítulo 4, Sección 2 (Tabla de beneficios médicos, lo que está cubierto y lo que usted paga) para obtener información sobre el costo compartido.

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

Sección 3.1 Cómo puede obtener 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 de atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida (y, si es una mujer embarazada, la pérdida de un bebé por nacer), la pérdida de un miembro o de la función de un miembro, o la pérdida o el deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una condición médica que empeora rápidamente.

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

- **Busque ayuda lo más rápido posible.** Llame al 911 para pedir ayuda o acuda a la sala de emergencias u hospital más cercano. Pida una ambulancia por teléfono si la necesita. No es necesario que primero obtenga la aprobación o una derivación del POC. No es necesario que recurra a un médico de la red. Puede recibir atención médica de urgencia cubierta siempre que la necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios, y de cualquier proveedor con una licencia estatal adecuada, aunque no forme parte de nuestra red.
- **Tan pronto como sea posible, asegúrese de avisar al plan acerca de la emergencia.** Necesitamos hacer el seguimiento de la atención de emergencia que reciba. Usted u otra persona deberá llamarnos para informarnos sobre su atención de emergencia, generalmente, en un plazo de 48 horas. La información de contacto se encuentra en el Capítulo 2, y en la portada posterior de este documento.

Servicios cobiertos en caso de una emergencia médica

El plan cubre los servicios de ambulancia en los casos en los que ir a la sala de emergencias de alguna otra manera podría poner en peligro su salud. También cubrimos 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 la emergencia esté bajo control, tiene derecho a una atención de seguimiento para garantizar que usted se mantenga estable. Sus médicos continuarán atendiéndole hasta que los médicos se comuniquen con nosotros y elaboren un plan para prestar atención médica adicional. Nuestro plan cubrirá dicha atención de seguimiento.

La atención de seguimiento después de la emergencia no está cubierta fuera de los EE. UU. o sus territorios.

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

A veces, es difícil determinar si se tiene una emergencia médica. Por ejemplo, usted podría ir en busca de atención de emergencia creyendo que su salud está en grave peligro y el médico puede decir que no era una emergencia médica después de todo. Si resulta que no se trataba de una emergencia médica, siempre que usted haya creído razonablemente que su salud corría grave peligro, cubriremos la atención médica recibida.

Sin embargo, después de que el médico diga que no fue una emergencia, cubriremos la atención médica adicional *solo* si usted recibe dicha atención de una de estas 2 maneras:

- Acude a un proveedor de la red para recibir atención adicional, o
- La atención médica adicional que usted recibe se considera como servicios que se necesitan con urgencia y usted sigue las reglas a continuación para obtener este cuidado de urgencia.

Sección 3.2 Cómo obtener 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 que se necesita con urgencia si usted se encuentra temporalmente fuera del área de cobertura de nuestro plan, o si no es razonable, dado el momento, el lugar y las circunstancias, obtener este servicio de los proveedores de la red. Algunos ejemplos de que se necesitan con urgencia son enfermedades y lesiones médicas imprevistas o brotes inesperados de afecciones existentes. Sin embargo, las visitas de rutina al proveedor médicamente necesarias, como los chequeos anuales, no se consideran urgentes, incluso si se encuentra fuera del área de servicio del plan o si la red del plan no está disponible temporalmente.

Como miembro de VillageHealth, puede acceder a los servicios que se necesitan con urgencia de tres (3) maneras:

- Una visita en persona a un centro de atención de urgencias. Puede acceder a la atención y los servicios que se necesitan con urgencia de cualquier proveedor dentro de los Estados Unidos que acepte Medicare.
- Si su médico de VillageHealth le ofrece una visita virtual (usted pagará el copago de su visita al consultorio por una visita virtual).
- Una visita virtual de atención médica de urgencias por telesalud con \$0 de copago. Consulte Atención médica de urgencias por telesalud en Servicios de telesalud en la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4.

Nuestro plan no cubre servicios de emergencia, servicios que se necesitan con urgencia ni ningún otro servicio de atención recibida fuera de los Estados Unidos y sus territorios.

Sección 3.3 Cómo obtener atención durante un desastre

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

Visite www.villagehealthca.com para obtener información sobre cómo obtener la atención médica que necesita durante un desastre.

Si no puede usar un proveedor de la red durante un desastre, nuestro plan le permitirá obtener atención médica de proveedores fuera de la red si paga el costo compartido de la red. Si no puede utilizar una farmacia de la red durante un desastre, es posible que pueda obtener sus medicamentos recetados en una farmacia fuera de la red. Vaya a Capítulo 5, Sección 2.4.

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

Si pagó un monto mayor que el costo compartido de nuestro plan por los servicios cubiertos, o si recibe una factura por el costo total de los servicios médicos cubiertos, puede solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios cubiertos. Vaya a el Capítulo 7 para obtener información sobre lo que debe hacer.

Sección 4.1 Si nuestro plan no cubre los servicios, usted debe pagar el costo total

VillageHealth cubre todos los servicios médicos que son médicamente necesarios que se encuentran en la Tabla de beneficios médicos en Capítulo 4. Si recibe servicios no cubiertos por nuestro plan o servicios obtenidos fuera de la red y que no fueron autorizados, usted es responsable de pagar el costo total de los servicios.

En el caso de los servicios cubiertos que tienen una limitación de beneficios, usted también paga el costo total de cualquier servicio que reciba después de haber agotado el beneficio para ese tipo de servicio cubierto. Una vez que se alcanza el límite de beneficios médicos cubiertos, los gastos médicos adicionales incurridos no se tendrán en cuenta para el límite máximo de gastos de su bolsillo. Puede llamar a Servicios para Miembros cuando desee saber cuánto ha utilizado ya de su límite de beneficios.

SECCIÓN 5 Servicios médicos en un estudio de investigación clínica

Sección 5.1 ¿Qué es un estudio de investigación clínica?

Los médicos y científicos realizan estudios de investigación clínica (también llamados *ensayos clínicos*) para probar nuevos tipos de atención médica, como observar la acción de un nuevo medicamento para el cáncer. Ciertos estudios de investigación clínica están aprobados por Medicare. Los estudios de investigación clínica aprobados por Medicare normalmente solicitan voluntarios para participar en el estudio. Cuando participa en un

estudio de investigación clínica, puede seguir inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo los demás servicios que requiere para su atención (atención que no está relacionada con el estudio) por medio de nuestro plan.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Medicare Original se hace responsable del pago de la mayor parte de los costos de los servicios cubiertos que reciba como parte del estudio. Si nos informa que está participando en un ensayo clínico aprobado, solo deberá pagar los costos compartidos dentro de la red para los servicios de ese ensayo. Si pagó de más, por ejemplo, si ya pagó los costos compartidos de Medicare Original, le reembolsaremos la diferencia entre lo que pagó y los costos compartidos dentro de la red. Deberá presentar la documentación que demuestre cuánto pagó.

Si desea participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, no es necesario que obtenga nuestra aprobación o la de su POC. No es necesario que los proveedores que le proporcionan atención médica como parte del estudio de investigación clínica formen parte de la red de nuestro plan. (Esto no se aplica a los beneficios cubiertos que requieren un ensayo clínico o registro para evaluar el beneficio, incluidos ciertos beneficios que requieren cobertura con desarrollo de evidencia [NCDs-CED] y estudios de exención de dispositivos en investigación [IDE]. Estos beneficios también pueden estar sujetos a autorización previa y otras reglas del plan).

Si bien no necesita el permiso de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica, le recomendamos que debe informarnos con anticipación cuando decida participar en ensayos clínicos aprobados 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 cubre los productos y servicios de rutina que reciba como parte del estudio de investigación, 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 haya pagado su parte del costo de estos servicios, nuestro plan pagará la diferencia entre el costo compartido de 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 la documentación que demuestre la

cantidad que ha pagado por costo compartido. Consulte Capítulo 7 para obtener más información sobre la presentación de solicitudes de pago.

Este es un ejemplo de cómo funciona el costo compartido: Supongamos que tiene un análisis de laboratorio que cuesta \$100, como parte del estudio de investigación. También supongamos que tendría que pagar \$20 como su parte de los costos para este análisis según Original Medicare, pero el análisis sería de \$10 conforme a los beneficios de nuestro plan. En este caso, Original Medicare pagaría \$80 por el análisis y usted pagaría \$20 de copago según lo requiere Original Medicare. Luego, deberá notificar a su plan que ha recibido un servicio en un ensayo clínico calificado y presentar la documentación, como la factura del proveedor, al plan. El plan luego le pagaría directamente a usted \$10. Por lo tanto, el pago neto es \$10, el mismo monto que pagaría según los beneficios del plan.

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

- Por lo general, Medicare *no* pagará los nuevos productos o servicios que se estén evaluando en el estudio, a menos que Medicare 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 mensuales que se realicen como parte del estudio si su afección normalmente requiriese una sola tomografía computarizada.
- Artículos y servicios proporcionados habitualmente por los patrocinadores de la investigación de forma gratuita para cualquier inscrito en la prueba.

Obtenga más información sobre cómo unirse a un estudio de investigación clínica

Obtenga más información sobre la participación en un estudio de investigación clínica en la publicación de *Medicare y los estudios de investigación clínica* de Medicare disponibles en www.Medicare.gov/sites/default/files/2019-09/02226-medicare-and-clinical-research-studies.pdf. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios deTTY 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 médica para una afección que normalmente se trataría en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o centro de atención de enfermería especializada va en contra de las creencias religiosas de un miembro, se brindará cobertura para su atención en una institución religiosa de atención sanitaria no

médica. Este beneficio se brinda solo para los servicios para pacientes internados de la Parte A (servicios de atención no médica).

Sección 6.2 Recibir 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.
- La atención o el tratamiento médicos **exceptuados** corresponden a la atención o el tratamiento médicos que *no* son voluntarios o que *son obligatorios* según la legislación federal, estatal o local.

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

- La institución que brinde atención debe estar certificada por Medicare.
- La cobertura del plan por los servicios que reciba se limita a los aspectos *no religiosos* de la atención.
- Si obtiene servicios de esta institución en un centro, se aplican las siguientes condiciones:
 - Debe tener una afección que le permitiría recibir los servicios cubiertos correspondientes a atención para pacientes internados en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada.
 - Y debe obtener la aprobación del plan por adelantado antes de que lo ingresen en el centro, porque, de lo contrario, su estadía no estará cubierta.

Está cubierto hasta 90 días por período de beneficios por servicios de un proveedor de atención médica religiosa no médica. Usted pagará el mismo costo compartido que la atención hospitalaria como paciente internado. Consulte la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4.

SECCIÓN 7 Normas para la posesión de equipo médico duradero

Sección 7.1 No será suyo ningún equipo médico duradero luego de realizar determinado número de pagos bajo nuestro plan

El equipo médico duradero (DME) incluye artículos como suministros y equipos de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, sistemas de colchones eléctricos, muletas, suministros para la diabetes, dispositivos para la generación del habla, bombas de infusión intravenosa, nebulizadores y camas de hospital recetadas por un proveedor para usar en el hogar. El

miembro siempre posee ciertos artículos, como dispositivos protésicos. En esta sección, analizamos otros tipos de DME que debe alquilar.

En Original Medicare, aquellas personas que alquilan algunos tipos de DME adquieren el equipo después de asumir los copagos por el artículo durante un período de 13 meses. **Como afiliado de VillageHealth, por lo general no podrá obtener la propiedad de artículos de DME alquilados independientemente de la cantidad de copagos que realice por el artículo mientras sea afiliado de nuestro plan.** No obtendrá la propiedad incluso si realizó hasta 12 pagos consecutivos para el artículo DME bajo Medicare Original antes de unirse a nuestro plan.

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

Si no obtuvo la titularidad del artículo de DME mientras estaba en nuestro plan, deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos después de cambiar a Medicare Original para ser propietario del artículo de DME. Los pagos que realizó mientras estaba inscrito en nuestro plan no cuentan como parte de estos 13 pagos.

Ejemplo 1: Usted realizó 12 pagos consecutivos o menos por el artículo en Medicare Original y luego se inscribió en nuestro plan. Los pagos que usted hizo en Medicare Original no cuentan.

Ejemplo 2: Usted realizó 12 pagos consecutivos o menos por el artículo en Medicare Original y luego se inscribió en nuestro plan. No obtuvo la propiedad del artículo mientras estaba en nuestro plan. Luego regresó a Medicare Original. Tendrá que realizar 13 nuevos pagos consecutivos para adquirir la propiedad del elemento una vez que se reincorpore a Medicare Original. Cualquier pago que ya haya realizado (ya sea a nuestro plan o a Medicare Original) no cuenta.

Sección 7.2 Normas para equipos de oxígeno, suministros y mantenimiento

Si reúne los requisitos para recibir cobertura para el equipo de oxígeno de Medicare VillageHealth 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 deja VillageHealth o ya tiene necesidad médica del equipo de oxígeno, este se debe devolver.

¿Qué sucede si abandona el plan y regresa a Original Medicare?

Original Medicare exige que un proveedor de oxígeno le proporcione servicios durante cinco años. Durante los primeros 36 meses, usted alquila el equipo. Los 24 meses restantes, el

proveedor le proporciona el equipo y el mantenimiento (usted sigue siendo responsable del copago del oxígeno). Después de cinco años, puede elegir seguir con la misma compañía o cambiarse a otra. En este momento, el ciclo de cinco años vuelve a comenzar, aunque siga con la misma compañía, y usted debe pagar copagos los primeros 36 meses. Si se inscribe en nuestro plan o lo deja, el ciclo de cinco años vuelve a comenzar.

CAPÍTULO 4:

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

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

Este capítulo proporciona una Tabla de beneficios médicos que enumera los servicios cubiertos y detalla la cantidad que deberá pagar por cada servicio cubierto como miembro de VillageHealth. Más adelante en este capítulo, encontrará información sobre los servicios médicos que no están cubiertos también se detallan los límites para ciertos servicios. Vaya a las adendas en la sección 4 de este capítulo para obtener información adicional sobre las limitaciones y exclusiones.

Sección 1.1 Costos que puede llegar a tener que pagar de su bolsillo por los servicios cubiertos

Los tipos de costos que es posible que deba pagar de su bolsillo por los servicios cubiertos incluyen:

- **Deducible:** el monto que debe pagar por los servicios médicos antes de que el plan comience a pagar la parte que le corresponde. (La Sección 1.2 brinda más información acerca del deducible de nuestro plan).
- **Copago:** la cantidad fija que pagas cada vez que recibes ciertos servicios médicos. El copago se paga en el momento en que recibes el servicio médico. (La Tabla de Beneficios Médicos proporciona más información sobre tus copagos).
- **Coseguro:** el porcentaje que pagas del costo total de ciertos servicios médicos. El coseguro se paga en el momento en que recibes el servicio médico. (La Tabla de Beneficios Médicos te proporciona más información sobre tu coseguro).

La mayoría de las personas que reúne los requisitos para Medi-Cal (Medicaid) o para el programa Beneficiario calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) no pagar deducibles, copagos ni coseguros. Si estás en uno de estos programas, asegúrese de mostrarle a su proveedor su comprobante de elegibilidad para Medi-Cal (Medicaid) o QMB.

Sección 1.2 Nuestro deducible del plan

Su deducible es el deducible de la Parte B de Medicare. En 2025, el deducible de Medicare Part B fue \$257. Este monto puede variar para el 2026. Este es el monto que usted tiene que

pagar de su bolsillo antes de que paguemos nuestra parte por sus servicios médicos cubiertos. Usted debe pagar el costo total de los servicios cubiertos, hasta que haya pagado el monto del deducible. Una vez que pague el deducible, nosotros comenzaremos a pagar la parte que nos corresponde de los costos de los servicios médicos cubiertos y usted pagará la parte que le corresponde (su monto copagos o coseguro) por el resto del año calendario.

El deducible no aplica para determinados servicios, esto significa que pagaremos nuestra parte de los costos de estos servicios, incluso si aun no ha pagado el deducible. El deducible no aplica para los servicios mencionados a continuación:

- Examen físico anual
- Servicios de apoyo en el hogar
- Programa de asistencia a la memoria de Care (Care Memory Assistance Program, Care MAP)
- Servicios de emergencia
- Membresía del club de salud
- Comidas (a domicilio)
- Servicios de hospitalización
- Insulina suministrada a través de un equipo médico duradero
- Servicios preventivos sin costo compartido cubiertos por Medicare
- Productos de venta libre (OTC)
- Sistema personal de respuesta a emergencias (PERS)
- Servicio dentales de rutina
- Servicios de transporte de rutina
- Servicios de la visión de rutina
- Servicios de enfermería especializada
- Beneficios complementarios especiales para enfermos crónicos
- Servicios de telesalud
- Atención urgente

Sección 1.3 ¿Cuál es el monto máximo que pagará por los servicios médicos cubiertos de la Parte A y la B de Medicare?

Medicare Advantage plans hay un límite en el monto total que paga de su bolsillo cada año por los servicios médicos dentro de la red que están cubiertos en la Parte A y la Parte B de Medicare. Este límite se denomina el monto máximo que paga de su bolsillo por servicios médicos. **Para el año calendario 2026, la de MOOP cantidad de \$9,250.**

Los montos que usted paga por deducibles, copagos y coseguro por los servicios cubiertos dentro de la red se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo. Los

montos que pagas por las primas del plan y los medicamentos de la Parte D no se cuentan para el monto máximo que paga de su bolsillo. Además, los montos que usted paga por algunos servicios no cuentan para el monto máximo que gasta de su bolsillo. Estos servicios están marcados con un asterisco en la Tabla de beneficios médicos. Si llega al monto máximo que paga de su bolsillo de \$9,250, no deberá pagar costos de su bolsillo por el resto del año por los de la Parte A y la Parte B servicios cubiertos dentro de la red. Sin embargo, debe seguir pagando nuestro plan premium y su prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medi-Cal (Medicaid) o cualquier otro tercero pague su prima de la Parte B por usted).

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

Como afiliado de VillageHealth, una protección importante para usted es que, después de haber cumplido con los pagos de deducibles, únicamente deberá pagar el monto de su costo compartido al recibir servicios cubiertos por el plan. Los proveedores no pueden agregar cargos adicionales de forma individual, denominados "facturación de saldo". Esta protección se aplica, aunque le paguemos al proveedor un valor menor de lo que este cobra por un servicio, e incluso si hay una disputa y no le pagamos al proveedor determinados cargos.

Aquí le mostramos cómo funciona esta protección.

- Si su costo compartido es un copago (una cantidad fija en dólares, por ejemplo, \$15.00), usted solo paga esa cantidad por cualquier servicio cubierto que reciba de un proveedor de la red.
- Si su costo compartido es un coseguro (un porcentaje de los cargos totales), entonces usted nunca paga más que ese porcentaje. Sin embargo, su costo depende del tipo de proveedor que consulte:
 - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor de la red, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de reembolso del plan (como quedó estipulado en el contrato entre el proveedor y el plan).
 - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor que fuera de la red que participa con Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores participantes.
 - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que no participa con Medicare, usted paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores no participantes. (Recuerde que el plan cubre servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, por ejemplo, cuando recibe una derivación o para servicios de emergencia o fuera del área de servicio para servicios de urgencia).
- Si cree que un proveedor le facturó un saldo, llame al Servicios para Miembros.

SECCIÓN 2 La Tabla de beneficios médicos muestra tus beneficios y costos médicos

En las siguientes páginas, la Tabla de beneficios médicos enumera los servicios que VillageHealth cubre y lo que debe pagar de su bolsillo por cada servicio. La cobertura de medicamentos recetados de la (Parte D está en el Capítulo 5). Los servicios descritos en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos solo cuando se cumple con los siguientes requisitos de cobertura:

- Los servicios que cubre Medicare deben brindarse de conformidad con las pautas de cobertura por Medicare.
- Sus servicios (que incluyen atención médica, servicios, suministros, equipo y medicamentos recetados 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 tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.
- Para los nuevos afiliados, su plan de atención coordinada de MA debe proporcionar un período de transición mínimo de 90 días, durante el cual el nuevo plan de MA puede no requerir autorización previa para ningún curso de tratamiento activo, incluso si el curso del tratamiento fue para un servicio que comenzó con un proveedor fuera de la red.
- Usted tiene un proveedor preferido (un POC) brindando y supervisando su atención.
- Algunos de los servicios enumerados en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos *solo* si su médico u otro proveedor de la red obtienen nuestra aprobación por adelantado (a veces llamada autorización previa). Los servicios cubiertos que necesitan aprobación por adelantado están marcados en la Tabla de beneficios médicos con una nota al pie.

Otra información importante que debe saber sobre su cobertura:

- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Original Medicare. Para algunos de estos beneficios, usted paga *más* en nuestro plan de lo que pagaría en Original Medicare. Para otros, usted paga *menos*. (Si desea obtener información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual *Medicare & You 2026* (Medicare y Usted 2026). También puede consultarlo en línea en www.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 todos los servicios preventivos que están cubiertos sin costo por Original Medicare, nosotros también cubrimos el servicio sin costo para usted. Sin embargo, si a usted también se le trata o controla por una afección médica existente durante la visita en la que recibe el servicio preventivo, es posible que se aplique un copago por la atención recibida por la afección médica existente.
- Si Medicare agrega cobertura para algún nuevo servicio durante el año 2026, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.

- 1 meses de supuesta elegibilidad continua, seguiremos proporcionando todos los beneficios cubiertos por el plan, y sus montos de costo compartido no cambian durante este período.

Información importante sobre los beneficios para miembros con afecciones crónicas

- Si le diagnostica cualquiera de las afecciones crónicas que se identifican a continuación y cumple con ciertos criterios, puede ser elegible para recibir beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas:
 - Enfermedad renal en etapa terminal
 - Trasplante de órgano posrenal.
 - Su proveedor habrá realizado una confirmación de diagnóstico o VillageHealth realizará una evaluación médica de sus necesidades médicas crónicas para determinar si es elegible para los beneficios adicionales.
- Consulte la fila *Beneficios complementarios especiales para enfermos crónicos* en la Tabla de beneficios médicos a continuación para obtener más detalles.
- Comuníquese con nosotros para conocer exactamente a qué beneficios puede tener derecho.



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

Tabla de beneficios médicos

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Administración de Atención* Un equipo de profesionales de la salud está listo para ayudarle a manejar sus afecciones. Un administrador de atención puede trabajar con usted de las siguientes maneras: • Ayudar a controlar sus afecciones. • Crear con usted un plan de atención especializada para sus afecciones. • Trabajar con los especialistas de su equipo para obtener la mejor atención para su afección. • Ayudarle a comprender su atención que recibe durante una hospitalización. • Proporcionar cualquier asistencia que pueda necesitar cuando se traslade de un hospital, centro de atención especializada o atención domiciliaria después de haber sido hospitalizado.	Dentro de la red \$0 copago por servicios de administración de atención. Fuera de la red Sin cobertura

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Administración de Atención* (continuación) - Hacer los arreglos necesarios para sus necesidades especiales. Esto puede incluir transporte, equipo médico duradero, infusiones y atención médica en el hogar. el administrador de atención le ayudará a obtener más información sobre sus afecciones y le dará consejos sobre cómo mantenerse saludable. Consejos como los siguientes: - Ayudarle a encontrar una dieta que funcione para usted. - Ayudarle a comprender sus medicamentos y cómo tomarlos correctamente. - Descubrir cómo mantenerse activo. - Ayudarle a comprender las pruebas y los exámenes de detección importantes que pueden ayudarlo a evitar complicaciones de salud. * Este beneficio no se aplica al monto máximo de gastos de su bolsillo.	
Asistencia en el hogar* Los miembros de SCAN que sean elegibles pueden recibir cuidado de relevo y en el hogar. Servicios de cuidado de relevo Los miembros que tienen un cuidador no remunerado de tiempo completo pueden recibir atención de relevo. Si el miembro califica, SCAN organizará hasta 40 horas de cuidado de relevo para que se brinden en el hogar del miembro donde se brinda la atención primaria. Este servicio debe utilizarse en incrementos de 4 horas. Atención domiciliaria Los miembros que califiquen pueden recibir hasta 100 horas por año de visitas de cuidado en el hogar para ayudar con las actividades de la vida diaria, como bañarse, vestirse, lavar la ropa, cambiar de cama y tareas domésticas ligeras. Para calificar para este beneficio, el miembro debe haber tenido uno o más de los siguientes: - El miembro necesita ayuda con dos o más actividades de la vida diaria (ADL). - El miembro recibió recientemente el alta de un hospital o centro de enfermería especializada.* - El miembro se sometió recientemente a una cirugía ambulatoria de rodilla o cadera.*	Dentro de la red \$0 copago Se aplican reglas de autorización previa Comuníquese con Servicios para Miembros para obtener más detalles. Fuera de la red Sin cobertura

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Asistencia en el hogar* (continuación) * Estos servicios deben solicitarse dentro de los 15 días hábiles posteriores a su alta del hospital o centro de enfermería especializada para que se autorice el beneficio. Este servicio debe utilizarse en incrementos de 4 horas. * Este beneficio no se aplica al monto máximo de gastos de su bolsillo.	
Atención de emergencia La atención de emergencia hace referencia a los servicios con estas características: • Proporcionan un proveedor calificado para brindar servicios de emergencia y • Son necesarios para evaluar o estabilizar una afección de emergencia Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona con un conocimiento normal sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren de la atención médica inmediata para evitar que pierda la vida (y, si es una mujer embarazada, la pérdida de un hijo por nacer), un miembro o la función del miembro. Los síntomas médicos pueden ser enfermedad, lesión, dolor grave o una afección médica que se agrava rápidamente. Los costo compartido para los servicios de emergencia necesarios que se brindan fuera de la red son los mismos que para los mismos servicios que se brindan dentro de la red. No tiene cobertura fuera de los Estados Unidos, excepto en circunstancias limitadas, según lo define Medicare. Si requiere monitoreo o un período de recuperación después de su atención de emergencia, es posible que lo coloquen en estado de “observación”. Esto puede requerir que permanezca en las instalaciones durante varias horas o durante la noche si es necesario. En este caso, solo pagará su copago por atención de emergencia mientras esté bajo observación.	Dentro y fuera de la red 20 % del monto aprobado por Medicare (hasta un máximo de \$110) por cada visita. El copago se elimina si lo ingresan en el hospital como paciente internado de inmediato o después de un período de observación.
Atención de la vista (de rutina/sin cobertura de Medicare)* Además de los servicios para la vista médicamente necesarios cubiertos por Medicare Original, VillageHealth	Dentro de la red Examen de la vista de rutina \$0 copago

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Atención de la vista (de rutina/sin cobertura de Medicare)* (continuación) ofrece los siguientes servicios para la vista de rutina a través de la red de proveedores de optometría Eye Med Select. - Exámenes de la vista de rutina, limitados a un examen por año. - Lentes (monofocales, bifocales o trifocales), monturas para lentes estándar o anteojos (lentes y monturas). Limitado a un par Todos los años. VillageHealth ofrece un monto para cobertura de la vista para cubrir el costo de marcos estándar y lentes cuando se obtienen de un proveedor del plan. Deberá pagar cualquier costo restante que supere esta cobertura. - Lentes de contacto en vez de anteojos, limitados a un par Todos los años. VillageHealth ofrece un monto utilizado para cubrir el costo de lentes de contacto cuando se obtienen de un proveedor del plan. Usted debe pagar cualquier costo restante que supere esta cobertura, es decir, ajuste de lentes de contacto, imágenes de la retina. Este plan no contempla beneficios para los servicios profesionales o materiales relacionados con el reemplazo de lentes y marcos que se perdieron o rompieron, a menos que el reemplazo del artículo haya estado previsto. Consulte la sección “Servicios que no cubrimos (exclusiones)” más adelante en este capítulo para conocer más limitaciones sobre artículos para la vista. * Este beneficio no se aplica al monto máximo de gastos de su bolsillo.	No necesita una recomendación para visitas a proveedores de servicios de la visión contratados para exámenes de la vista de rutina (refracción). Anteojos o lentes de contacto de rutina Los materiales para anteojos están incluidos dentro del subsidio para anteojos. Cobertura de hasta \$200 para monturas o lentes de contacto Todos los años. La cobertura para lentes de contacto incluye el costo del examen, los honorarios profesionales y los materiales. Usted paga los costos restantes que superen lo que cubrirá VillageHealth. Fuera de la red Sin cobertura
Atención de salud mental para pacientes externos Entre los servicios cubiertos están incluidos: Servicios de salud mental prestados por un psiquiatra o médico autorizado por el estado, psicólogo clínico, asistente social clínico, especialista en enfermería clínica, terapeuta profesional autorizado (Licensed Professional Counselor, LPC), terapeuta de familia y matrimonio autorizado (LMFT), enfermero practicante (NP), auxiliar médico (PA) u otro profesional de atención de salud mental que califique para Medicare dentro de lo permitido por la legislación estatal aplicable.	Proveedores dentro y fuera de la red Visita psiquiátrica \$0 copago por cada visita de terapia individual o grupal. Visita no psiquiátrica \$0 copago por cada visita de terapia individual o grupal.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
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 inferior a 6 meses si su enfermedad sigue el curso normal. Es posible que reciba atención médica a través de un programa de hospicio certificado por Medicare. El plan tiene la obligación de ayudarlo a encontrar programas de hospicio certificados por Medicare dentro del área de servicios del plan, incluidos aquellos que sean propiedad de la organización de MA, que estén bajo el control de esta o en los que esta tenga un interés financiero. El 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 • Atención de alivio a corto plazo • Atención en el hogar 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. Para los servicios de cuidado paliativo y para los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que se relacionan con su diagnóstico de enfermedad terminal: Original Medicare (en lugar de nuestro plan) pagará sus servicios en un hospicio y cualquier servicio de la Parte A y la Parte B relacionado 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. Para los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que no se relacionen con su diagnóstico de enfermedad terminal: si necesita servicios que no son de emergencia ni de urgencia cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare que no están relacionados con su pronóstico terminal, el costo de estos servicios depende de si utiliza un proveedor de la red de nuestro plan y sigue las reglas del plan (por ejemplo, si existe un requisito para obtener autorización previa). • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red, solo pagará el monto de costo compartido del plan para los servicios dentro de la red	Cuando se inscribe en un programa de hospicio 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, y no VillageHealth.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Atención en un hospicio (continuación) Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, pagará el costo compartido correspondiente al pago por servicio de Medicare (Original Medicare) Para los servicios cubiertos por VillageHealth pero que no están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare: VillageHealth seguirá cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no estén cubiertos por la Parte A o la Parte B, o que no estén relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal. Usted paga el monto del costo compartido de su plan por estos servicios. Para medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Parte D del plan: Si estos medicamentos no están relacionados con su condición de hospicio terminal, usted paga el costo compartido. Si están relacionados con su condición de hospicio terminal, entonces usted paga el costo compartido de Original Medicare. Los medicamentos nunca están cubiertos por el hospicio y nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte 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.	
Atención hospitalaria para pacientes internados Incluye servicios hospitalarios de atención médicas 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. Tiene una cobertura de 90 días por cada período de beneficio. Un período de beneficios comienza el día en que usted ingresa a un hospital o a un centro de enfermería especializada y finaliza cuando no ha recibido atención hospitalaria como paciente internado (o atención especializada en un SNF) por 60 días consecutivos. Un nuevo período de beneficios ocurre cuando usted ingresa a un hospital o a un centro de enfermería especializada, una vez finalizado el período anterior. El número de períodos de beneficios es ilimitado. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:	Proveedores dentro y fuera de la red Por cada período de beneficio usted paga: \$1,676 deducible por cada período de beneficios. Días 1-60: \$0 de copago por cada período de beneficios. Días 61-90: \$419 de copago por día de cada período de beneficios. Días 91 y siguientes: \$838 de copago por cada día

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Atención hospitalaria para pacientes internados (continuación) • Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario) • Comidas, incluidas dietas especiales • Servicios de enfermería permanentes • Costos de las unidades de atención médicas especiales (por ejemplo, unidades de atención médicas 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 de abuso de sustancias para pacientes hospitalizados • En determinadas situaciones, cubrimos los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, riñón y páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre y de intestino/varias 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. • Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y de concentrado de glóbulos rojos (así como también de otros componentes de la sangre) comienza a partir de la primera pinta de sangre que usted necesite. • Servicios del médico 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	de reserva de por vida después del día 90 de cada período de beneficios (hasta 60 días a lo largo de su vida). Más allá de los días de reserva de por vida: todos los costos. Estos son 2025 del monto del costo compartido y puede cambiar para 2026. VillageHealth le proporcionará las tarifas actualizadas tan pronto sean publicadas. Un deducible por admisión se aplica una vez durante el período de beneficios definido. Sus beneficios para pacientes internados se basan en la fecha de admisión. Si es ingresado en el hospital en 2026 y no es dado de alta hasta 2027, los copagos de 2026 se aplicarán hasta que le den de alta del hospital o lo transfieran a otro centro de enfermería especializada. Pueden aplicarse reglas de autorización previa

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Atención hospitalaria para pacientes internados (continuación) permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente externo. Si no está seguro de si es un paciente internado o externo, consulte con el personal del hospital. Obtén más información en la hoja de datos de Medicare denominada <i>Beneficios Hospitalarios de Medicare</i>. La hoja de datos se encuentra disponible en www.Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.	
Atención médica a domicilio Antes de recibir los servicios de atención médica a domicilio, un médico debe certificar que usted necesita servicios médicos 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 (se cubrirán en función del beneficio de atención médica a domicilio; los servicios de enfermería especializada y de atención médica a domicilio combinados deben totalizar menos de 8 horas por día y 35 horas por semana). • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Servicios médicos y sociales • Equipo y suministros médicos	Dentro de la red \$0 copago Fuera de la red Sin cobertura Se aplicarán pagos de coseguro para los medicamentos inyectables e intravenosos cubiertos por Medicare para pacientes ambulatorios administrados en un entorno de atención médica domiciliaria. Consulte la sección “Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare” en esta tabla.
 Atención para la vista (cubiertos por Medicare) Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Servicios de médicos para pacientes externos para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones de los ojos, incluido el tratamiento de la degeneración macular relacionada con la edad. Original Medicare no cubre exámenes de la vista de rutina (refracción de la vista) para anteojos o lentes de contacto	Proveedores dentro y fuera de la red 20 % del monto aprobado por Medicare para exámenes y tratamientos oculares médicamente necesarios.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
 Atención para la vista (cubiertos por Medicare) (continuación) • Para las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma, cubriremos una prueba de detección de glaucoma cada año. Entre las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma, se incluyen las siguientes: las personas con antecedentes familiares de glaucoma, las personas diabéticas, los afroamericanos de 50 años o más y los hispanoamericanos de 65 años o más • Para las personas con diabetes, se cubre una prueba de detección de retinopatía diabética por año • Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluya la colocación de una lente intraocular. (Si necesita dos operaciones de cataratas por separado, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía y comprar dos pares de anteojos después de la segunda cirugía). Lentes intraoculares Usted pagará el copago de la cirugía ambulatoria para la cirugía de cataratas. No hay cargos por una lente intraocular (IOL) estándar. Sin embargo, por una tarifa adicional, usted puede solicitar la inserción de una IOL para corrección de presbicia (por ejemplo, Crystalens™, AcrySof RESTOR™ y ReZoom™) en lugar de una IOL convencional después de la cirugía de cataratas. Usted pagará una tarifa adicional por las IOL no convencionales recomendadas o indicadas por su médico. Usted es responsable del pago de la parte del monto del IOL para corregir la presbicia y servicios asociados que exceden el monto para la inserción de un IOL convencional después de una cirugía de cataratas. Debe analizar el costo adicional con su oftalmólogo ANTES de la cirugía para que comprenda claramente el alcance de su responsabilidad financiera.	\$0 copago para un examen de detección de glaucoma por período de 12 meses si tiene un alto riesgo de glaucoma. 20 % de la cantidad aprobada por Medicare para anteojos cubiertos por Medicare después de una cirugía de cataratas. Se aplicará un cargo adicional del monto aprobado por Medicare (centro quirúrgico ambulatorio o centro hospitalario) para los procedimientos realizados como paciente ambulatorio. Este cargo del centro se aplicará si su médico lo envía a un hospital o a un centro ambulatorio para procedimientos como la cirugía de cataratas.
Beneficios complementarios especiales para enfermos crónicos* Los miembros con ciertas afecciones crónicas pueden ser elegibles para beneficios adicionales. La elegibilidad para estos beneficios no se basa únicamente en afecciones crónicas. Se deben cumplir todos los requisitos de elegibilidad aplicables antes de que se proporcionen los beneficios. Las	Dentro de la red \$0 copago

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Beneficios complementarios especiales para enfermos crónicos* (continuación) afecciones crónicas calificadas requeridas para reunir los requisitos para estos beneficios incluyen las siguientes: • Enfermedad renal en etapa terminal • Trasplante de órgano posrenal. Los registros médicos se utilizarán para establecer las calificaciones para los beneficios. Alimentos y servicios públicos Puede recibir hasta \$125 por mes para comestibles (alimentos saludables) y pagos de servicios públicos en combinación con su beneficio de productos de venta libre (OTC). Una vez calificado, recibirá la tarjeta de débito prepagada, que deberá activar. Siga las instrucciones en la tarjeta. • El monto se vuelve a recargar el primer día de cada mes y vence a fin de mes. • La tarjeta de débito se puede utilizar para comprar artículos de comestibles seleccionados en tiendas minoristas participantes. • Los montos que no utilice no se transfieren al mes siguiente. • Solo puede pagar sus propios artículos y el beneficio no se puede convertir en efectivo. • Para buscar los negocios participantes y los comestibles que cumplan con los requisitos, inicie sesión en www.villagehealthca.com. • Una vez que haya utilizado su asignación, usted es responsable del costo restante de sus compras. Productos de venta libre (OTC)* Tiene cobertura de hasta \$125 por mes para productos de salud de venta libre elegibles disponibles en tiendas minoristas seleccionadas. El beneficio se ofrece con pagos para alimentos y servicios públicos. Puede usar este beneficio para pedir artículos no recetados como aspirinas, vitaminas, preparaciones para la tos y el resfriado, y otros productos elegibles. Recibirá una tarjeta de débito precargada que se recargará automáticamente con su asignación. Para obtener más información, llame al 1-844-428-8135. Los saldos no utilizados <u>no</u> se transferirán al mes siguiente.	Fuera de la red Sin cobertura Pueden aplicarse reglas de autorización previa

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Beneficios complementarios especiales para enfermos crónicos* (continuación) * Este beneficio no se aplica al monto máximo de gastos de su bolsillo.	
 Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para pacientes diabéticos Para todas las personas que tienen diabetes (pacientes que necesitan insulina y aquellos que no). Los servicios cubiertos incluyen: • Suministros para monitorear la glucosa en sangre: monitores de glucosa en sangre, tiras reactivas de glucosa en sangre, dispositivos y lancetas para lancetas, y soluciones para controlar la glucosa y verificar la precisión de las tiras reactivas y los monitores. • Para las personas que padecen enfermedad del pie diabético grave**: un par de zapatos terapéuticos personalizados (incluidas las plantillas provistas con dichos zapatos) por cada año calendario y 2 pares adicionales de plantillas, o un par de zapatos profundos y 3 pares de plantillas (sin incluir las plantillas extraíbles no personalizadas provistas con dichos zapatos). La cobertura incluye la adaptación. • La formación para el autocontrol de la diabetes está cubierta en determinadas condiciones. ** Según lo definido por Medicare. Los monitores continuos de glucosa y los suministros relacionados se consideran equipos médicos duraderos. Consulte la sección “Equipos médicos duraderos (DME) y suministros relacionados” más adelante en esta tabla.	Proveedores dentro y fuera de la red \$0 copago para suministros para controlar sus niveles de glucosa en la sangre. \$0 copago para zapatos y plantillas terapéuticas para diabéticos. \$0 copago para capacitación para el autocontrol de la diabetes. Los glucómetros, las tiras reactivas y la solución para el control de la glucosa están disponibles solo de un fabricante (Abbott). Hay lancetas disponibles de cualquier fabricante. (Comuníquese con Servicios para Miembros para obtener más información).
Cirugía para pacientes externos, incluidos servicios brindados en centros hospitalarios para pacientes externos y centros quirúrgicos ambulatorios Usted cuenta con cobertura para los servicios para pacientes ambulatorios realizados en un centro de cirugía ambulatoria o en un centro hospitalario para pacientes ambulatorios. Nota: Si se someterá a una cirugía en un centro hospitalario, debe consultar con su proveedor si requerirá hospitalización o	Dentro de la red \$0 copago por cada visita a un centro de cirugía ambulatoria.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Cirugía para pacientes externos, incluidos servicios brindados en centros hospitalarios para pacientes externos y centros quirúrgicos ambulatorios (continuación) atención ambulatoria. A menos que el proveedor indique por escrito que necesita la hospitalización, usted será considerado un paciente ambulatorio y, por lo tanto, deberá pagar los montos de la distribución de costos correspondientes a la cirugía ambulatoria. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un “paciente externo”. Quizás deba pagar un costo compartido adicional por servicios recibidos hospitalario como paciente ambulatorio, lo que incluye, entre otros, medicamentos de la Parte B y análisis radiológicos. Consulte las secciones de beneficios aplicables en esta tabla. Si necesita monitoreo o un período de recuperación después de su atención en un hospital ambulatorio, se le puede colocar en estado de “observación”. Esto puede requerir que permanezca en las instalaciones durante varias horas o durante la noche si es necesario. En este caso, usted pagará su copago por servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios mientras esté bajo observación.	20% del monto aprobado por Medicare por cada visita a un centro hospitalario para pacientes ambulatorios. Fuera de la red 20% del monto aprobado por Medicare por cada visita a un centro de cirugía ambulatoria. 20% del monto aprobado por Medicare por cada visita a un centro hospitalario para pacientes ambulatorios.
Comidas (entregadas a domicilio)* Los miembros de SCAN pueden recibir entrega temporal de comidas en su hogar para apoyar la recuperación después de una hospitalización o el controles de una afección crónica. Comidas después de la atención aguda: Hasta 4 semanas (máximo de 84 comidas por año) de comidas entregadas a su hogar inmediatamente después del alta de un hospital o centro de enfermería especializada. Estos servicios deben solicitarse dentro de los 7 días posteriores a su alta del hospital o centro de enfermería especializada para que se autorice el beneficio. Comidas para enfermedades crónicas: Hasta 4 semanas (máximo de 84 comidas por año) de comidas entregadas a domicilio para apoyar el manejo de enfermedades crónicas. Los miembros deben cumplir con criterios específicos y tener una o más de las siguientes afecciones: cáncer, ESRD, diabetes, trastornos cardiovasculares, insuficiencia cardíaca congestiva, demencia, enfermedad de Parkinson o una	Dentro de la red \$0 copago Pueden aplicarse reglas de autorización previa Fuera de la red No cubierto

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Comidas (entregadas a domicilio)* (continuación) afección que requiera que el miembro permanezca en casa por un período. Un proveedor del plan o su gestor de casos de VillageHealth debe solicitar el servicio de comidas. Comuníquese con Servicios para Miembros para obtener más detalles. * Este beneficio no se aplica al monto máximo de gastos de su bolsillo.	
 Consulta para disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (tratamiento para las enfermedades cardiovasculares) Cubrimos una consulta por año con su médico de atención primaria para ayudarlo a disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Durante esta consulta, su médico puede analizar el uso de aspirina (si corresponde), medir su presión arterial y brindarle consejos para asegurarse de que usted esté comiendo sano.	Proveedores dentro y fuera de la red No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo para el tratamiento conductual intensivo de enfermedades cardiovasculares. Pueden aplicarse costos compartidos para otros servicios que reciba durante la consulta.
 Consulta preventiva de Bienvenida a Medicare El plan cubre la consulta preventiva única <i>Bienvenido a Medicare</i>. La consulta incluye una revisión de su salud, como así también educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita, (incluidas ciertas pruebas de detección y vacunas) y recomendación a otro tipo de atención si fuera necesario. Importante: cubrimos la consulta preventiva <i>Bienvenido a Medicare</i> solo dentro de los primeros 12 meses de tener la Parte B de Medicare. Cuando solicite la cita, infórmele al consultorio del médico que le gustaría programar su consulta preventiva <i>Bienvenido a Medicare</i>.	Proveedores dentro y fuera de la red No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta preventiva de Bienvenida a Medicare. Pueden aplicarse costos compartidos para otros servicios que reciba durante la consulta.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
 Detección de la infección por el virus de la hepatitis C Cubrimos una prueba de detección de hepatitis C si su médico de atención primaria u otro profesional de la salud calificado ordena una y usted cumple con una de estas condiciones: • Corre un alto riesgo porque consume o ha consumido drogas inyectables ilícitas. • Usted recibió una transfusión de sangre antes de 1992. • Usted nació entre 1945-1965. Si usted nació entre 1945 y 1965, y no se considera de alto riesgo, pagamos por una prueba de detección una vez. Si tiene un riesgo alto (por ejemplo, ha continuado usando drogas inyectables ilícitas desde su prueba de detección de hepatitis C negativa anterior), cubrimos las pruebas de detección anuales.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para beneficios por las pruebas para la detección del virus de la hepatitis C cubiertos por Medicare.
Dispositivos protésicos y ortopédicos y suministros relacionados Dispositivos (no odontológicos) que reemplazan una función o parte del cuerpo parcial o totalmente. Estos incluyen, entre otros, pruebas, ajustes o capacitación en el uso de dispositivos protésicos y ortopédicos; así como: bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con cuidados de colostomía, marcapasos, dispositivos ortopédicos, calzado ortopédico, extremidades artificiales y prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico después de una mastectomía). Incluye ciertos suministros relacionados con los dispositivos protésicos y ortopédicos, y la reparación o el reemplazo de dispositivos protésicos y ortopédicos. También se incluye cierto grado de cobertura después de una extirpación de cataratas o cirugía de cataratas; consulte <i>Atención médica para la vista</i> más adelante en esta mesa para obtener más información. Los suministros, aparatos y dispositivos médicos/terapéuticos como pacientes ambulatorios incluyen: Apósitos quirúrgicos, férulas, yesos; soportes ortopédicos para pierna, brazo, espalda y cuello, y otros dispositivos utilizados para la reducción de fracturas y luxaciones. Las reparaciones y sustituciones de un prótesis u órtesis a causa de rotura, desgaste o un cambio significativo en su condición física están cubiertas. Las reparaciones o sustituciones se harán cuando sea médicamente necesario y estén cubiertas por Medicare Original.	Proveedores dentro y fuera de la red Usted paga \$0 copago para artículos cuando el monto aprobado por Medicare es de \$0 a \$99. Si el monto aprobado por Medicare es de \$100 o más, usted paga 20 % del monto aprobado por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Dispositivos protésicos y ortopédicos y suministros relacionados (continuación) Los dispositivos protésicos implantados en un entorno hospitalario/ambulatorio están cubiertos por el beneficio de cirugía hospitalaria/ambulatoria para pacientes internados y no se aplicará ningún copago adicional.	
Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) y suministros relacionados (Para ver 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, suministros para la diabetes (como monitores continuos de glucosa), camas de hospital recetadas por un proveedor para usar en el hogar, bombas de infusión IV, dispositivos para la generación del habla, equipos de oxígeno, nebulizadores y andadores. Cubrimos todos los DME que se consideren necesarios desde el punto de vista médico, que estén cubiertos por Medicare Original. Si nuestro proveedor en el área no dispone de una marca o fabricante en particular, puede preguntarle si podría pedirlo de manera especial para usted. La lista más reciente de proveedores está disponible en nuestro sitio web en www.villagehealthca.com. Los suministros de DME se limitan a equipos y dispositivos que no duplican la función de otro equipo o dispositivo cubierto por VillageHealth y que son apropiados para su uso en el hogar. La cobertura no incluye elementos para utilizarse fuera del hogar, como oxígeno, rampas, nebulizadores portátiles y otros equipos. Las reparaciones y sustituciones de un DME a causa de rotura, desgaste o un cambio significativo en su condición física están cubiertas. Las reparaciones o sustituciones se harán cuando sea médicamente necesario y estén cubiertas por Medicare. Para obtener información sobre los medicamentos utilizados con DME, consulte la sección “Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare” en esta tabla. Los artículos de DME que se consideran de uso personal, p. ej., sillas de inodoro, tubos de oxígeno o mascarillas de	Proveedores dentro y fuera de la red Usted paga \$0 copago para artículos DME cuando el monto aprobado por Medicare es de \$0 a \$99. Si el monto aprobado por Medicare es de \$100 o más, usted paga 20 % del monto aprobado por Medicare. 20 % del monto aprobado por Medicare para monitores continuos de glucosa suministrados a través de un proveedor de DME. \$0 para monitores continuos de glucosa preferidos (es decir, Dexcom y Freestyle Libre) cuando se obtienen en farmacias de la red con receta. Es posible que se apliquen requisitos de autorización previa y otros límites El costo compartido se aplica a cada artículo

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) y suministros relacionados (continuación) presión positiva continua de las vías respiratorias (CPAP), no pueden devolverse al proveedor.	individual y se basa en el costo del artículo, independientemente de si se compra o alquila. Su costo compartido para la cobertura de equipos de oxígeno de Medicare es de 0 %-20 %, cada meses. Su costo compartido no cambiará después de estar inscrito durante 36 meses en VillageHealth. La autorización previa solo se requiere para ciertos artículos, incluidos entre otros, sillas eléctricas, colchones de aire, ventiladores domésticos y estimuladores óseos. Comuníquese con Servicios para Miembros para obtener más información.
Examen físico anual* Tiene cobertura para un examen físico de rutina por año. Este examen incluye servicios de laboratorio para la detección de enfermedades según sea necesario. * Este beneficio no se aplica al monto máximo de gastos de su bolsillo.	Proveedores dentro y fuera de la red \$0 copago por la visita al consultorio.
FlexEssentials* Tiene una cobertura de hasta \$125 por mes con la tarjeta FlexEssentials. Este monto se puede gastar en artículos de venta libre (OTC), comestibles y servicios públicos. Este beneficio se requiere que usted tenga ciertas afecciones crónicas que califiquen. Consulte “Beneficios suplementarios especiales para pacientes con enfermedades crónicas” más adelante en esta tabla para obtener más información.	\$0 copago Pueden aplicarse reglas de autorización previa

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
FlexEssentials* (continuación) * Este beneficio no se aplica al monto máximo de gastos de su bolsillo.	
Hospitalización: servicios cubiertos recibidos en un hospital o SNF durante una hospitalización no cubierta Si ha agotado sus beneficios para paciente internado o si la hospitalización no es razonable y necesaria, no cubriremos su hospitalización. Sin embargo, en algunos casos, cubriremos ciertos servicios que recibe mientras está en el hospital o en el centro de atención de enfermería especializada (SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios del médico • Análisis de diagnóstico (como los análisis de laboratorio) • Tratamiento con radiografías, radio e isótopos, incluidos los servicios y materiales de los técnicos • Vendajes quirúrgicos • Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones • Dispositivos ortésicos y protésicos (salvo los dentales) que sustituyen una parte o la totalidad de un órgano interno del cuerpo (incluso tejido contiguo), o bien una parte o la totalidad del funcionamiento de un órgano interno del cuerpo que no funciona bien o que permanentemente no funciona, incluso la sustitución o reparación de dichos dispositivos • Dispositivos ortopédicos para piernas, brazos, espalda y cuello; trusas; y piernas, brazos y ojos artificiales, incluso ajustes, reparaciones y sustituciones que se necesiten debido a roturas, desgaste, pérdida o cambio en el estado físico del paciente • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla	Usted paga el costo compartido correspondiente a estos servicios como si se los proporcionaran como paciente ambulatorio. Consulte la sección de beneficios aplicables en esta tabla. Pueden aplicarse reglas de autorización previa
 Inmunizaciones Los servicios cubiertos de la Parte B de Medicare incluyen: • Vacunas contra la neumonía • Vacunas (o vacunas) contra la gripe/influenza, una vez cada temporada de gripe/influenza en el otoño e invierno, con inyecciones (o vacunas) adicionales contra la gripe/influenza si son médicamente necesarias • Vacunas contra la hepatitis B si corre riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B • Vacunas para el COVID-19	Proveedores dentro y fuera de la red No se aplica coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra neumonía, gripe/influenza, hepatitis B y COVID-19.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
 Inmunizaciones (continuación) Otras vacunas si está en riesgo y cumplen con los lineamientos de cobertura de la Parte B de Medicare También cubrimos la mayoría de las demás vacunas para adultos según nuestro beneficio de medicamentos recetados de la Parte D. Consulte el Sección 8 del Capítulo 6 para obtener información adicional.	Pueden aplicarse costos compartidos para otros servicios que reciba durante la consulta.
Inscripción en un gimnasio* VillageHealth proporciona una membresía en los centros de acondicionamiento físico participantes. Puede seleccionar un gimnasio o un estudio de acondicionamiento de la red de instalaciones contratadas de VillageHealth. Las clases digitales de acondicionamiento físico en línea, así como un kit de acondicionamiento físico en el hogar, también están disponibles para los miembros que no residen cerca de un club o estudio participante o que prefieren hacer ejercicio en casa. Puede pedir un kit de acondicionamiento físico por año. Llame al Servicios para Miembros para obtener más información. * Este beneficio no se aplica al monto máximo de gastos de su bolsillo.	Dentro de la red \$0 copago por la membresía en los gimnasios y estudios participantes. La membresía incluye servicios estándar de gimnasio. No se incluye ningún servicio que requiera un cargo adicional. Fuera de la red Sin cobertura
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: - Medicamentos que, generalmente, el paciente no se autoadministra y que se aplican por medio de una inyección o infusión cuando usted recibe los servicios de un médico, en un hospital para pacientes ambulatorios o en un centro quirúrgico ambulatorio. - Insulina suministrada mediante un elemento de equipo médico duradero (como una bomba de insulina medicamento necesaria). - Otros medicamentos que se administran con equipos médicos duraderos (por ejemplo, nebulizadores) autorizados por el plan.	Proveedores dentro y fuera de la red \$0 para la quimioterapia de la Parte B y otros medicamentos de la Parte B recibidos en una farmacia. 0 %-20 % del monto aprobado por Medicare para la quimioterapia de la Parte B y otros medicamentos de la Parte B recibidos en cualquier otro entorno.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Medicamentos de la Parte B de Medicare (continuación) • El medicamento para el Alzheimer, Leqembi®, (nombre genérico lecanemab), que se administra por vía intravenosa. Además de los costos de los medicamentos, es posible que necesite exploraciones y pruebas adicionales antes o durante el tratamiento que podrían aumentar sus costos generales. Hable con su médico acerca de qué exploraciones y pruebas puede necesitar como parte de su tratamiento. • Factores de la coagulación que se autoadministra mediante una inyección si tiene hemofilia. • Medicamentos para trasplantes/inmunosupresores: Medicare cubre la terapia con medicamentos para trasplantes si Medicare pagó por su trasplante de órganos. Usted debe tener la Parte A en el momento del trasplante cubierto y debe tener la Parte B en el momento de recibir medicamentos inmunosupresores. Tenga en cuenta que la cobertura de medicamentos de Medicare (Parte D) cubre los medicamentos inmunosupresores si la Parte B no los cubre. • Medicamentos inyectables para la osteoporosis si usted no puede salir de su casa, tiene una fractura ósea que el médico confirma que se relacionó con la osteoporosis posmenopáusica y no puede autoadministrarse el medicamento. • Algunos antígenos: Medicare cubre los antígenos si un médico los prepara y una persona debidamente instruida (que podría ser usted, el paciente) los administra bajo la supervisión adecuada. • Ciertos medicamentos orales contra el 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 medicamento que, cuando se ingiere, se descompone en el mismo ingrediente activo que se encuentra en el medicamento inyectable) del medicamento inyectable. A medida que se disponga de nuevos medicamentos orales contra el cáncer, la Parte B podría cubrirlos. Si la Parte B no los cubre, la Parte D sí lo hace. • Fármacos orales contra las náuseas: Medicare cubre los medicamentos orales contra las náuseas que usa como parte de un régimen quimioterapéutico contra el cáncer si	\$0 de la insulina de la Parte B recibida en una farmacia y suministrada a través de un artículo de equipo médico duradero, como una bomba de insulina médicamente necesaria. No aplica un deducible. Usted no paga más que \$35 por un suministro de un mes de una insulina de la Parte B recibida en cualquier otro entorno y suministrada a través de un artículo de equipo médico duradero, como una bomba de insulina médicamente necesaria. No aplica un deducible. Pueden aplicarse reglas de autorización previa Algunos medicamentos de la Parte B de Medicare pueden estar sujetos a requisitos de terapia escalonada.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Medicamentos de la Parte B de Medicare (continuación) se administran antes, durante o dentro de las 48 horas posteriores a la quimioterapia o si se usan como un reemplazo terapéutico completo de un medicamento intravenoso contra las náuseas. • Ciertos medicamentos orales para la insuficiencia renal en etapa terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD) si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable y el beneficio de ESRD de la Parte B lo cubre. • Medicamentos calcimiméticos bajo el sistema de pago de ESRD, incluso el medicamento intravenoso Parsabiv® y el medicamento oral Sensipar®. • Ciertos medicamentos para diálisis en el hogar, incluida la heparina, el antídoto para la heparina, cuando sea médicamente necesario, y anestésicos tópicos. • Agentes estimulantes de la eritropoyesis: Medicare cubre la eritropoyetina por inyección si tiene insuficiencia renal en etapa terminal (ESRD) o si necesita este medicamento para tratar la anemia relacionada con otras afecciones. (como Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp® o Darbepoetin Alfa) • Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento en el hogar de enfermedades de inmunodeficiencia primaria. • Nutrición parenteral y enteral (alimentación intravenosa y por sonda). Algunos medicamentos de la Parte B de Medicare en las categorías enumeradas anteriormente pueden estar sujetos a requisitos terapia escalonada. Este enlace lo llevará a una lista de medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos a requisitos de terapia escalonada: www.scanhealthplan.com/part-b-step-therapy-preferred-drug-list. También cubrimos algunas vacunas según nuestra Parte B y la mayoría de las vacunas para adultos según nuestro beneficio de medicamentos recetados de la Parte D. El Capítulo 5 explica el beneficio para medicamentos con receta de la Parte D e indica las normas que deben seguirse a fin de recibir cobertura para los medicamentos con receta. Lo que usted paga por los medicamentos con receta de la Parte D a través de nuestro plan se incluye en el Capítulo 6.	

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
 Medición de la masa ósea Para las personas que reúnan los requisitos (generalmente, personas en riesgo de pérdida de la masa ósea o de osteoporosis), están cubiertos los siguientes servicios cada 24 meses o con mayor frecuencia si se considera médicamente necesario: procedimientos para identificar masa ósea, detectar pérdida de masa ósea o determinar la calidad ósea, incluso la interpretación de los resultados por parte del médico.	Proveedores dentro y fuera de la red No se requiere coseguro, copago ni deducible para la medición de la masa ósea cubierta por Medicare. Pueden aplicarse costos compartidos para otros servicios que reciba durante la consulta.
Observación hospitalaria para pacientes externos Los servicios de observación son servicios hospitalarios para pacientes externos proporcionados para determinar si necesita ser ingresado como paciente internado o puede ser dado de alta. 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, puede ser considerado un paciente externo. Si no está seguro de si es un paciente externo, consulte con el personal del hospital. Obtén más información en la hoja de datos de Medicare denominada <i>Beneficios Hospitalarios de Medicare</i>. La hoja de datos se encuentra disponible en www.Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.	Proveedores dentro y fuera de la red 20 % del monto aprobado por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Productos de venta libre (OTC)* Los miembros elegibles tienen una cobertura de hasta \$125 por mes para productos de salud de venta libre elegibles disponibles a través de tiendas minoristas seleccionadas. Este beneficio se ofrece en combinación con el beneficio de pago de comestibles y servicios públicos. Consulte “Beneficios complementarios especiales para enfermos crónicos” a continuación. * Este beneficio no se aplica al monto máximo de gastos de su bolsillo.	Dentro de la red \$0 por pedido Fuera de la red No cubiertos
 Profilaxis preexposición (PrEP) para la prevención del VIH Si no tiene HIV, pero su médico u otro profesional de la salud determinan que tiene un mayor riesgo de contraer el HIV, cubrimos los medicamentos de profilaxis previa a la exposición (PrEP) y los servicios relacionados. Si reúne los requisitos, los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Medicamento PrEP oral o inyectable aprobado por la FDA. Si recibe un medicamento inyectable, también cubrimos la tarifa por inyectarse el medicamento. • Hasta 8 sesiones de asesoramiento individual (incluida la evaluación del riesgo de HIV, la reducción del riesgo de HIV y la adherencia a la medicación) cada 12 meses. • Hasta 8 pruebas de detección del HIV cada 12 meses. Una única prueba de detección del virus de la hepatitis B.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para beneficios de PrEP.
Programa de Asistencia para la Memoria de Care (Care MAP)* Su plan ofrece un programa especializado, diseñado para brindar apoyo integral a los miembros que viven con afecciones de salud cerebral, como la demencia, y a sus cuidadores. Este beneficio tiene como objetivo mejorar la calidad de vida de los miembros, mejorar la coordinación de la atención y reducir la carga de los cuidadores a través de intervenciones personalizadas basadas en la evidencia que se centran en la salud cerebral y el manejo de la demencia.	\$0 copago Pueden aplicarse reglas de autorización previa

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Programa de Asistencia para la Memoria de Care (Care MAP)* (continuación) Care MAP proporciona acceso a un programa virtual de primera atención brindado por Isaac Health. El programa incluye, entre otros, lo siguiente: • Servicios de detección y evaluación integral: Evaluación de la función cognitiva o evaluaciones médicas integrales de la salud cerebral y la función cognitiva actuales del miembro. • Planes de atención personalizada: Desarrollo de planes de atención individualizada adaptados a las necesidades específicas del miembro, la etapa de su estado de salud cerebral y las preferencias personales. • Apoyo clínico especializado: Acceso a un equipo de atención especializado, que puede incluir neurólogos, geriatras, neuropsicólogos, asistentes sociales y orientadores de atención especializada en salud cerebral y atención de la demencia. • Orientación para la atención: Asistencia para navegar el sistema de salud, coordinar citas y conectar a los miembros y cuidadores con recursos comunitarios. • Rehabilitación cognitiva y estrategias compensatorias para el manejo de la función cognitiva. • Línea directa de asistencia las 24 horas del día, los 7 días de la semana: Asistencia en cualquier momento del día para necesidades relacionadas con la salud cerebral o la demencia. Este beneficio está disponible para los miembros diagnosticados con una condición de salud cerebral que califique, como la demencia. Isaac Health evaluará la elegibilidad para el programa en coordinación con SCAN y su médico de atención primaria. Póngase en contacto con Servicios para Miembros o con Isaac Health en www.myisaachealth.com o al 1-888-818-2059 para obtener más detalles. * Este beneficio no se aplica al monto máximo de gastos de su bolsillo.	

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
 Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP) Los servicios del Programa de prevención de la diabetes de Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP) estarán cubiertos para los beneficiarios elegibles de Medicare a través de todos los planes de salud de Medicare. 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.	Proveedores dentro y fuera de la red No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio de MDPP. Pueden aplicarse costos compartidos para otros servicios que reciba durante la consulta.
 Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal Una ecografía de detección por única vez para las personas en riesgo. El plan solo cubre esta prueba de detección si usted tiene ciertos factores de riesgo y si recibe una recomendación de parte de su médico, asistente médico, enfermero con práctica médica o especialista en enfermería clínica.	Proveedores dentro y fuera de la red No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para esta prueba de detección preventiva. Es posible que se apliquen costos compartidos para otros servicios que reciba durante la consulta.
 Prueba de detección de cáncer colorrectal Las siguientes pruebas de detección están cubiertas: • 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 un alto riesgo, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible anterior para pacientes que no tienen un alto riesgo de cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para pacientes de alto riesgo después de una colonoscopia de detección previa. • La colonografía por tomografía computarizada para pacientes de 45 años o más que no tienen un alto riesgo de cáncer colorrectal y está cubierta cuando han pasado al menos 59 meses después del mes en que se realizó la última colonografía por tomografía computarizada de	Proveedores dentro y fuera de la red No se requiere coseguro, copago ni deducible para el examen de detección de cáncer colorrectal cubierto por Medicare. Si su médico le detecta y extrae un pólipo u otro tejido durante la colonoscopia o sigmoidoscopia flexible, el examen de detección

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
 Prueba de detección de cáncer colorrectal (continuación) detección o han pasado 47 meses después del mes en que se realizó la última sigmoidoscopia flexible de detección o colonoscopia de detección. Para los pacientes con alto riesgo de cáncer colorrectal, se puede realizar el pago de una colonografía por tomografía computarizada de detección realizada después de que hayan pasado 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 o más. Una vez cada 120 meses para pacientes que no tienen un alto riesgo después de que el paciente se sometió a una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para pacientes de alto riesgo desde la última sigmoidoscopia flexible o colonografía por tomografía computarizada. • Pruebas de detección de sangre oculta en heces para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 12 meses • DNA en heces multiobjetivo para pacientes de 45 a 85 años de edad que no cumplen los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Análisis de sangre para la detección de biomarcadores destinados a pacientes de 45 a 85 años de edad que no cumplen los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de seguimiento que una prueba de detección del cáncer colorrectal no invasiva basada en heces cubre Medicare dé un resultado positivo. • Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una sigmoidoscopia flexible de detección planificada o una colonoscopia de detección que implica la extracción de tejido u otra materia, u otro procedimiento proporcionado en relación con, como resultado de y en el mismo encuentro clínico que la prueba de detección.	se convierte en un examen de diagnóstico. Si durante su prueba de detección, se requiere un procedimiento de diagnóstico, usted no será responsable de los copagos adicionales. La colonoscopia virtual no es un procedimiento cubierto. Pueden aplicarse costos compartidos para otros servicios que reciba durante la consulta.
 Prueba de detección de cáncer de cuello de útero y de vagina Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Para todas las mujeres: pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses • Si corre alto riesgo de padecer cáncer de cuello de útero o ha obtenido un resultado anormal en una prueba de	Proveedores dentro y fuera de la red No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
 Prueba de detección de cáncer de cuello de útero y de vagina (continuación) Papanicolaou en los últimos 3 años y está en edad de procrear: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses	Papanicolaou y los exámenes pélvicos preventivos cubiertos por Medicare. Pueden aplicarse costos compartidos para otros servicios que reciba durante la consulta. No necesita una recomendación para una consulta de atención preventiva rutinaria con un obstetra ginecólogo dentro de su red.
 Prueba de detección de cáncer de mama (mamografías) Los servicios cubiertos incluyen: • Una mamografía inicial entre las edades de 35 y 39 años de edad • Una mamografía exploratoria cada 12 meses para aquellas mujeres de 40 años de edad y mayores • Exámenes mamarios clínicos cada 24 meses	Proveedores dentro y fuera de la red No se requiere coseguro, copago ni deducible para mamografías de detección cubiertas. No necesita una recomendación para una mamografía anual dentro de su red (1 examen cada 12 meses). La mamografía preventiva rutinaria no incluye una imagen por resonancia magnética (MRI).
 Prueba de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT) Para las personas que reúnen los requisitos, se cubre una (Low Dose Computed Tomography, LDCT) cada 12 meses. Los miembros elegibles deben cumplir con los siguientes requisitos tener entre 50 a 77 años y no tener signos ni síntomas de cáncer de pulmón, pero tener antecedentes como fumadores de tabaco de, al menos, 1 paquete al día durante	Proveedores dentro y fuera de la red No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta de asesoramiento y de toma

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
 Prueba de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT) (continuación) 20 años y ser fumadores actualmente o haber dejado de fumar en los últimos 15 años y recibir un pedido 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. <i>Para poder realizarse una prueba de detección de cáncer de pulmón después de una prueba de detección inicial con una LDCT:</i> los miembros deben recibir un pedido 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.	de decisiones compartidas cubierta por Medicare o para la tomografía computarizada de baja dosis (LDCT). Pueden aplicarse costos compartidos para otros servicios que reciba durante la consulta.
 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 o tratamiento de seguimiento.	Proveedores dentro y fuera de la red No se aplica coseguro, copago ni deducible para la consulta anual de detección de depresión. Pueden aplicarse costos compartidos para otros servicios que reciba durante la consulta.
 Prueba de detección de diabetes Cubrimos esta prueba (incluidas pruebas rápidas de glucosa) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), niveles históricos anormales de triglicéridos y colesterol (dislipidemia), obesidad o historial de niveles elevados de azúcar en sangre (glucosa). Los exámenes también pueden ser cubiertos si cumple con otros	Proveedores dentro y fuera de la red No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
 Prueba de detección de diabetes (continuación) requisitos, como tener sobrepeso y tener antecedentes familiares de diabetes. Puede ser elegible para realizarse hasta dos pruebas de detección de diabetes cada 12 meses después de la fecha de su prueba de detección de diabetes más reciente.	Pueden aplicarse costos compartidos para otros servicios que reciba durante la consulta.
 Prueba de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y asesoramiento para prevenirlas Cubrimos pruebas de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) como clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas de detección están cubiertas para las mujeres embarazadas y para ciertas personas que se encuentran en un mayor riesgo de infecciones por ETS cuando el proveedor de atención primaria las solicita. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertas etapas durante el embarazo. También cubrimos hasta dos sesiones personales muy intensivas de asesoramiento conductual de 20 a 30 minutos por año, para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de infecciones por ETS. Solo cubriremos estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo si son brindadas por un proveedor de atención primaria y se realizan en un establecimiento de atención primaria, como en un consultorio del médico.	Proveedores dentro y fuera de la red No se aplica coseguro, copago ni deducible para beneficios preventivos de pruebas de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y asesoramiento para prevenirlas cubiertos por Medicare. Pueden aplicarse costos compartidos para otros servicios que reciba durante la consulta.
 Prueba de detección de obesidad y tratamiento para fomentar la pérdida de peso continua Si usted tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos asesoramiento intensivo para ayudarlo a perder peso. Este asesoramiento está cubierto si usted lo recibe en un establecimiento de atención primaria, donde se puede coordinar con su plan integral de prevención. Para obtener más información, consulte con su médico o profesional de atención primaria.	Proveedores dentro y fuera de la red No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección y los tratamientos preventivos de obesidad. Pueden aplicarse costos compartidos para otros servicios que reciba durante la consulta.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
 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: • Una prueba de detección cada 12 meses Para mujeres embarazadas, cubrimos: • Hasta tres pruebas de detección durante el embarazo	Proveedores dentro y fuera de la red No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para pruebas de detección de VIH preventivas cubiertas por Medicare. Es posible que se apliquen costos compartidos para otros servicios que reciba durante la consulta.
 Prueba de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol Cubrimos una prueba de detección de abuso de alcohol para adultos con Medicare (incluidas mujeres embarazadas) que abusan del alcohol pero que no son dependientes. 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.	Proveedores dentro y fuera de la red No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de detección y asesoramiento para reducir el consumo inadecuado de alcohol cubierto por Medicare. Pueden aplicarse costos compartidos para otros servicios que reciba durante la consulta.
 Pruebas de detección de cáncer de próstata Para los hombres de 50 años o más, los servicios cubiertos incluyen los siguientes estudios una vez cada 12 meses: • Tacto rectal • Análisis del antígeno prostático específico (Prostate Specific Antigen, PSA)	Proveedores dentro y fuera de la red No se requiere coseguro, copago ni deducible para un análisis de PSA anual o un examen rectal digital.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
 Pruebas de detección de cáncer de próstata (continuación)	Pueden aplicarse costos compartidos para otros servicios que reciba durante la consulta.
 Pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas al riesgo elevado de enfermedades cardiovasculares) una vez cada 5 años (60 meses).	Proveedores dentro y fuera de la red No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares que se cubren una vez cada 5 años. Pueden aplicarse costos compartidos para otros servicios que reciba durante la consulta.
Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Radiografías • Radiación (radioterapia y terapia isotópica), incluidos materiales y servicios de técnicos • Suministros quirúrgicos, tales como apósitos • Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y luxaciones • Análisis de laboratorio • Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y de concentrado de glóbulos rojos (así como también de otros componentes de la sangre) comienza a partir de la primera pinta de sangre que usted necesite. • Pruebas de diagnóstico que no son análisis de laboratorio, como tomografías computarizadas (CT), resonancias magnéticas (MRI), electrocardiogramas (EKG) y tomografías por emisión de positrones (PET) cuando su médico u otro profesional de la salud les ordena tratar un problema médico.	Usted paga lo siguiente en centros dentro y fuera de la red: Radiografías estándar 20 % del monto aprobado por Medicare. Servicios estándares de laboratorio \$0 copago

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos (continuación) Otras pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios Quizás deba pagar un costo compartido adicional por servicios recibidos en un entorno ambulatorio, lo que incluye, entre otros, medicamentos de la Parte B y análisis radiológicos. Consulte la sección “Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare” en esta tabla.	Procedimientos y pruebas de diagnóstico estándar 20 % del monto aprobado por Medicare. Algunos ejemplos de servicios de diagnóstico no radiológicos incluyen electrocardiogramas (EKG), pruebas de función pulmonar, estudios del sueño y pruebas de esfuerzo en caminadora. Servicios relacionados con la sangre \$0 copago Suministros médicos Usted paga \$0 copago para artículos cuando el monto aprobado por Medicare es de \$0 a \$99. Si el monto aprobado por Medicare es de \$100 o más, usted paga 20 % del monto aprobado por Medicare. Procedimientos radiológicos terapéuticos (como radioterapia y procedimientos Gamma Knife y Cyber Knife) 20 % del monto aprobado por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos (continuación)	Procedimientos radiológicos de diagnóstico (exploraciones especializadas como tomografía computarizada [TC], imagen por resonancia magnética [RMI], tomografía computarizada por emisión de fotones individuales [SPECT], angiografía por resonancia magnética [MRA], mielograma, cistografía, ultrasonido y gammagrafías de diagnóstico) 20 % del monto aprobado por Medicare.
Servicios auditivos Las evaluaciones auditivas de diagnóstico y las relacionadas con el equilibrio realizadas por proveedor para determinar si usted necesita tratamiento médico se cubren como atención para pacientes externos cuando las proporciona un médico, un audiólogo u otro proveedor calificado.	Dentro y fuera de la red 20 % del monto aprobado por Medicare por cada visita al consultorio.
Servicios de acupuntura para el dolor crónico de la espalda baja (cubierta por Medicare) Los servicios cubiertos incluyen: Hasta 12 visitas en 90 días están cubiertas para los beneficiarios de Medicare en las siguientes circunstancias: A los fines de este beneficio, el dolor crónico en la Parte Baja de la espalda se define como: • de una duración de 12 semanas o más; • no específico, que no tiene una causa sistémica identificable (es decir, no está relacionado con una enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.); • no está asociado con una cirugía; y • no está relacionado con el embarazo.	Proveedores dentro y fuera de la red \$0 copago por cada visita al consultorio.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios de acupuntura para el dolor crónico de la espalda baja (cubierta por Medicare) (continuación) Se cubrirán ocho sesiones adicionales para los pacientes que demuestren mejoría. Es posible administrar como máximo 20 tratamientos de acupuntura por año. El tratamiento debe interrumpirse si el paciente no mejora o si empeora. Requisitos del proveedor: Los médicos (como se define en la sección 1861(r)(1) de la Ley del Seguro Social (la Ley)) pueden brindar sesiones de acupuntura de conformidad con los requisitos estatales vigentes. Los asistentes médicos (Physician assistants, PA), enfermeros practicantes (nurse practitioners, NP)/ especialistas en enfermería clínica (clinical nurse specialists, CNS) (como se identificó en la sección 1861(aa) (5) de la Ley) y el personal auxiliar pueden brindar sesiones de acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales vigentes y tienen: • 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. El personal auxiliar que brinda sesiones de acupuntura debe estar debidamente supervisado por un médico, PA o NP/CNS según lo requieren nuestras reglamentaciones en las secciones §§ 410.26 y 410.27 del Título 42 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR).	
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 de transporte aéreo de ala fija y rotatoria y terrestre al centro adecuado más cercano que pueda proveer el atención médica solo si se brindan a un miembro cuya afección médica sea tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro la salud de la persona o si	Dentro de la red y Fuera de la red 20 % del monto aprobado por Medicare por cada viaje.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios de ambulancia (continuación) están autorizados por el plan. Si los servicios de ambulancia cubiertos no son para una situación de emergencia, debe documentado que la afección del miembro es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro la salud de la persona y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario. Los servicios de ambulancia de emergencia están cubiertos. Consulte Capítulo 3, Sección 3.1 para obtener información adicional. No se aplicará copago para los traslados programados que no sean de emergencia entre centros de salud, tales como: • De un hospital para pacientes en estado grave a otro hospital para pacientes en estado grave. • De un hospital para pacientes en estado grave a un centro de enfermería especializada (SNF) • De un SNF a un centro médico que brinde servicios o tratamientos cubiertos que no estén disponibles en el SNF, incluidos los centros de diálisis. (La atención de urgencia y los consultorios médicos no se consideran centros a los efectos de este beneficio). Los servicios de intercepción de paramédicos están cubiertos en circunstancias limitadas según lo define Medicare.	El costo compartido se aplica a cada viaje de ida.
Servicios de hospitalización en un hospital psiquiátrico Los servicios cubiertos incluyen servicios de salud mental que requieren hospitalización. Tiene una cobertura de 90 días por cada período de beneficio. Un período de beneficios comienza el día en que usted ingresa a un hospital o a un centro de enfermería especializada y finaliza cuando no ha recibido atención hospitalaria como paciente internado (o atención especializada en un SNF) por 60 días consecutivos. Un nuevo período de beneficios ocurre cuando usted ingresa a un hospital o a un centro de enfermería especializada, una vez finalizado el período anterior. El número de períodos de beneficios es ilimitado. Existe un límite de 190 días, durante la vida del afiliado, para servicios de pacientes internados en un hospital psiquiátrico independiente. El límite de 190 días no se aplica a los servicios de salud mental provistos en una unidad psiquiátrica de un hospital general.	Proveedores dentro y fuera de la red Para las estancias de salud mental como paciente internado, usted paga por período de beneficios: \$1,676 deducible por cada período de beneficios. Días 1-60: \$0 copago por cada período de beneficio. Días 61-90: \$419 copago por día de cada período de beneficio.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios de hospitalización en un hospital psiquiátrico (continuación)	Días 91 y siguientes: \$838 de copago por cada día de reserva de por vida después del día 90 para cada período de beneficios (hasta 60 días a lo largo de su vida). Más allá de los días de reserva de por vida: todos los costos. Estos son 2025 del monto del costo compartido y puede cambiar para 2026. VillageHealth le proporcionará las tarifas actualizadas tan pronto sean publicadas. Un deducible por admisión se aplica una vez durante el período de beneficios definido. Sus beneficios para pacientes internados se basan en la fecha de admisión. Si ingresa en un centro de salud mental para pacientes internados en 2026 y no es dado de alta hasta 2027, los copagos de 2026 se aplicarán hasta que no haya recibido ningún tipo de cuidado como

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios de hospitalización en un hospital psiquiátrico (continuación)	paciente internado en un hospital para pacientes en estado grave, un centro de enfermería especializada o cualquier centro de salud mental para pacientes internados por 60 días seguidos. Pueden aplicarse reglas de autorización previa
Servicios de hospitalización parcial y servicios ambulatorios intensivos <i>La hospitalización parcial es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo proporcionado como un servicio ambulatorio hospitalario o por un centro de salud mental de la comunidad, que es más intenso que la atención recibida en el consultorio de su médico, terapeuta, terapeuta matrimonial y familiar con licencia (licensed marriage and family therapist, LMFT) o consejero profesional con licencia y es una alternativa a la hospitalización.</i> <i>El servicio ambulatorio intensivo es un programa estructurado de tratamiento activo de terapia de salud conductual (mental) proporcionado en un departamento ambulatorio del hospital, un centro de salud mental de la comunidad, un centro de salud de calificación federal o una clínica de salud rural que es más intenso que la atención recibida en el consultorio de su médico, terapeuta, terapeuta matrimonial y familiar con licencia (LMFT) o consejero profesional con licencia, pero menos intenso que la hospitalización parcial.</i> La hospitalización parcial también incluye el tratamiento de dependencia de químicos.	Proveedores dentro y fuera de la red \$0 copago por cada visita de hospitalización parcial.
Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico Los servicios cubiertos incluyen: • Atención médica médicamente necesaria o servicios de cirugía proporcionados en el consultorio de un médico, centro quirúrgico ambulatorio certificado, departamento ambulatorio del hospital o cualquier otro centro • Consulta, diagnóstico y tratamiento a cargo de un especialista	Proveedores dentro y fuera de la red Consulta de atención primaria \$0 copago por cada visita al consultorio.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico (continuación) • Exámenes básicos de audición y equilibrio realizados por su PCP, si su médico lo ordena para ver si necesita tratamiento médico • Servicios de telesalud para visitas mensuales relacionadas con la enfermedad renal en etapa terminal para miembros de diálisis domiciliaria en un centro de diálisis renal hospitalario o de acceso crítico, centro de diálisis renal o en el hogar del miembro • Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un accidente cerebrovascular, independientemente de su ubicación • Servicios de telesalud para miembros con trastorno por consumo de sustancias o trastorno de salud mental concurrente, independientemente de su ubicación • Servicios de telesalud para diagnóstico, evaluación y tratamiento de trastornos de salud mental si: ◦ Tiene una visita en persona dentro de los 6 meses anteriores a su primera visita de telesalud. ◦ Tiene una visita en persona cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud. ◦ Se pueden hacer excepciones a lo anterior para ciertas circunstancias. • Servicios de telesalud para visitas de salud mental proporcionadas por clínicas de salud rural y centro de salud de calificación federal. • Chequeos virtuales (por ejemplo, por teléfono o video chat) con su médico durante 5 a 10 minutos si: ◦ No es un paciente nuevo y ◦ el chequeo no está relacionado con una visita al consultorio en los últimos 7 días y ◦ el chequeo no conduce a una visita al consultorio dentro de las 24 horas o la cita más pronto disponible • Evaluación del video o las imágenes que envía a su médico, e interpretación y seguimiento por parte de su médico dentro de 24 horas si: ◦ Usted no es un paciente nuevo y ◦ la evaluación no está relacionada con una visita al consultorio en los últimos 7 días y ◦ la evaluación no conduce a una visita al consultorio dentro de las 24 horas o la cita más rápida disponible	Visita al especialista \$0 copago por cada visita al consultorio.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico (continuación) • Consulta que su médico tiene con otros médicos por teléfono, Internet o registro electrónico de salud • Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de la cirugía (consulte la sección “Cómo obtener una segunda opinión” más adelante en este capítulo) • Pruebas de alergia y tratamiento realizados en el consultorio de un médico (la cobertura incluye suero para alergias y servicios de inyección) Se aplicarán pagos de coseguro para los medicamentos inyectables e intravenosos cubiertos por Medicare para pacientes ambulatorios administrados en un entorno de atención médica en el consultorio médico. Consulte la sección “Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare” en esta tabla.	
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) • Atención de rutina de los pies para los miembros que padecen determinadas afecciones médicas que comprometen las extremidades inferiores	Dentro y fuera de la red 20 % Coseguro para visitas a un especialista en podología de su grupo médico.
Servicios de quiropráctica Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Solo cubrimos la manipulación de la columna vertebral para corregir subluxaciones	Proveedores dentro y fuera de la red 20 % del monto aprobado por Medicare por cada visita.
Servicios de rehabilitación cardíaca Programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicios, educación y asesoramiento que están cubiertos para miembros que cumplen con determinadas condiciones con una recomendación del médico. El plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca que son habitualmente más rigurosos o intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.	Proveedores dentro y fuera de la red 20 % del monto aprobado por Medicare por cada visita en el consultorio.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
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 ambulatorios de hospitales, consultorios de terapeutas independientes y Centros de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facilities, CORFs).	Proveedores dentro y fuera de la red Terapia ocupacional \$0 copago por cada visita al consultorio o la clínica. Fisioterapia o terapia del habla y el lenguaje \$0 copago por cada visita al consultorio o la clínica.
Servicios de rehabilitación pulmonar Los programas intensivos de rehabilitación pulmonar están cubiertos para miembros que padecen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD) de moderada a grave y tienen un orden del médico que atiende su enfermedad respiratoria crónica para comenzar una terapia de rehabilitación pulmonar.	Proveedores dentro y fuera de la red 20 % del monto aprobado por Medicare por cada visita de rehabilitación pulmonar.
Servicios de telesalud* Telesalud para atención de urgencias Este beneficio le permite realizar una consulta con un médico certificado desde la comodidad de su hogar. Este beneficio aplica a afecciones que no ponen en riesgo la vida, por ejemplo, la tos, la gripe, las náuseas, el dolor de garganta, la fiebre y las alergias. El servicio de telesalud para la atención de urgencias está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Las visitas de telesalud para la atención de urgencias con los médicos se pueden realizar mediante capacidades de video seguras desde su computadora, tableta o teléfono inteligente. El servicio de telesalud para la atención de urgencias no pretende reemplazar al médico de atención primaria ni al especialista. Cuando llame o inicie sesión por primera vez, deberá configurar una cuenta y registrar su información. Telesalud para salud conductual Este beneficio le permite conectarse, y con cita previa, con psicólogos matriculados, terapeutas de nivel de maestría o	\$0 por cada visita virtual.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios de telesalud* (continuación) psiquiatras a través de visitas por video los 7 días de la semana. La programación flexible permite acceder a visitas durante la noche, los fines de semana y, muchas veces, en el mismo día. Las visitas de telesalud para salud conductual con los especialistas se pueden realizar mediante capacidades de video seguras desde su computadora, tableta o teléfono inteligente. El servicio de telesalud para la salud conductual no pretende reemplazar al médico de atención primaria ni al especialista. Para acceder al servicio de telesalud para la salud conductual, deberá acceder a través de una aplicación o a través del sitio web de SCAN. Cuando llame o inicie sesión por primera vez, deberá configurar una cuenta y registrar su información. Para obtener más información sobre este beneficio, visite el sitio web de SCAN Health Plan en www.villagehealthca.com. * Este beneficio no se aplica al monto máximo de gastos de su bolsillo.	
Servicios de tratamiento y manejo del dolor crónico Servicios mensuales cubiertos para personas que viven con dolor crónico (dolor persistente o recurrente que dura más de 3 meses). Los servicios pueden incluir la evaluación del dolor, el manejo de la medicación y la coordinación y planificación de la atención.	El costo compartido de este servicio variará según los servicios individuales proporcionados durante el curso del tratamiento.
Servicios de urgencia Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata pero que no es una emergencia se considera un servicio urgentemente necesario si se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan, o incluso si está dentro del área de servicio del plan y dado su tiempo, lugar y circunstancias no es razonable obtener este servicio de los proveedores de la red con los cuales el plan tiene contrato. Su plan debe cubrir los servicios urgentemente necesarios y solo cobrarle los costo compartido dentro de la red. Algunos ejemplos de servicios urgentemente necesarios son enfermedades y lesiones médicas imprevistas o brotes inesperados de afecciones existentes. Sin embargo, las visitas de rutina al proveedor médicamente necesarias (como los	Dentro y fuera de la red \$0 copago por cada visita.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios de urgencia (continuación) chequeos anuales) no se consideran urgentes, incluso si se encuentra fuera del área de servicio del plan o si la red del plan no está disponible temporalmente. No tiene cobertura fuera de los Estados Unidos, excepto en circunstancias limitadas, según lo define Medicare. Se aplicarán pagos de coseguro para los medicamentos inyectables e intravenosos cubiertos por Medicare para pacientes ambulatorios administrados en un entorno de atención médica de urgencia. Consulte la sección “Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare” en esta tabla.	
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 los 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 de los Estados Unidos (FDA) y medicamentos agonistas y antagonistas para tratamiento asistido por medicamentos (Medication-Assisted Treatment, MAT) • Suministro y administración de medicamentos de MAT (si corresponde) • Asesoramiento sobre trastornos por consumo de sustancias • Terapia individual y grupal • Pruebas toxicológicas • Actividades de admisión • Evaluaciones periódicas	Proveedores dentro y fuera de la red 20 % del monto aprobado por Medicare.
Servicios dentales (cubiertos por Medicare) En general, los servicios dentales preventivos (como las limpiezas, los exámenes dentales de rutina y las radiografías dentales) no están cubiertos por Original Medicare. Sin embargo, Medicare paga actualmente los servicios dentales en un número limitado de circunstancias, concretamente cuando el servicio forma parte integral del tratamiento específico de la enfermedad primaria del beneficiario. Algunos ejemplos son la reconstrucción de la mandíbula tras una	Proveedores dentro y fuera de la red 20 % del monto aprobado por Medicare por cada visita en el consultorio.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios dentales (cubiertos por Medicare) (continuación) fractura o lesión, las extracciones dentales realizadas como preparación para la radioterapia de un cáncer que afecte a la mandíbula, o los exámenes bucales previos a un trasplante de riñón. Además, cubrimos: • Cirugía oral médicamente necesaria que no esté relacionada con los dientes y las estructuras de soporte • Cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas • Ajuste de fracturas de la mandíbula o los huesos faciales • Extracción de dientes para preparar la mandíbula para tratamientos de radiación de enfermedades neoplásicas • Servicios dentales previos al trasplante cubiertos por Medicare • Tratamiento de malformaciones congénitas, quistes y neoplasias Consulte la sección “Servicios que no cubrimos (exclusiones)” más adelante en este capítulo para obtener información sobre procedimientos dentales adicionales que no están cubiertos.	
Servicios dentales (de rutina/no cubiertos por Medicare)* Además de los servicios mencionados arriba, VillageHealth ofrece los siguientes servicios dentales de rutina: • Examen oral: hasta las 2 visitas todos los años • Limpieza dental: hasta las 2 visitas todos los años • Tratamiento con flúor: hasta las 2 visitas todos los años Este beneficio también incluye hasta \$2,000 para servicios dentales integrales por año. Su plan dental no cubre todos los códigos de procedimientos dentales, procedimientos cosméticos, ortodoncia, procedimientos experimentales ni aparatos perdidos o robados. Cualquier código de procedimiento dental que no figure en la lista de tarifas de DentaQuest no está cubierto y será responsabilidad financiera del miembro. VillageHealth ofrece servicios dentales de rutina a través de la red de proveedores dentales de DentaQuest. Estos proveedores contratados han acordado aceptar el monto permitido como pago total por los servicios cubiertos por el plan. Los proveedores fuera de la red no han acordado aceptar el monto permitido y podrían cobrar la diferencia entre el monto facturado y el monto del pago, además de cualquier	Dentro de la red: Servicios preventivos: \$0 copago Servicios integrales: \$0 copago Fuera de la red: Servicios preventivos: \$0 copago Servicios integrales: 50 % coseguro El costo compartido del miembro se aplica al monto permitido, hasta el máximo anual de \$2,000. Usted paga cualquier costo restante que exceda lo que cubre VillageHealth. Cualquier parte no utilizada del

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios dentales (de rutina/no cubiertos por Medicare)* (continuación) costo compartido aplicable para el miembro. Esto se conoce como facturación de saldo. Para obtener una descripción completa de los códigos de procedimientos dentales cubiertos y las limitaciones, exclusiones y/o reglas de autorización previa aplicables, consulte la tabla de tarifas DentaQuest. Los miembros que no hayan tenido visitas dentales regulares (al menos una vez cada seis meses) o que hayan sido diagnosticados con enfermedad periodontal podrían necesitar raspado periodontal, alisado radicular o desbridamiento completo antes de que se les pueda brindar una limpieza dental de rutina (profilaxis). Es posible que tenga que pagar un costo adicional por estos servicios. * Este beneficio no se aplica al monto máximo de gastos de su bolsillo.	máximo anual al final del año vencerá. Pueden aplicarse reglas de autorización previa a los servicios dentales integrales.
Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (skilled nursing facility, SNF) (En el Capítulo 12 de este documento, encontrará una definición de centro de atención de enfermería especializada. Los centros de atención de enfermería especializada a veces se denominan SNF). Tiene una cobertura de 100 días por cada período de beneficio. No se requiere una hospitalización previa. Debe cumplir con los criterios de necesidad médica para la atención especializada diaria y debe recibir la atención de, o bajo la supervisión de, personal especializado de enfermería o terapia. Un período de beneficios comienza el día en que usted ingresa a un hospital o a un centro de enfermería especializada y finaliza cuando no ha recibido atención hospitalaria como paciente internado (o atención especializada en un SNF) por 60 días consecutivos. Un nuevo período de beneficios ocurre cuando usted ingresa a un hospital o a un centro de enfermería especializada, una vez finalizado el período anterior. El número de períodos de beneficios es ilimitado. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario)	Dentro de la red Días 1-20: \$0 copago por cada período de beneficio. Días 21-100: \$209.50 copago por día de cada período de beneficio. Día 101 en adelante: todos los costos Estos son 2025 del monto del costo compartido y puede cambiar para 2026. VillageHealth le proporcionará las tarifas actualizadas tan pronto sean publicadas. Se aplican reglas de autorización previa Fuera de la red Sin cobertura.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (skilled nursing facility, SNF) (continuación) • Comidas, incluidas dietas especiales • Servicios de enfermería especializada • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Medicamentos administrados como parte del plan de atención (esto incluye sustancias naturalmente presentes en el organismo, como los factores de coagulación de la sangre). • Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y de concentrado de glóbulos rojos (así como también de otros componentes de la sangre) comienza a partir de la primera pinta de sangre que usted necesite. • Suministros médicos y quirúrgicos que habitualmente proveen los SNF • Pruebas de laboratorio que habitualmente proveen los SNF • Radiografías y otros servicios de radiología que habitualmente proveen los SNF • Uso de aparatos, como sillas de ruedas, que habitualmente proveen los SNF • Servicios de médicos o profesionales Generalmente, obtendrá la atención de los SNF en los centros de la red. No obstante, en determinadas condiciones que se detallan más abajo, es posible que pueda pagar el gasto 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 los jubilados donde estaba viviendo justo antes de ir al hospital (siempre que brinde los servicios de Un SNF) • Un SNF donde su cónyuge o pareja de hecho esté viviendo en el momento en que usted se retire del hospital	Sus beneficios de centros de enfermería especializada están basados en la fecha de admisión. Si ingresa en un centro de enfermería especializada en 2026 y no recibe el alta hasta 2027, los copagos de 2026 se aplicarán hasta que no haya recibido ningún tipo de cuidado como paciente internado en un hospital para pacientes en estado grave, un SNF o cualquier centro de salud mental para pacientes internados por 60 días seguidos.
Servicios hospitalarios para pacientes externos Cubrimos servicios médicamente necesarios que se le hayan brindado en el departamento para pacientes ambulatorios de un hospital para diagnóstico y tratamiento de una enfermedad o lesión.	

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios hospitalarios para pacientes externos (continuación) Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: Servicios en un departamento de emergencias o en una clínica ambulatoria, como servicios de observación o cirugía ambulatoria	Servicios de emergencia Consulte la sección “Atención de emergencia” en esta tabla. Servicios de observación Consulte las secciones “Atención de emergencia” o “Cirugías ambulatorias, incluidos servicios prestados en centros hospitalarios ambulatorios y centros quirúrgicos ambulatorios” en esta tabla. Cirugía ambulatoria Consulte la sección “Cirugías ambulatorias, incluidos servicios prestados en centros hospitalarios ambulatorios y centros quirúrgicos ambulatorios” en esta tabla.
- Pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital - Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital - Suministros médicos como férulas y yesos	Pruebas de laboratorio y de diagnóstico, radiografías, servicios de radiología y suministros médicos Consulte la sección “Pruebas de diagnóstico y servicios terapéuticos ambulatorios y suministros” en esta tabla.
Atención de la salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que se requeriría tratamiento como paciente internado sin ella	Atención de la salud mental y hospitalización parcial Consulte las secciones “Atención de salud mental

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios hospitalarios para pacientes externos (continuación) - Atención por dependencia química, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que se requeriría tratamiento como paciente internado sin ella - Ciertos medicamentos y productos biológicos que no puede autoadministrarse Nota: A menos que el proveedor indique por escrito su hospitalización, usted será considerado un paciente ambulatorio y, por lo tanto, deberá pagar los montos de la distribución de costos correspondientes a los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un “paciente externo”. Si no tiene la certeza de ser un paciente ambulatorio, consulte con el personal del hospital.	para pacientes ambulatorios” y “Servicios de hospitalización parcial” en esta tabla. Atención para la dependencia de sustancias químicas Consulte la sección “Servicios ambulatorios para trastornos por abuso de sustancias” en esta tabla. Medicamentos y productos biológicos que no se pueden autoadministrar Consulte la sección “Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare” en esta tabla.
 Servicios para dejar de fumar y consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco) El asesoramiento para dejar de fumar y consumir tabaco está cubierto para pacientes ambulatorios y hospitalizados que cumplan con estos criterios: - Consumir tabaco, independientemente de si presenta signos o síntomas de una enfermedad relacionada con el tabaco. - Ser competentes y estar alertas durante el asesoramiento. - Un médico calificado u otro profesional reconocido por Medicare proporciona asesoramiento. Cubrimos 2 intentos de dejar de fumar por año (cada intento puede incluir un máximo de 4 sesiones intermedias o intensivas, y el paciente puede recibir hasta 8 sesiones por año).	Proveedores dentro y fuera 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. Pueden aplicarse costos compartidos para otros servicios que reciba durante la consulta.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios para tratar enfermedades renales Los servicios cubiertos incluyen: • Servicios educativos sobre la enfermedad renal para enseñar sobre el cuidado del riñón y ayudar a los miembros a tomar decisiones fundadas sobre su cuidado. Para los miembros con enfermedad renal crónica en etapa IV cuando reciben la derivación del médico, cubrimos hasta seis sesiones de los servicios educativos sobre la enfermedad renal de por vida. • Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios (incluidos los tratamientos de diálisis cuando está transitoriamente fuera del área de servicio, tal como se explica en Capítulo 3, o cuando el proveedor de este servicio no está disponible o no se pueda acceder a él temporalmente) • Tratamientos de diálisis para pacientes internados (si es admitido en el hospital para recibir atención especial) • Capacitación para autodiálisis (incluye capacitación para usted y para cualquier otra persona que lo ayude con los tratamientos de diálisis en el hogar) • Equipamiento y suministros de diálisis para el hogar • Determinados servicios de apoyo a domicilio (por ejemplo, si es necesario, recibir visitas de trabajadores capacitados y especializados en diálisis para controlar las diálisis en su casa, para ayudar en casos de emergencia y para revisar su equipo para diálisis y el suministro de agua) Determinados medicamentos para diálisis están cubiertos por el beneficio de medicamentos de la Parte B de Medicare. Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte B, consulte la sección Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare. La diálisis de rutina no está cubierta fuera de los Estados Unidos ni sus territorios.	Proveedores dentro y fuera de la red Servicios educativos sobre la enfermedad renal 20 % del monto aprobado por Medicare. Servicios de diálisis 20 % del monto aprobado por Medicare por cada tratamiento de diálisis cubierto por Medicare. La diálisis recibida en un hospital como paciente internado estará cubierta por el beneficio de servicios de hospitalización.
Servicios por trastornos por uso de sustancias tóxicas para pacientes externos Tiene cobertura para servicios destinados al tratamiento de la dependencia química en un entorno ambulatorio (terapia grupal o individual).	Proveedores dentro y fuera de la red 20 % del monto aprobado por Medicare por cada visita de terapia grupal o individual.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Sistema personal de respuesta a emergencias (PERS)* Una unidad electrónica para el hogar o colgante para el cuello disponible para los miembros que cumplan con criterios específicos. Comuníquese con Servicios para Miembros para obtener más información (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este documento). * Este beneficio no se aplica al monto máximo de gastos de su bolsillo.	Dentro de la red \$0 copago Fuera de la red Sin cobertura
Terapia de ejercicios supervisada (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 y una remisión para PAD del médico responsable del tratamiento de la PAD. Se cubren hasta 36 sesiones en un período de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa de SET. El programa de SET debe cumplir con lo siguiente: • Consistir en sesiones que duren entre 30 a 60 minutos y que consten de un programa de kinesioterapia para PAD en pacientes con claudicación • Llevarse a cabo en un entorno hospitalario para pacientes externos o en el consultorio de un médico • Proporcionarse por el personal auxiliar calificado necesario para garantizar que los beneficios superen a los daños, y que esté capacitado en kinesioterapia para la PAD • Estar bajo la supervisión directa de un médico, asistente médico, enfermero practicante o especialista en enfermería clínica, que debe estar capacitado en reanimación cardiopulmonar básica y avanzada 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.	Proveedores dentro y fuera de la red 20 % del monto aprobado por Medicare por cada visita en el consultorio.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
 Terapia médica nutricional Este beneficio es para las personas con diabetes, enfermedad renal (del riñón) (pero no con tratamiento de diálisis) o después de un trasplante con una remisión del médico. Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento individual durante el primer año que recibe los servicios de terapia nutricional clínica en virtud de Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier plan Medicare Advantage u Original Medicare) y 2 horas cada año, después de este. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambia, puede recibir más horas de tratamiento con la remisión de un médico. El médico debe recetar estos servicios y renovar la remisión todos los años si hay que continuar el tratamiento en el siguiente año calendario.	Proveedores dentro y fuera de la red No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para servicios de terapia en nutrición médica cubiertos por Medicare. Pueden aplicarse costos compartidos para otros servicios que reciba durante la consulta.
Transporte (de rutina)* El transporte de rutina se provee en taxi, furgoneta equipada para llevar silla de ruedas o para llevar camilla, para servicios médicos calificados que no sean de emergencia. Esto no incluye el transporte en ambulancia. Consulte la sección “Servicios de ambulancia” que aparece anteriormente en esta tabla. Todo el transporte, incluidos los transportes equipados para sillas de ruedas y camillas, debe cumplir con los criterios del plan. Cada viaje de ida no debe superar las 75 millas. Se requiere autorización previa para viajes de más de 50 millas. Los viajes deben cancelarse si ya no los necesitará. Si no se cancela antes de que se haya enviado el conductor, el traslado tendrá validez y se deducirá de su límite anual de traslados. La organización del transporte se debe realizar con al menos 24 horas de anticipación (sin incluir los fines de semana) para un vehículo de pasajeros y con al menos 48 horas de anticipación (sin incluir los fines de semana) para el servicio de silla de ruedas y 72 horas para el servicio de camilla. Llame al Departamento de Transporte de VillageHealth al 1-844-714-2218 para programar un traslado. Este beneficio no incluye viajes a destinos no médicos, como supermercados, gimnasios y centros para personas mayores.	Dentro de la red \$0 copago para cada viaje de ida. Tiene cobertura de hasta 50 viajes de ida por año (límite de hasta 75 millas en cada dirección) cuando utilice los proveedores de transporte contratados por VillageHealthy cuando se traslade para visitar a proveedores y centros médicos que califiquen. Fuera de la red Sin cobertura

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Transporte (de rutina)* (continuación) Consulte “Información importante sobre el beneficio de transporte de rutina” al final de esta sección para obtener una descripción detallada del beneficio de transporte de rutina. * Este beneficio no se aplica al monto máximo de gastos de su bolsillo.	
Tratamientos de infusión a domicilio Los tratamientos de infusión en el hogar abarcan la administración por vía intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a una persona en su hogar. Los componentes necesarios para realizar un tratamiento de infusión en el hogar incluyen el medicamento (por ejemplo, antivíricos, inmunoglobulina), equipos (por ejemplo, una bomba) y suministros (por ejemplo, tubos y catéteres). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios profesionales, incluidos los centros de atención de enfermería, brindados de acuerdo con el plan de atención médica • Capacitación y educación del paciente no cubiertas por el beneficio de equipo médico duradero • Monitoreo remoto • Servicios de monitoreo para la prestación de tratamientos de infusión en el hogar y suministro de medicamentos para infusión en el hogar brindados por un proveedor calificado de tratamientos de infusión en el hogar Los componentes necesarios para realizar la infusión en el hogar, como el medicamento, el equipo y los suministros de la infusión, están cubiertos por el beneficio de DME.	Proveedores dentro y fuera de la red Usted paga lo siguiente por visita: Servicios profesionales de terapia de infusión en el hogar, incluidos servicios de capacitación, educación y monitoreo \$0 copago Equipo médico duradero Consulte la sección “Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados” en este capítulo para conocer el monto del costo compartido. Para conocer los costos compartidos de los medicamentos de infusión utilizados con DME, consulte la sección “Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare” en este capítulo.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
 Visitas anuales 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 preventiva anual no puede realizarse dentro de los 12 meses de su consulta preventiva <i>Bienvenido a Medicare</i>. Sin embargo, no necesita haber realizado una consulta de <i>Bienvenido a Medicare</i> para tener cobertura para las consultas preventivas anuales después de haber tenido la Parte B por 12 meses.	Proveedores dentro y fuera de la red No se requiere coseguro, copago ni deducible para visitas anuales de bienestar. Es posible que se apliquen costos compartidos para otros servicios que reciba durante la consulta.

Información importante sobre el beneficio de transporte de rutina:

VillageHealthEl servicio de transporte de rutina es un beneficio complementario y no está cubierto por Medicare Original. Su propósito principal es proporcionar transporte no de emergencia hacia servicios médicamente necesarios. Cada viaje de ida no debe superar las 75 millas.

Datos importantes:

- No hay costo por servicios de transporte de rutina bajo este beneficio.
- Las reservas deben hacerse con al menos 24 horas de anticipación (sin incluir los fines de semana) para un vehículo de pasajeros y al menos 48 horas de anticipación (sin incluir los fines de semana) para el servicio de silla de ruedas y camilla.
- Servicio de acera a acera: El conductor recoge al miembro en la acera frente a su hogar u otro lugar. Es el servicio estándar, salvo que se solicite otro tipo de servicio.
- Servicio puerta a puerta: El conductor llega hasta la puerta y brinda asistencia limitada hasta el vehículo. Este servicio debe solicitarse con al menos 72 horas de anticipación (sin contar fines de semana). Se aplicarán criterios médicos.
- Órdenes permanentes: Se puede programar para citas recurrentes que son la misma hora y destino todas las semanas.
- Los viajes con devolución de llamada (Will-Call) se pueden programar cuando se asiste a citas que pueden durar más de lo esperado. Los miembros pueden llamar al Departamento de Transporte de VillageHealth al 1-844-714-2218 cuando estén listos para que los recojan en lugar de programar una hora específica de recogida de regreso. El conductor puede tardar hasta una hora en llegar.
- Viajes compartidos: el conductor puede llevar a otros pasajeros en el vehículo que se dirijan a destinos alternativos durante tu viaje.

- El miembro de VillageHealth puede llevar un acompañante durante el viaje, pero este servicio debe solicitarse cuando se realiza la reserva. El acompañante debe ser mayor de 18 años.
- Si el conductor no llega en 10 min, debe llamar al Departamento de Transporte de VillageHealth al 1-844-714-2218 para que se envíe otro conductor. En ese caso, se proporcionará una nueva hora de recogida.
- Los conductores solo pueden llevar a los pasajeros al destino original solicitado cuando se realiza la reservación.
- Se pueden utilizar conductores de servicio de automóvil privado (Lyft o Uber) para el transporte de rutina. Si no desea este tipo de transporte, deberá indicarlo en el momento de realizar la reserva.
- Los viajes deben cancelarse si ya no son necesarios. Si el viaje no se cancela antes de que el conductor sea despachado, se descontará del límite anual de viajes del miembro.

Lo que NO está cubierto (exclusiones):

- Viajes a destinos que superan el límite de ida de 75 millas.
- Viajes que superen el límite anual del plan VillageHealth.
- Viajes a destinos no médicos, como supermercados, gimnasios y centros para personas mayores.
- Viajes a proveedores e instalaciones médicas que no están cubiertos por VillageHealth, como las instalaciones de Asuntos de Veteranos (VA).
- Equipos o vehículos especializados utilizados para transportar a los miembros más allá de lo que pueden proporcionar los proveedores contratados por VillageHealth.
- Servicio puerta a puerta en edificios sin ascensor en funcionamiento.
- Asistencia “a través” de la puerta o dentro de la casa del miembro.
- No se proporciona reembolso por el transporte organizado por el miembro. Todos los transportes deben ser proporcionados por proveedores contratados por SCAN.

SECCIÓN 3 Servicios no están cubiertos por nuestro plan (exclusions)

Esta sección le informa qué servicios están excluidos de la cobertura de Medicare y, por lo tanto, no cubre el plan.

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

Si recibe servicios excluidos (no cubiertos), deberá pagarlos usted mismo, salvo en las condiciones específicas que se indican 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 se presenta una apelación y se toma una decisión con respecto a un servicio tras una apelación por un servicio médico que deberíamos haber pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hayamos tomado de no cubrir un servicio médico, consulte Capítulo 9, Sección 5.3).

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubiertos solo en situaciones específicas
Accesorios opcionales o adicionales para equipos médicos duraderos, aparatos correctivos o prótesis que son principalmente para la comodidad o conveniencia del miembro o para su uso principalmente en la comunidad, incluida la remodelación del hogar y la modificación del vehículo	Sin cobertura bajo ninguna condición
Acupuntura	Disponible para personas con dolor lumbar crónico en determinadas circunstancias
Andador ortopédico de rodilla	Sin cobertura bajo ninguna condición
Artículos comprados por el miembro en línea o en una tienda minorista sin autorización previa	Sin cobertura bajo ninguna condición
Artículos de equipo médico duradero que no sirven principalmente para un propósito médico y que no son razonables ni necesarios para tratar una enfermedad o lesión (Consulte la sección “Equipo médico duradero [DME] y suministros relacionados” en este capítulo.)	El equipo médico duradero adicional está cubierto por Medi-Cal (Medicaid) si cumple con los criterios de nivel de atención del centro de enfermería del estado.
Atención de enfermería de tiempo completo en su hogar	No cubierto bajo y condición
Atención médica de rutina o servicios médicos electivos de proveedores que no pertenecen al plan sin una remisión aprobada por SCAN Health Plan o autorización previa	Sin cobertura bajo ninguna condición
Atención quiropráctica de rutina	Se cubre la manipulación manual de la columna para corregir una subluxación

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubiertos solo en situaciones específicas
Biorretroalimentación	A menos que sea médicamente necesario de acuerdo con las pautas de Medicare y esté autorizado por el médico de su plan o el director médico del plan (o su designado) o SCAN Health Plan.
Cargos cobrados por la atención por sus familiares inmediatos o miembros de su hogar	No cubierto bajo y condición
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
Cualquier servicio o material proporcionado por otro plan médico o de la visión o proveedor no contratado	Sin cobertura en ninguna condición
Cuidado asistencial El cuidado asistencial es aquel cuidado personal que no requiere la atención continua de personal médico o paramédico capacitado; por ejemplo, ayuda con las actividades de la vida cotidiana, como bañarse o vestirse.	No cubierto bajo y condición
Cuidado de rutina de los pies.	Se brinda cierta cobertura limitada conforme a las pautas de Medicare (por ejemplo, si usted tiene diabetes)
Dispositivos de soporte para pies	Zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con enfermedad de pie diabético.
Exámenes auditivos de rutina, audífonos o exámenes para colocar audífonos	No cubierto bajo y condición
Férulas dentales, procedimientos cosméticos, ortodoncia, procedimientos experimentales, aparatos perdidos o	Sin cobertura en ninguna condición

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubiertos solo en situaciones específicas
robados, o cualquier tratamiento relacionado con el síndrome de la articulación temporomandibular (TMJ).	
Habitación privada en el hospital	Solo se cubre cuando es médicamente necesario
Inmunizaciones sin cobertura de Medicare (Consulte la sección “Inmunizaciones” en este capítulo.)	Sin cobertura bajo ninguna condición
Marihuana para usos médicos	Sin cobertura bajo ninguna condición
Medicina alternativa complementaria (CAM) o medicina no convencional Los ejemplos incluyen, entre otros, homeopatía, yoga, polaridad, terapias de tacto curativo y bioelectromagnetismo	A menos que sea médicamente necesario de acuerdo con las pautas de Medicare y esté autorizado por el médico de su plan o el director médico del plan (o su designado) o SCAN Health Plan.
Objetos personales en su habitación del hospital o centro de atención de enfermería especializada, por ejemplo un teléfono o televisor	No cubierto bajo y condición
Pelucas (de cualquier tipo y su cuidado)	Sin cobertura bajo ninguna condición
Procedimientos, equipos y medicamentos médicos y quirúrgicos experimentales Los productos y los procedimientos experimentales son aquellos determinados por Original Medicare que, generalmente, no son aceptados por la comunidad médica	Original Medicare puede cubrirlos en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o su plan (Para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica, consulte la Sección 5 del Capítulo 3)
Queratotomía radial, cirugía LASIK y otros accesorios para baja visión	Un par de anteojos con monturas estándar (o un juego de lentes de contacto) después de cada cirugía de cataratas que incluya la implantación de una lente intraocular.
Reversión de procedimientos de esterilización o suministros anticonceptivos no recetados	No cubierto bajo y condición
Servicios considerados no razonables y necesarios según las normas de Original Medicare	No cubierto bajo y condición

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubiertos solo en situaciones específicas
Servicios de tratamiento residencial para el abuso de sustancias	Sin cobertura bajo ninguna condición
Servicios de un naturoterapeuta (emplean tratamientos naturales o alternativos)	No cubierto bajo y condición
Servicios de visión o materiales que son principalmente para fines cosméticos, incluidos, entre otros, lentes bifocales o trifocales mezcladas (sin línea), lentes fotocromáticas, lentes tintadas, lentes progresivas o multifocales, el recubrimiento o laminado de la lente o lentes, lentes UV (ultravioleta), lentes de policarbonato/alto índice, recubrimiento antirreflectante, recubrimiento resistente a rayones, pulido de bordes y otros procesos cosméticos, lentes de contacto no estándar o electivos y lentes planas (sin receta)	Sin cobertura bajo ninguna condición
Servicios médicos y hospitalarios de un donante de trasplante cuando el receptor de un trasplante de órganos no es miembro de SCAN Health Plan.	Sin cobertura bajo ninguna condición
Servicios para afecciones cubiertas por compensación laboral	Sin cobertura bajo ninguna condición
Servicios prestados en una instalación del gobierno local, estatal o federal	Excepto cuando el pago bajo el plan es expresamente requerido por la ley federal o estatal o está de acuerdo con las pautas de Medicare
Servicios prestados que superen los límites de visitas o beneficios máximos	Sin cobertura bajo ninguna condición
Servicios previstos recibidos fuera del área	Excepto diálisis dentro de los Estados Unidos.
Servicios provistos en centros de Asuntos de Veteranos (VA)	Los servicios de la sala de emergencias están cubiertos si son médicamente necesarios. (Consulte la sección dedicada a Atención de emergencia que se encuentra más arriba en este capítulo).

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubiertos solo en situaciones específicas
Servicios y tratamientos previamente programados o planificados para cualquier afección conocida o procedimientos electivos recibidos mientras se encuentre fuera del área de servicio	Sin cobertura bajo ninguna condición
Suministros para la incontinencia	Los suministros para la incontinencia no están cubiertos por Medicare Original. Sin embargo, los suministros para la incontinencia pueden estar disponibles a través del beneficio de OTC para pedidos por correo.
Suplementos nutricionales o fórmulas que se administran por vía oral	A menos que sea medicamento necesario de acuerdo con las pautas de Medicare y esté autorizado por el médico de su plan o el director médico del plan (o su designado) o SCAN Health Plan.
Terapia de mantenimiento	A menos que sea médicamente necesario de acuerdo con las pautas de Medicare y esté autorizado por el médico de su plan o el director médico del plan (o su designado) o SCAN Health Plan.
Traslado en ambulancia que no es de urgencia	A menos que sea medicamento necesario de acuerdo con las pautas de Medicare y esté autorizado por el médico de su plan o el director médico del plan (o su designado) o SCAN Health Plan.
Trasplantes de órganos no cubiertos por Medicare	sin cobertura bajo ninguna condición
Tratamiento para afecciones resultantes de actos de guerra (declarados o no), o un acto de guerra que ocurra después de la fecha de vigencia de su cobertura actual para beneficios de seguro hospitalario o beneficios de seguro médico complementario	Sin cobertura bajo ninguna condición

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubiertos solo en situaciones específicas
Tratamiento quirúrgico para la obesidad mórbida	A menos que sea medicamento necesario de acuerdo con las pautas de Medicare y esté autorizado por el médico de su plan o el director médico del plan (o su designado) o SCAN Health Plan.
Zapatos ortopédicos o dispositivos de apoyo para los pies	Si los zapatos forman parte de un soporte de pierna y están incluidos en el costo del soporte de pierna. Zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con enfermedad de pie diabético

SECCIÓN 4 Adenda

Limitaciones del plan

Los siguientes artículos, procedimientos, beneficios, servicios, medicamentos, suministros y equipos están limitados por el plan VillageHealth:

- VillageHealth cubre todos los servicios que son medicamento necesarios, están cubiertos por Medicare y se obtienen de acuerdo con las normas del plan. Usted es responsable de pagar el costo total de los servicios que no están cubiertos por nuestro plan o que se obtuvieron fuera de la red y que no fueron autorizados
- Los proveedores del plan pueden analizar terapias alternativas que podrían no estar cubiertas por Medicare o VillageHealth. Es posible que no todas las terapias alternativas analizadas sean medicamento necesarias. Todo tratamiento requiere autorización previa. Llame a Servicios para Miembros al número de teléfono indicado en el Capítulo 2.
- Los miembros son totalmente responsables de todos los costos compartidos aplicables que se enumeran en el Capítulo 4. Los costos compartidos no son negociables.

CAPÍTULO 5:

Cómo usar la cobertura del plan para medicamentos de la Parte D

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

Vaya al Cuadro de Beneficios Médicos en el Capítulo 4 para conocer los beneficios de medicamentos de la parte B de Medicare y los beneficios de medicamentos para enfermos terminales.

Nuestro plan generalmente cubrirá sus medicamentos siempre que siga estas reglas:

- Debe tener un proveedor (un médico, dentista u otro profesional que emita recetas) que le emita una receta válida según la ley estatal vigente.
- La persona que emite la receta no debe estar en las Listas de exclusión o preclusión de Medicare.
- Por lo general, debe usar una farmacia de la red para surtir su receta (Consulte la Sección 2) o puede surtir su receta a través del servicio de pedido por correo de nuestro plan.
- Su medicamento debe estar en la Lista de medicamentos de nuestro plan (consulte la Sección 3).
- Su medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. Una “indicación médicamente aceptada” es un uso del medicamento que está aprobado por la FDA o avalado por ciertas referencias. (Consulte la Sección 3 para más información sobre una indicación médicamente aceptada.)
- Su medicamento puede requerir aprobación de nuestro plan según ciertos criterios antes de que aceptemos cubrirlo. (Consulte la Sección 4 en este capítulo para más información).

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

En la mayoría de los casos, sus recetas están cubiertos *solo* si los obtiene en las farmacias de la red de nuestro plan. (Consulte la Sección 2.4 para obtener información sobre cuándo cubrimos los recetas que obtiene en farmacias fuera de la red.)

Una farmacia de la red es una farmacia que tiene un contrato con nuestro plan para proporcionarle sus medicamentos cubiertos. El término “medicamentos cubiertos” significa todos los medicamentos de la Parte D que están la Lista de medicamentos de nuestro plan.

Sección 2.1 Farmacias de la red

Encuentra una farmacia de la red en su área

Para encontrar una farmacia de la red, puede buscar en el *Directorio de proveedores y farmacias*, visite nuestro sitio web (www.villagehealthca.com/what-is-village-health), y/o llamar a Servicios para Miembros en 1-800-399-7226 (los usuarios de TTY llaman a 711).

Puede ir a cualquiera de las farmacias de la red. Algunas de las farmacias de la red ofrecen costo compartido preferido, que puede ser más bajo que el costo compartido en una farmacia que ofrece costo compartido estándar. El *Directorio de proveedores y farmacias* le indicará las farmacias de la red que ofrecen costo compartido preferido. Para obtener más información sobre si los gastos que paga de su bolsillo podrían ser distintos para diferentes medicamentos comuníquese con nosotros.

Si su farmacia parte de la red

Si la farmacia que estaba usando deja de formar parte de la red del plan, deberá buscar una nueva farmacia dentro de la red. Si la farmacia que utiliza permanece en nuestra red pero ya no ofrece costo compartido preferido, es posible que desee cambiar a una red o farmacia preferida diferente, si está disponible. Para encontrar otra farmacia en su área, puede obtener ayuda a través de Servicios para Miembros en 1-800-399-7226 (los usuarios de TTY llaman a 711) o buscar en el *Directorio de proveedores y farmacias*. También puede encontrar información en nuestro sitio web en www.villagehealthca.com/what-is-village-health.

Farmacia especializada

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

- Farmacias que proveen medicamentos para tratamientos de infusión en el hogar.
- Farmacias que suministran medicamentos para pacientes hospitalizados en un centro de atención de largo plazo (LTC). Generalmente, un centro de LTC (como un centro de convalecencia) tiene su propia farmacia. Si tiene dificultad para obtener medicamentos de la Parte D en un centro de LTC, llame a Servicios para Miembros al 1-800-399-7226 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).
- Farmacias que brinden servicios al Programa de salud para la población india estadounidense urbana o tribal, del Servicio de Salud para la Población India Estadounidense (no está disponible en Puerto Rico). Salvo en caso de emergencia, solo los indios estadounidenses o los nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias dentro de la red.
- Farmacias que proveen medicamentos que están limitados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) para ciertos lugares o que requieren un manejo especial, la coordinación del proveedor o el aprendizaje sobre su uso. Para encontrar una farmacia especializada, busque en el *Directorio de proveedores y farmacias* www.villagehealthca.com/what-is-village-health o llame al Servicios para Miembros en 1-800-399-7226 (los usuarios de TTY llaman a 711).

Sección 2.2 El servicio de pedido por correo de nuestro plan

El servicio de pedido por correo del plan requiere permite que solicite **hasta un 100 suministro de días**.

Nuestra red de farmacias incluye farmacias de pedidos por correo que ofrecen costos compartidos estándar y costos compartidos preferidos. Si bien puede recibir sus medicamentos recetados cubiertos en cualquier farmacia de la red de pedidos por correo, sus costos pueden ser menores en la farmacia de pedidos por correo con costos compartidos preferidos.

Para obtener formularios de pedido e información sobre cómo obtener sus medicamentos con receta por correo llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este documento).

Por lo general, el pedido a la farmacia será entregado el servicio de pedido por correo le llegará en 14 días como máximo. Si su prescripción médica tarda más de 14 días en procesarse, puede comunicarse con Servicios para Miembros para que aprueben una renovación en una farmacia local. Aplicarán copagos de las farmacias minoristas.

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

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

- Utilizó los servicios de pedido por correo con este plan en el pasado o
- Se inscribió para la entrega automática de todas las recetas nuevas recibidas directamente de los proveedores de atención médica. Puede solicitar la entrega automática de todas las recetas nuevas en cualquier momento llamando al 1-866-553-4125, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711. Si nunca usó los servicios de pedidos por correo con este plan, la farmacia se comunicará con usted para confirmar su pedido antes de enviarlo cuando un proveedor de atención médica envíe su primera receta directamente a la farmacia. Asegúrese de informar a la farmacia sobre las mejores maneras de comunicarse con usted llamando al 1-866-553-4125, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

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

Si utilizó el pedido por correo en el pasado y no desea que la farmacia surta automáticamente y envíe cada receta nueva, comuníquese con nosotros llamando al 1-866-553-4125, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Si usted nunca ha utilizado nuestro servicio de entrega de pedidos por correo y/o si decide interrumpir el surtido automático de nuevas recetas, la farmacia se pondrá en contacto con usted cada vez que reciba una nueva receta de un proveedor de atención médica para ver si desea que el medicamento sea surtido y sea enviado inmediatamente. Es importante que usted responda cada vez que la farmacia lo contacte para informarles si enviar, retrasar o cancelar la nueva receta.

Para cancelar su inscripción en los envíos automáticos de nuevas recetas recibidas directamente del consultorio del proveedor de atención médica, comuníquese con nosotros llamando al 1-866-553-4125, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

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

Si decide no utilizar el programa de reposición automática pero desea que la farmacia de pedido por correo le envíe la receta, póngase en contacto con la farmacia 14 días antes del vencimiento de la receta actual. De este modo, se asegurará de que el pedido se envíe a tiempo.

Para no ser parte del programa que prepara automáticamente resurtidos de pedido por correo, póngase en contacto con nosotros a través de llamando al 1-866-553-4125, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Si recibe automáticamente por correo un resurtido que no desea, puede solicitar un reembolso.

Sección 2.3 Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo

Cuando obtiene un suministro de medicamentos a largo plazo, sus costo compartido puede ser menor. El plan ofrece dos formas 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 toma con regularidad para una afección crónica o a largo plazo).

1. Algunas farmacias minoristas de nuestra red le permiten obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de uso continuo. En su *Directorio de proveedores y farmacias* (www.villagehealthca.com/what-is-village-health) se detallan las farmacias de la red que proporcionan suministros a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar a Servicios para Miembros al 1-800-399-7226 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información.

2. Asimismo, puede recibir medicamentos de mantenimiento a través de nuestro programa de pedido por correo. Consulte en la Sección 2.2 para obtener más información.

Sección 2.4 Utilizar una farmacia que no está dentro de la red de nuestro plan

Por lo general, cubrimos los medicamentos obtenidos en farmacias fuera de la red *solo* cuando no puede utilizar una farmacia de la red. También tenemos farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio donde puede surtir sus recetas como afiliado de nuestro plan.

Verifique primero con Servicios para Miembros al 1-800-399-7226 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para ver si hay una farmacia de la red cerca.

Cubrimos recetas surtidas en farmacias fuera de la red solo en estas circunstancias:

- Si no puede conseguir un medicamento cubierto en el debido tiempo dentro de nuestra área de servicio porque no hay farmacias de la red dentro de una distancia en auto razonable que le proporcionen un servicio de 24 horas.
- Si está tratando de surtir un medicamento recetado cubierto que habitualmente no está disponible en una farmacia minorista de la red o un servicio de farmacia por correo.
- Si está viajando dentro de los Estados Unidos, pero fuera del área de servicio del plan, y se enferma o se queda sin sus medicamentos con receta, cubriremos las recetas surtidas en una farmacia fuera de la red si sigue todas nuestras normas de cobertura identificadas en este documento y el formulario y si no estuviera disponible una farmacias de la red.
- Los surtidos fuera de la red se limitan a suministros para 30 días y se evaluarán caso por caso.

Si debe utilizar una farmacia fuera de la red, por lo general, tiene que pagar el costo total (en lugar de su costo compartido normal) en el momento en que surte su medicamento recetado. Podrá solicitarnos el reembolso de nuestra parte del costo. (Consulte Capítulo 7, Sección 2 para obtener información sobre cómo solicitarle a nuestro plan que le haga un reembolso). Es posible que se le solicite pagar la diferencia entre lo que usted paga por el medicamento en una farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia de la red.

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

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

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

Nuestro plan, con la colaboración de un equipo de médicos y farmacéuticos, seleccionó los medicamentos de esta lista. La lista cumple con los requisitos de Medicare y fue aprobada

por Medicare. La Lista de medicamentos solo muestra los medicamentos cubiertos por Medicare Parte D.

Por lo general, cubrimos un medicamento en la Lista de medicamentos de nuestro plan siempre y cuando usted siga las demás normas de cobertura explicadas en este capítulo y el uso del medicamento para una indicación médicamente aceptada. Una indicación médicamente aceptada se refiere a que el uso del medicamento cumple *cualquiera* de estos requisitos:

- Está aprobado por la FDA para el diagnóstico o la afección para los que se receta.
- Está respaldado por ciertas referencias, como el Servicio de Información del Listado de Medicamentos del Hospital Americano (American Hospital Formulary Service Drug Information) y el Sistema de Información Micromedex DRUGDEX.

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

Un medicamento de marca es un medicamento recetado que se vende bajo un nombre de marca registrada propiedad del fabricante del medicamento. Los productos biológicos son fármacos más complejos de lo habitual. En la Lista de medicamentos, cuando nos referimos a medicamentos, esto podría significar un fármaco o un producto biológico.

Un medicamento genérico es un medicamento recetado que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Los productos biológicos tienen alternativas que se llaman biosimilares. Por lo general, los genéricos y biosimilares funcionan igual de bien que el medicamento de marca o el producto biológico original y por lo general tienen un costo más bajo. Existen sustitutos genéricos de medicamentos disponibles para muchos medicamentos de marca y alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son biosimilares intercambiables y, según la ley estatal, 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 los tipos de medicamentos que pueden aparecer en la Lista de medicamentos.

Medicamentos que no están incluidos en la Lista de medicamentos

Nuestro plan no cubre todos los medicamentos recetados.

- En algunos casos, la ley no permite que ningún plan de Medicare cubra ciertos tipos de medicamentos. (Para obtener información adicional, consulte la sección 7).
- En otros casos, decidimos no incluir un medicamento en particular en la Lista de medicamentos.
- En algunos casos, es posible que pueda obtener un medicamento que no esté en nuestra Lista de medicamentos. (Para obtener información adicional, consulte el Capítulo 9).

Sección 3.2 Hay cinco niveles de costo compartido para los medicamentos incluidos en la Lista de medicamentos

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

- Nivel de costos compartidos 1: Genéricos preferidos. Este nivel incluye medicamentos genéricos (el nivel más bajo).
- Nivel de costo compartido 2: Genéricos. Este nivel incluye medicamentos genéricos.
- Nivel de costo compartido 3: Marca preferida. Este nivel incluye insulina, otros medicamentos de marca y algunos medicamentos genéricos.
- Nivel de costo compartido 4: Medicamento no preferido. Este nivel incluye medicamentos de marca y algunos medicamentos genéricos.
- Nivel de costo compartido 5: Nivel especializado. Este nivel incluye medicamentos especializados (el nivel más alto).

Para saber en qué nivel de costo compartido está su medicamento, consulte la Lista de medicamentos del plan. En el Capítulo 6 se incluye el monto que debe pagar por los medicamentos en cada nivel de costo compartido.

Sección 3.3 Cómo averiguar si un medicamento está incluido en la Lista de medicamentos

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

- Consulte la Lista de medicamentos más reciente que le enviamos vía electrónica.
- Visite el sitio web del plan (www.villagehealthca.com/members/get-the-most-out-of-your-plan). La Lista de medicamentos en el sitio web siempre es la más actualizada.
- Llame a Servicios para Miembros en 1-800-399-7226 (los usuarios de TTY llaman a 711) para saber si un medicamento en particular está incluido en la Lista de medicamentos del plan o para pedir una copia de la lista.
- Utilice la “Herramienta de beneficios en tiempo real” del plan www.villagehealthca.com puede buscar medicamentos en la Lista de medicamentos, ver una estimación de lo que pagará y saber si hay medicamentos alternativos en la Lista de medicamentos que podrían tratar la misma afección. También puede llamar a Servicios para Miembros al 1-800-399-7226 (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 restringen cómo y cuándo el plan los cubre. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrolló estas normas para ayudarlo a usted y al proveedor a usar los medicamentos del modo 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.

Cada vez que un medicamento seguro y de bajo costo funcione médicamente tan bien como uno de mayor costo, las normas del plan están destinadas a alentarle a usted y al proveedor a utilizar esa opción más económica.

Tenga en cuenta que a veces un medicamento puede aparecer más de una vez en la Lista de medicamentos. Esto se debe a que los mismos medicamentos pueden diferir en función de la potencia, la cantidad o la forma del medicamento recetado por el médico, y pueden aplicarse diferentes restricciones o costo compartido a las distintas versiones del medicamento (por ejemplo, 10 mg frente a 100 mg; uno al día frente a dos al día; comprimido frente a 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 el plan le cubra el medicamento.

Llamar Servicios para Miembros en 1-800-399-7226 (los usuarios de TTY llaman a 711) para saber lo que necesitarían hacer usted o el 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 en el Capítulo 9.)

Obtención de la aprobación del plan por adelantado

Para determinados medicamentos, usted o su proveedor necesitan obtener la aprobación de nuestro plan antes de que aceptemos cubrir el medicamento. Esto se denomina **autorización previa**. Se lleva a cabo para garantizar la seguridad de los medicamentos y ayudar a orientar el uso adecuado de ciertos medicamentos para usted. Si no obtiene esta aprobación, es posible que su medicamento no esté cubierto por nuestro plan. Los criterios de autorización previa de nuestro plan se pueden obtener llamando a Servicios para Miembros al 1-800-399-7226 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o en nuestro sitio web www.villagehealthca.com/members/get-the-most-out-of-your-plan.

Límites de cantidad

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

SECCIÓN 5 Qué puede hacer si uno de sus medicamentos no está cubierto como le gustaría

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

- El medicamento puede no estar cubierto en absoluto. O tal vez una versión genérica del medicamento tenga cobertura, pero la versión de marca que desea tomar no está cubierta.
- El medicamento está cubierto, pero se aplican normas o restricciones adicionales respecto de la cobertura de ese medicamento.
- El medicamento está cubierto, pero se encuentra en un nivel de costo compartido que hace que su parte de los costos sea más alta de lo que cree que debería ser.

Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que hace que sus costos sean más altos de lo que cree que deberían ser, consulte la Sección 5.1 para obtener información sobre lo que puede hacer.

Si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o está restringido, estas son las opciones sobre lo que puede hacer:

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

Puede obtener un suministro temporal

En determinadas circunstancias, el plan debe proporcionar un suministro temporal de un medicamento que ya esté tomando. Este suministro temporal le da tiempo para consultar con el proveedor sobre el cambio de cobertura.

Para tener derecho a un suministro temporal, el medicamento que ha estado tomando **ya no debe figurar en la Lista de medicamentos del plan O se encuentra ahora restringido de algún modo.**

- **Si es un miembro nuevo**, cubriremos un suministro temporal del medicamento durante el primer **90 días** de su afiliación al plan.
- **Si estuvo en el plan el año pasado**, cubriremos un suministro temporal del medicamento durante el primer **90 días** del año calendario.
- Este suministro temporal será por un máximo de un suministro para 30 días (para miembros que no están en un centro de atención a largo plazo) o un suministro para 31 días (para miembros que residen en un centro de atención a largo plazo). Si su receta médica está indicada para menos días, permitiremos que realice múltiples resurtidos por un máximo de hasta un suministro para 30 días (para miembros que no

están en un centro de atención a largo plazo) o un suministro para 31 días (para miembros que residen en un centro de atención a largo plazo). El medicamento con receta debe obtenerse en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo puede proporcionarle el medicamento en menores cantidades por vez para evitar el uso indebido).

- **Para aquellos miembros que han estado en el plan durante más de 90 días y residen en un centro de atención a largo plazo y necesitan un suministro de inmediato:**

Cubriremos un suministro de emergencia de 31 días de un medicamento en particular, o menos si su receta es por menos días. Esto es adicional al suministro temporal que se mencionó antes.

- **Para miembros que se mudan de un centro de cuidados de largo plazo (LTC) o de un hospital a su hogar:**

Cubriremos un suministro temporal de su medicamento por un máximo de 30 días, o menos si su receta es por menos días.

- **Para aquellos miembros que se mudan de su hogar o se quedan en el hospital a un centro de atención a largo plazo (LTC):**

Cubriremos un suministro temporal de su medicamento por un máximo de 31 días, o menos si la receta así lo indica.

En caso de dudas sobre un suministro temporal, comuníquese con Servicios para Miembros en 1-800-399-7226 (los usuarios de TTY llaman a 711).

En el período durante el cual utilice el suministro temporal de un medicamento, debe consultar con el proveedor para decidir lo que debe hacer cuando se agote este suministro temporal. Tiene dos opciones:

Opción 1. Puede cambiar a otro medicamento

Consulte con el proveedor si existe un medicamento diferente cubierto por el plan que pueda funcionar igual de bien para usted. Puede llamar a Servicios para Miembros en 1-800-399-7226 (los usuarios de TTY llaman a 711) para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que sirvan para tratar la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que funcione para usted.

Opción 2. Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitar a nuestro plan que haga una excepción y cubra el medicamento de la manera que a usted le gustaría. Si su proveedor dice que tiene razones médicas que justifican que nos pida una excepción, su proveedor puede ayudarle a pedir una excepción. Por ejemplo, puede solicitar a nuestro plan que cubra un medicamento aunque no se encuentre en la Lista de medicamentos de nuestro plan. O puede solicitar a nuestro plan una excepción para que cubra el medicamento sin restricciones.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9, Sección 6.4 para aprender qué hacer. Allí se explican los procedimientos y los plazos establecidos por Medicare para garantizar que su solicitud se maneje de manera oportuna e imparcial.

Sección 5.1 Qué puede hacer si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera demasiado elevado

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

Puede cambiar a otro medicamento

Si el medicamento se encuentra en un nivel de costo compartido que considera muy alto, consulte con el proveedor. Puede haber un medicamento diferente en un nivel de costo compartido inferior que podría funcionar igual de bien para usted. Comuníquese con Servicios para Miembros en 1-800-399-7226 (los usuarios de TTY llaman a 711) para solicitar una Lista de medicamentos cubiertos que sirvan para tratar la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que funcione para usted.

Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitar al plan que haga una excepción en el nivel de costo compartido para que pague menos por el medicamento. Si su proveedor dice que usted tiene razones médicas que justifican que nos pida una excepción, su proveedor puede ayudarlo a solicitar una excepción a la norma.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, la Sección 6.4 del Capítulo 9 se explica qué hacer. También se mencionan los procedimientos y plazos que ha establecido Medicare para asegurarse de que su solicitud se maneje en forma inmediata y justa.

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

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

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

- **Agregue o elimine medicamentos de la Lista de medicamentos**
- **Pasar un medicamento a un nivel de costo compartido más alto o más bajo**
- **Agregar o eliminar una restricción en la cobertura de un medicamento**
- **Reemplazar un medicamento de marca por con una versión genérica del medicamento**

- **Reemplazar un producto biológico original con una versión biosimilar intercambiable del producto biológico**

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

Información sobre cambios en la cobertura de medicamentos

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

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

- **Agregar nuevos medicamentos a la Lista de medicamentos e inmediatamente eliminar o realizar cambios a un medicamento similar en la Lista de medicamentos.**
 - Al agregar una nueva versión de un medicamento a la Lista de medicamentos, podemos eliminar inmediatamente un medicamento similar de la Lista de medicamentos, mover el medicamento similar a un nivel costo compartido diferente, agregar nuevas restricciones o ambas cosas. La nueva versión del medicamento será en el mismo nivel costo compartido o en uno más bajo y con las mismas o menos restricciones.
 - Realizaremos estos cambios inmediatos solo si agregamos una nueva versión genérica de una marca o agregamos ciertas nuevas versiones biosimilares de un producto biológico original que ya estaba en la Lista de medicamentos.
 - Es posible que realicemos estos cambios de inmediato y le informemos más adelante, incluso si está tomando el medicamento que estamos eliminando o realizando cambios. Si está tomando el medicamento similar en el momento en que realizamos el cambio, le informaremos sobre cualquier cambio específico que hayamos realizado.
- **Agregar medicamentos a la Lista de medicamentos y eliminar o realizar cambios en un medicamento similar en la Lista de medicamentos con previo aviso.**
 - Al agregar otra versión de un medicamento a la Lista de medicamentos, podemos eliminar un medicamento similar de la Lista de medicamentos, moverlo a un nivel de costo compartido diferente, agregar nuevas restricciones o ambas cosas. La versión del medicamento que agreguemos será en el mismo nivel o en uno inferior costo compartido y con las mismas o menos restricciones.
 - Realizaremos estos cambios solo si agregamos una nueva versión genérica de un medicamento de marca o agregamos ciertas nuevas versiones biosimilares de un producto biológico original que ya estaba en la Lista de medicamentos.
 - Le informaremos al menos 30 días antes de realizar el cambio, o le notificaremos sobre el cambio y cubriremos un surtido de 30 días de la versión del medicamento que está tomando.

- **Eliminación de medicamentos inseguros y otros medicamentos de la Lista de medicamentos que se retiran del mercado.**
 - A veces un medicamento puede ser considerado inseguro o retirado del mercado por otro motivo. Si esto ocurre, el plan eliminará inmediatamente el medicamento de la Lista de medicamentos. Si está tomando ese medicamento, se lo comunicaremos después de realizar el cambio.
- **Realizar otros cambios a los medicamentos incluidos en la Lista de medicamentos.**
 - Podemos hacer otras modificaciones una vez que haya comenzado el año que afecten a los medicamentos que usted toma. Por ejemplo, nos basamos en las advertencias en recuadros de la FDA o en las nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare.
 - Le informaremos al menos 30 días antes de realizar estos cambios, o le notificaremos sobre el cambio y cubriremos un surtido de 30 días adicional del medicamento que está tomando.

Si realizamos alguno de estos cambios en cualquiera de los medicamentos que está tomando, hable con quien emite la receta acerca de las opciones que funcionarían mejor para usted, incluido el cambio 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 que emite la receta puede solicitarnos una excepción para continuar con la cobertura del 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 actual

Podemos hacer ciertos cambios en la Lista de medicamentos que no se describieron anteriormente. En estos casos, el cambio no se aplicará si está tomando el medicamento al momento del cambio; sin embargo, estos cambios probablemente lo afectarán a partir del 1 de enero del siguiente año del plan si permanece en el mismo plan.

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

- Pasamos su medicamento a un nivel de costo compartido más alto.
- Establecimos una restricción nueva respecto del uso del medicamento.
- Quitamos el medicamento de la Lista de medicamentos.

Si ocurre alguno de estos cambios con respecto a un medicamento que toma (pero no a causa de un retiro del mercado, un medicamento genérico que reemplaza a un medicamento de marca registrada u otro cambio mencionado en las secciones anteriores), entonces el cambio no afectará el uso o lo que paga como la parte del costo que le corresponde hasta el 1 de enero del año siguiente.

No le informaremos directamente de este tipo de cambios durante el año en curso del plan. Deberá consultar la Lista de medicamentos para el próximo año del plan (cuando la lista se encuentre disponible durante el periodo de inscripción abierta) para comprobar si existe algún cambio en los medicamentos que está tomando que lo afectará durante el próximo año del plan.

SECCIÓN 7 Tipos de medicamentos que no cubrimos

Algunos tipos de medicamentos con receta que se *excluyen*. Esto significa que Medicare no paga estos medicamentos.

Si recibe algún medicamento que esté excluido, deberá pagarlo usted mismo. Si apela y se determina que el medicamento solicitado no se encuentra excluido en virtud de la parte D, lo pagaremos o lo cubriremos (para obtener información sobre cómo apelar una decisión, consulte el Capítulo 9).

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

- La cobertura para medicamentos de la Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que estaría cubierto en la Parte A o Parte B de Medicare.
- Nuestro plan no cubre un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos o sus territorios.
- Nuestro plan no puede cubrir el uso *no aprobado* de un medicamento cuando el uso no está respaldado por ciertas referencias, como el Servicio de Información del Listado de Medicamentos del Hospital Americano (American Hospital Formulary Service Drug Information) y el Sistema de Información Micromedex DRUGDEX. *Uso no aprobado* 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 no están cubiertas por los planes de medicamentos de Medicare:

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

- Medicamentos para pacientes externos cuyo fabricante pretenda exigir como condición de venta que los exámenes asociados o servicios de supervisión se compren exclusivamente al fabricante.

Si está recibiendo Ayuda adicional de parte para pagar sus medicamentos con receta, el programa Ayuda adicional no pagará los medicamentos que por lo general no cubre. Sin embargo, si tiene una cobertura para medicamentos a través de Medicaid, el programa Medicaid de su estado pueden cubrir algunos medicamentos con receta que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare. Comuníquese con el programa Medicaid de su estado para determinar la cobertura para medicamentos disponible para usted. (Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto de Medicaid en la Sección 6 del Capítulo 2).

SECCIÓN 8 Cómo surtir un medicamento con receta

Para surtir la receta, proporcione los datos de afiliación al plan, que se encuentran en la tarjeta de afiliación, en la farmacia de la red que elija. La farmacia de la red facturará automáticamente al plan *nuestra* parte del costo de los medicamentos. Usted deberá pagarle a la farmacia *su* parte del costo en el momento de retirar su medicamento con receta.

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

Si la farmacia no recibe la información necesaria, **es posible que 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 y el plan cubre nuestro estadía

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

Sección 9.2 Como reside en un centro de atención a largo plazo (LTC)

Por lo general, un centro de atención a largo plazo (LTC) (como una casa de reposo) posee su propia farmacia o una farmacia que le provee medicamentos para todos sus residentes. Si

usted reside en un centro de atención a largo plazo (LTC), puede obtener los medicamentos con receta a través de la farmacia del centro de la que usted es cliente, mientras que sea parte de la red.

Consulte el *Directorio de proveedores y farmacias* www.villagehealthca.com/what-is-village-health para conocer si la farmacia del centro de LTC o de la que es cliente forma parte de la red. Si no lo es, o si necesita más información o asistencia, póngase en contacto con Servicios para Miembros en 1-800-399-7226 (los usuarios de TTY llaman a 711). Si se encuentra en un LTC, debemos asegurarnos de que pueda recibir normalmente los beneficios de la parte D a través de la red de farmacias del LTC.

Si reside en un centro de LTC y necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos o que tiene algún tipo de restricción, consulte la sección 5 para obtener información sobre 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 usted tiene otra cobertura de medicamentos a través de su empleador (o el de su cónyuge o pareja de hecho), o grupo de jubilados, comuníquese con el **administrador de beneficios de ese grupo**. Ellos pueden ayudarlo a comprender cómo funcionará su cobertura de medicamentos actual con nuestro plan.

En general, si tiene cobertura de grupo de empleados o jubilados, la cobertura de medicamentos que obtenga de nosotros será *secundaria* a la cobertura de su grupo. Eso significa que su cobertura de grupo paga primero.

Nota especial sobre cobertura válida:

Cada año, su empleador o grupo de jubilados debe enviarle un aviso que le indique si su cobertura de medicamentos para el siguiente año calendario es válida.

Si la cobertura del plan grupal es válida, esto quiere decir que nuestro plan tiene cobertura de medicamentos que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos de Medicare.

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

Sección 9.4 Si se encuentra en un hospicio certificado por Medicare

El centro de cuidados paliativos y el plan no cubren el mismo medicamento al mismo tiempo. Si está inscripto en un centro de cuidados paliativos de Medicare y necesita un medicamento contra las náuseas, un laxante, un analgésico o un ansiolítico que no cubre el centro porque no se relaciona con su enfermedad terminal o sus afecciones relacionadas, el plan debe ser

notificado por el prescriptor o por el proveedor del centro de cuidados paliativos de que el medicamento no se relaciona con la enfermedad o afección antes de que el plan pueda cubrir el medicamento. Para evitar retrasos en la recepción de estos medicamentos que el plan debería cubrir, solicite al proveedor de cuidados paliativos o al prescriptor que se lo notifique antes de que se surta la receta.

En el caso de que anule la elección del centro de cuidados paliativos o sea dado de alta del centro, el plan debe cubrir sus medicamentos como se explica en este documento. Para evitar demoras en la farmacia cuando finaliza un beneficio del centro de cuidados paliativos de Medicare, presente la documentación en la farmacia para verificar la anulación o el alta.

SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad y administración de los medicamentos

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

Hacemos una revisión cada vez que usted obtiene un medicamento con receta. También revisamos nuestros registros regularmente. Durante estas revisiones, buscamos problemas potenciales, 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 de medicamentos que tienen ingredientes a los que usted es alérgico
- Posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que esté tomando
- Cantidades inseguras de analgésicos opioides

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

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

Contamos con un programa que ayuda a garantizar que los miembros utilicen de modo seguro los opioides recetados y otros medicamentos de los que se abusa con frecuencia. Este programa se denomina Programa de Manejo de Medicamentos (DMP). Si usted utiliza medicamentos opioides que recibe de varios prescriptores o farmacias, o si recientemente tuvo una sobredosis de opioides, podemos hablar con sus prescriptores para asegurarnos de que su uso de los medicamentos opioides sea apropiado y médicamente necesario. Con los prescriptores, si decidimos que su consumo de los medicamentos opioides o benzodiazepina

con receta puede no ser seguro, podemos limitar la forma en que usted obtenga estos medicamentos. Si lo incluimos en el DMP, las limitaciones pueden ser:

- solicitarle que obtenga todas las recetas de los medicamentos opioides o benzodiazepina de ciertas farmacias
- solicitarle que obtenga todas las recetas de medicamentos opioides o benzodiazepina de ciertos prescriptores
- limitar la cantidad de medicamentos opioides o benzodiazepina que le cubriremos

Si consideramos que una o más de estas limitaciones se deben aplicar, 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 exigirá que obtenga las recetas para estos medicamentos solo con un prescriptor o farmacia específico. Tendrá la posibilidad de comunicarnos los prescriptores o las farmacias a los que prefiere acudir, y de brindarnos cualquier otra información que considere importante que conozcamos. Después de haber tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar la cobertura de estos medicamentos, le enviaremos otra carta con la confirmación de la limitación. Si considera que cometimos un error o no coincide con la decisión que tomamos o la limitación que establecimos, usted y el recetador tienen derecho a solicitarnos una apelación. En caso de apelar, revisaremos el caso y le informaremos la nueva decisión. Si continuamos rechazando alguna parte de su solicitud relacionada con las limitaciones que se aplican a su acceso a los medicamentos, enviaremos automáticamente su caso a un revisor independiente fuera de nuestro plan. Consulte el capítulo 9 para obtener información sobre cómo solicitar una apelación.

Es posible que no se lo incluya en el DMP si padece ciertas afecciones médicas, como dolor relacionado con cáncer o deplanocitosis, si recibe cuidados paliativos, terminales o de un centro de cuidados paliativos, o si vive en un centro de cuidados de largo plazo.

Sección 10.2 Programa de manejo del tratamiento farmacológico (MTM) programa 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 llama Programa de Administración de Terapia con Medicamentos (MTM). Este programa es voluntario y gratuito. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrolló el programa para ayudarnos a garantizar que los miembros obtengan el máximo beneficio de los medicamentos que toman.

Algunos miembros que tienen ciertas enfermedades crónicas y toman medicamentos que exceden una cantidad específica de costos de medicamentos o están en un programa de administración de medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a usar los opioides de modo seguro, pueden obtener los servicios a través de un programa de MTM. Si califica para el programa, un farmacéutico u otro profesional de la salud llevará a cabo una revisión integral de sus medicamentos. Durante la revisión, puede consultar sobre el mejor modo de tomar los medicamentos, los costos o cualquier problema o inquietud que surja sobre los medicamentos con receta y de venta libre. Recibirá un resumen escrito con una lista de tareas recomendadas que incluye los pasos que debe seguir para obtener los mejores resultados de

los medicamentos. Asimismo, obtendrá una lista de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que toma, la cantidad que toma, los horarios en que los toma y el motivo por el que los toma. Además, los miembros del programa MTM recibirán información sobre el desecho seguro de los medicamentos con receta que sean sustancias controladas.

Es una buena idea hablar con su médico sobre la lista de tareas recomendadas y la lista de medicamentos. Lleve el resumen consigo a su visita o en cualquier momento que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica. Mantenga la Lista de medicamentos actualizada y consigo (por ejemplo, junto con su identificación) en caso de asistir al hospital o a la sala de emergencias.

Si tenemos un programa que se adapte a sus necesidades, lo inscribiremos automáticamente en el programa y le enviaremos información. Si usted decide no participar, notifíquelo y lo retiraremos. Si tiene preguntas sobre este programa, llame a Servicios para Miembros al 1-800-399-7226 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

CAPÍTULO 6:

Lo que le pagar por los medicamentos de la Parte D

SECCIÓN 1 Lo que le pagar por los medicamentos de la Parte D

Si participa en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos, **parte de la información de esta Evidencia de cobertura sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D puede no aplicarse en su caso.** 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 de sus medicamentos. Si no posee este inserto, comuníquese con Servicios para Miembros en 1-800-399-7226 (los usuarios de TTY llaman a 711) y solicite la *Cláusula adicional LIS*.

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 cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y otros medicamentos están excluidos de la cobertura de Medicare por ley.

Para comprender la información de pago, debe conocer los medicamentos que están cubiertos, el lugar donde surtir sus medicamentos recetados y las normas que debe seguir cuando adquiere sus medicamentos cubiertos. el Capítulo 5 explica estas reglas. Cuando utiliza la “Herramienta de beneficios en tiempo real” de nuestro plan para buscar la cobertura de medicamentos (www.villagehealthca.com), el costo que ve muestra una estimación de los gastos de su bolsillo que tendrá que pagar. También puede llamar a Servicios para Miembros al 1-800-399-7226 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener información proporcionada por la “Herramienta de beneficios en tiempo real”.

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

Hay 3 tipos diferentes de gastos de bolsillo para los medicamentos cubiertos de la Parte D que se le puede solicitar que pague:

- **Deducible** es el monto que usted paga por los medicamentos antes de que el plan comience a pagar la parte que le corresponde.
- **Copago** es el monto fijo que usted paga cada vez que obtiene un medicamento con receta.
- **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 para los gastos que paga de su bolsillo. Estas son las normas que debemos seguir para llevar un registro de los gastos que paga de su bolsillo.

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

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

- El monto que paga por medicamentos cuando se encuentra en cualquiera de las siguientes etapas de pago de medicamentos:
 - etapa del deducible
 - La Etapa de cobertura inicial
- Cualquier pago que efectuó durante este año calendario como afiliado de otro plan de medicamentos de Medicare antes de inscribirse en nuestro plan
- Cualquier pago por sus medicamentos realizado por familiares o amigos
- Cualquier pago realizado por sus medicamentos a través de la “Ayuda adicional” (Extra Help) de Medicare, planes de salud de empleador o sindicato, Servicio de Salud Indígena, programas de asistencia de medicamentos contra el AIDS, State Pharmaceutical Assistance Programs (SPAPs) Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica, y la mayoría de las organizaciones benéficas

Paso a la Etapa de cobertura catastrófica:

Cuando usted (o los que pagan en su nombre) haya pagado de su bolsillo un total de \$2,100 en el año calendario, pasará de la Etapa de cobertura inicial a la Etapa de cobertura catastrófica.

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

Sus costos de bolsillo **no incluyen** ninguno de estos tipos de pagos:

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

- Medicamentos que no pertenecen a la Parte D, incluidos los medicamentos con receta y las vacunas cubiertas por la Parte A o la Parte B y otros medicamentos excluidos de la cobertura por Medicare
- 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 seguro y programas de salud financiados por el gobierno, como TRICARE y la Administración de Salud para Veteranos (VA)
- Los pagos por sus medicamentos efectuados por terceros con obligación legal de pagar los costos por medicamentos recetados (por ejemplo, compensación para trabajadores)
- Pagos realizados por los fabricantes de medicamentos en virtud del Programa de Descuento 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 llame a Servicios para Miembros en 1-800-399-7226 (los usuarios de TTY llaman a 711).

Seguimiento de sus costos totales de gastos de su bolsillo

- El *informe de la Explanation of Benefits (EOB) de la Parte D* que recibirá incluye el importe actual de sus gastos de bolsillo. Cuando este importe alcance \$2,100, este *(EOB) de la Parte D* informe le indicará que ha dejado la Initial Coverage Stage y ha pasado a la etapa de cobertura catastrófica.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** En la Sección 3.1, se describe lo que usted puede hacer para asegurarse de que los registros que tengamos de lo que ha gastado estén completos y actualizados.

SECCIÓN 2 Etapas de pago de medicamentos para miembros de VillageHealth

Hay **3 etapas de pago de medicamentos** para su cobertura de medicamentos bajo VillageHealth. El monto que usted paga por cada receta médica depende de la etapa en la que se encuentre cuando surta o resurta una receta. Los detalles de cada etapa se explican en este capítulo. Las etapas son:

- **Etapas de pago de medicamentos**
- **Etapas de pago de medicamentos**
- **Etapas de pago de medicamentos**

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

Nuestro plan lleva un registro de sus costos de medicamentos recetados y de los pagos que realiza cuando surte recetas en la farmacia. De esta manera, podemos decirle cuándo ha pasado de una etapa de pago de un medicamento a la siguiente. Hacemos un seguimiento de 2 tipos de costos:

- **Gastos de su bolsillo:** este es el monto que pagó. Esto incluye lo que pagó cuando recibió un medicamento cubierto de la Parte D, cualquier pago por sus medicamentos realizado por familiares o amigos, y cualquier pago por sus medicamentos realizado por “Ayuda adicional” (Extra Help)” de Medicare, planes médicos de empleadores o sindicatos, Servicio de Salud Indígena, programas de asistencia para medicamentos contra el AIDS, organizaciones benéficas y la mayoría de los programas estatales de asistencia farmacéutica (SPAP).
- **Costo totales de los medicamentos:** este es el total de todos los pagos realizados por sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Incluye lo que nuestro plan pagó, lo que usted pagó y lo que otros programas u organizaciones pagaron por sus medicamentos de la Parte D cubiertos.

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 lo siguiente:

- **Información de ese mes.** Este informe proporciona detalles de pago sobre los medicamentos recetados que usted surtió durante el mes anterior. Muestra los costos totales de los medicamentos, lo que pagó nuestro plan y lo que usted y otras personas pagaron en su nombre.
- **Totales del año desde el 1 de enero.** Esto muestra los costos totales de los medicamentos y el total de pagos efectuados por sus medicamentos desde principios de año.
- **Información sobre el precio del medicamento.** Esto muestra el precio total del medicamento y la información sobre los cambios en el precio desde el primer surtido para cada reclamación de receta de la misma cantidad.
- **Medicamentos recetados alternativos disponibles de menor costo.** Esto muestra información sobre otros medicamentos disponibles que tienen un costo compartido más bajo para cada reclamación de 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 nos ayuda a asegurarnos de conocer las recetas que está surtiendo y lo que está pagando.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** Es posible que, en ocasiones, usted deba pagar la totalidad del costo de un medicamento con receta. En estos casos, no recibimos automáticamente la información que necesitamos para llevar un registro de los gastos que paga de su bolsillo. Para ayudarnos a llevar un registro de los gastos que paga de su bolsillo, denos copias de los recibos. **Estos son ejemplos de momentos en los que debe darnos copias de sus recibos de sus medicamentos:**
 - cuando usted compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuento que no sea parte del beneficio de nuestro plan.
 - cuando realiza un copago por los medicamentos que se proporcionan en virtud de un programa de asistencia al paciente del fabricante del medicamento.
 - cada vez que compra medicamentos cubiertos en una farmacia fuera de la red u otras veces que paga el precio total de un medicamento cubierto en circunstancias especiales.
 - Si le facturan un medicamento cubierto, puede pedirle a nuestro plan que pague la parte del costo que le corresponde. Para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo, consulte el Capítulo 7, Sección 2.
- **Envíenos la información sobre los pagos que terceros hayan realizado por usted.** Los pagos realizados por otras personas u organizaciones también se tienen en cuenta en los costos que paga de su bolsillo. Por ejemplo, para los costos que paga de su bolsillo, se tienen en cuenta los pagos realizados por un Programa estatal de asistencia farmacéutica, un Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP), el Servicio de salud para la población india estadounidense y la mayoría de las organizaciones benéficas. Mantenga un registro de estos pagos y envíenoslos para que podamos hacer un seguimiento de sus costos.
- **Revise el informe que le enviamos por escrito.** Cuando reciba una *EOB de la Parte D*, revísela para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si le parece que el informe está incompleto o tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Miembros en 1-800-399-7226 (los usuarios de TTY llaman a 711). Puede acceder a los estados de cuenta electrónicos de la EOB de la Parte D iniciando sesión en **Express-Scripts.com** y luego ir a **Select Communication Preferences (Seleccionar preferencias de comunicación)** en **My Account (Mi cuenta)**. Haga clic en **Edit preferences (Editar preferencias)** y luego elija obtener sus materiales impresos en línea. Luego recibirá sus estados de cuenta de la EOB de la Parte D de Medicare en línea en lugar de por correo

postal. Esto no tiene costo y puede volver a recibir las EOB impresas en cualquier momento. Los visitantes que accedan por primera vez deberán registrarse con su número de identificación de miembro de SCAN Health Plan. Asegúrese de guardar estos informes.

SECCIÓN 4 La Etapa del deducible

La Etapa del deducible es la primera etapa de pago de la cobertura para medicamentos. El deducible no se aplica a los productos de insulina cubiertos ni a la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, incluidas las vacunas contra la culebrilla, el tétanos y los viajes. Pagará un deducible anual de \$370 en los medicamentos de Nivel 2: Genéricos, Nivel 3: Marca preferida, Nivel 4: Medicamento no preferido, y Nivel 5: Nivel especializado. **Debe pagar el costo total de sus medicamentos de Nivel 2: Genéricos, Nivel 3: Marca preferida, Nivel 4: Medicamento no preferido, y Nivel 5: Nivel especializado** hasta que alcance el monto del deducible del plan. Para todos los demás medicamentos, no deberá pagar ningún deducible. Por lo general, el **costo total** es menor que el precio total normal del medicamento, ya que nuestro plan negoció costos más bajos para la mayoría de los medicamentos en las farmacias de la red. El costo total no puede exceder el precio justo máximo más las tarifas de dispensación para medicamentos con precios negociados bajo el Medicare Drug Price Negotiation Program.

Una vez que haya pagado \$370 por los medicamentos de Nivel 2: Genéricos, Nivel 3: Marca preferida, Nivel 4: Medicamento no preferido, y Nivel 5: Nivel especializado, 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 en sí y de dónde lo obtiene

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

El plan tiene niveles de cinco costo compartido

Todos los medicamentos de la Lista de medicamentos del plan se encuentran en uno de los cinco niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor sea el número de nivel de costo compartido, mayor será el costo del medicamento que le corresponderá pagar:

- Nivel de costos compartidos 1: Genéricos preferidos. Este nivel incluye medicamentos genéricos (el nivel más bajo).
- Nivel de costo compartido 2: Genéricos. Este nivel incluye medicamentos genéricos.

- Nivel de costo compartido 3: Marca preferida. Este nivel incluye insulina, otros medicamentos de marca registrada y algunos medicamentos genéricos.
 - Usted paga \$35 por el suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.
- Nivel de costo compartido 4: Medicamento no preferido. Este nivel incluye medicamentos de marca y algunos medicamentos genéricos.
- Nivel de costo compartido 5: Nivel especializado. Este nivel incluye medicamentos especializados (el nivel más alto).

Para saber en qué nivel de costo compartido está su medicamento, consulte la Lista de medicamentos del plan.

Sus opciones de farmacia

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

- Una farmacia minorista de la red que ofrece costo compartido estándares. Es posible que los costos sean menores en las farmacias que ofrecen costo compartido preferidos.
- Una farmacia minorista de la red que ofrece costos compartidos preferidos costo compartido.
- Una farmacia que no es de la red de nuestro plan. Cubrimos medicamentos con receta obtenidos en farmacias fuera de la red solamente en situaciones limitadas. Para saber cuándo cubriremos un medicamento con receta médica surtido en una farmacia fuera de la red, consulte el Capítulo 5, Sección 2.4.
- La farmacia de pedido por correo de nuestro plan.

Para obtener más información sobre las opciones de farmacias y la obtención de los medicamentos con receta, consulte el Capítulo 5 de el *Directorio de proveedores y farmacias* del plan a www.villagehealthca.com/what-is-village-health.

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

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

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

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

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

Nivel		estándar para minoristas dentro de la red (hasta un suministro para 30 días)	preferido para minoristas dentro de la red (hasta un suministro para 30 días)	estándar para pedidos por correo postal (hasta un suministro para 30 días)	preferido para pedidos por correo postal (hasta un suministro para 30 días)	atención a largo plazo (Long-term care, LTC) (hasta un suministro para 31 días)	Costo compartido fuera de la red * (La cobertura se limita a ciertas situaciones; consulte Capítulo 5 para más detalles). (hasta un suministro para 30 días)
Costos compartidos Nivel 1 (Genéricos preferidos)		\$5 copago	\$0 copago	\$5 copago	\$0 copago	\$5 copago	\$5 copago
Costos compartidos Nivel 2 (Genéricos)		\$7 copago	\$2 copago	\$7 copago	\$2 copago	\$7 copago	\$7 copago
Costos compartidos Nivel 3 (Marca preferida)	Insulina	\$35 copago	\$35 copago	\$35 copago	\$35 copago	\$35 copago	\$35 copago
	Otros medicamentos	25 % del costo total	25 % del costo total	25 % del costo total	25 % del costo total	25 % del costo total	25 % del costo total
Costos compartidos Nivel 4 (Medicamento no preferido)		25 % del costo total	25 % del costo total	25 % del costo total	25 % del costo total	25 % del costo total	25 % del costo total
Costos compartidos Nivel 5 (Nivel especializado)		25 % del costo total	25 % del costo total	25 % del costo total	25 % del costo total	25 % del costo total	25 % del costo total

* Puede obtener medicamentos en una farmacia fuera de la red, pero podría pagar más que en una farmacia de la red.

** Si recibe “Ayuda Adicional” (Extra Help), la parte del costo que debe solventar de los medicamentos recetados cubiertos de la Parte D puede variar según el nivel de “Ayuda Adicional” (Extra Help) que reciba. Para obtener más información sobre el costo de los medicamentos, consulte el anexo (Cláusula adicional LIS).

No pagará más de \$35 por el suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto independientemente del nivel de costo compartido, incluso aunque no haya pagado su deducible.

Consulte la Sección 8 de este capítulo para obtener más información sobre los 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 no deba pagar el costo del mes completo

Por lo general, el monto que paga por un medicamento con receta cubre el suministro para un mes completo. Es posible que, en algunos casos, usted o su médico deseen que usted tenga 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 dispense un suministro para menos de un mes completo de sus medicamentos si esto le ayudará a planificar mejor las fechas de resurtido de diferentes medicamentos con receta.

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

- Si es responsable de pagar un coseguro, paga un porcentaje del costo total del medicamento. Como el coseguro depende del costo total del medicamento, su costo será menor, ya que el costo total del medicamento será menor.
- Si usted es responsable de un copago del medicamento, solo pagará la cantidad de días del medicamento que usted recibe en lugar de un mes entero. Calcularemos la cantidad que paga por día por su medicamento (el costo compartido diario) y lo multiplicaremos por la cantidad de días del medicamento que recibe.

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

Puede adquirir un suministro a largo plazo, también denominado “suministro extendido”, de determinados medicamentos. Un suministro a largo plazo es de hasta un suministro de para 100 días.

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

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

Nivel		Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (suministro de 100 días)	Costo compartido minorista preferido (dentro de la red) (suministro de 100 días)	Costo Pedido por correo compartido estándar (suministro de 100 días)	Costo Pedido por correo compartido preferido (suministro de 100 días)
Costos compartidos Nivel 1 (Genéricos preferidos)		\$15 copago	\$0 copago	\$15 copago	\$0 copago
Costos compartidos Nivel 2 (Genéricos)		\$21 copago	\$6 copago	\$21 copago	\$6 copago
Costos compartidos Nivel 3 (Marca preferida)	Insulina	\$105 copago	\$105 copago	\$105 copago	\$105 copago
	Otros medicamentos	25 % del costo total	25 % del costo total	25 % del costo total	25 % del costo total
Costos compartidos Nivel 4 (Medicamento no preferido)		25 % del costo total	25 % del costo total	25 % del costo total	25 % del costo total
Costos compartidos Nivel 5 (Nivel especializado)		El suministro a largo plazo no está disponible para medicamentos de Nivel 5	El suministro a largo plazo no está disponible para medicamentos de Nivel 5	El suministro a largo plazo no está disponible para medicamentos de Nivel 5	El suministro a largo plazo no está disponible para medicamentos de Nivel 5

No pagará más de \$70 por el suministro para hasta 2 meses o \$105 por el suministro para hasta 3 meses de cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de costo compartido, incluso aunque usted no haya pagado su deducible.

* Si recibe “Ayuda Adicional” (Extra Help), la parte del costo que debe solventar de los medicamentos recetados cubiertos de la Parte D puede variar según el nivel de “Ayuda Adicional” (Extra Help) que reciba. Para obtener más información sobre el costo de los medicamentos, consulte el anexo (“Cláusula adicional LIS”).

Sección 5.5 Permanecerá en la Etapa de cobertura inicial hasta que los costos que paga de su bolsillo alcancen los \$2,100

Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que los costos que pague de su bolsillo totales alcancen los \$2,100. Usted pasa a la Etapa de cobertura catastrófica.

La *EOB de la Parte D* que usted recibirá lo ayudará a llevar un registro del monto que usted, el plan y terceros han gastado en su nombre durante el año. No todos los miembros llegan al límite de \$2,100 límite de paga de su bolsillo en un año.

Le informaremos si usted alcanza este monto. Para saber cómo Medicare calcula los gastos que paga de su bolsillo, consulte la Sección 1.2.

SECCIÓN 6 Etapa de cobertura catastrófica

En la Etapa de cobertura catastrófica, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted entra en la Etapa de cobertura catastrófica cuando los costos que paga de su bolsillo alcanzan el límite de \$2,100 para el año calendario. Una vez que está en la Etapa de cobertura catastrófica, se quedará en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.

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

SECCIÓN 7 Información de beneficios adicionales

Medicamentos preparados y su cobertura:

Los medicamentos preparados se elaboran mezclando o alterando los medicamentos con receta existentes por una variedad de motivos. A veces, un individuo no puede utilizar la versión estándar del producto debido a una alergia a uno de sus ingredientes. En otros casos, la forma farmacéutica correcta no se encuentra disponible en el corto plazo, por lo tanto se necesita transformar los medicamentos ofrecidos comercialmente en una formulación diferente. Para las personas que no pueden tragar comprimidos o cápsulas, los procedimientos de preparación pueden personalizar un medicamento en un polvo, líquido, pastilla, supositorio u otra formulación.

Los medicamentos preparados no están aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA), a diferencia de los medicamentos enumerados en nuestro formulario. Sin la supervisión de la FDA, existe un factor de riesgo adicional involucrado cuando se elabora un producto preparado porque no se analiza para determinar la pureza, estabilidad, seguridad, efectividad o dosificación. Debido a que la calidad del producto preparado puede estar comprometida, la FDA recomienda administrar un producto aprobado que haya sido sometido a análisis rigurosos en lugar de medicamentos preparados en la medida de lo posible.

Nuestro plan no cubre todos los medicamentos preparados. En algunos casos, ciertos medicamentos preparados están “excluidos” de la cobertura por parte de Medicare. En otros

casos, hemos decidido no cubrir un producto preparado en particular. Para asegurar la utilización apropiada de medicamentos compuestos, pueden aplicarse restricciones y ciertas normas; por ejemplo, requisitos para Autorización previa y Límite de cantidad, etc.

Se aconseja a nuestros miembros que utilicen medicamentos compuestos solo cuando sea médicamente necesario. Si tiene alguna inquietud sobre los medicamentos preparados y su cobertura, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este documento) o visite nuestro sitio web (www.villagehealthca.com).

SECCIÓN 8 Lo que pagas por las vacunas de la Parte D

Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas – Algunas vacunas se consideran beneficios médicos y están cubiertas por la Parte B. Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas en la Lista de medicamentos del plan. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos sin costo alguno para usted, incluso si no ha pagado su deducible. Consulte la Lista de medicamentos de su plan o póngase en contacto con Servicios para Miembros en 1-800-399-7226 (los usuarios de TTY llaman a 711) para obtener información sobre cobertura y costo compartido en relación con vacunas específicas.

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

- La primera parte de la cobertura es el costo de **la vacuna en sí**.
- La segunda parte de la cobertura es el costo de **aplicarle la vacuna** (a veces se lo denomina administración de la vacuna).

El costo de la vacuna de la Parte D depende de tres factores:

- 1. Si la vacuna está recomendada para adultos por una organización llamada Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP).**
 - La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos están recomendadas por el ACIP y no le cuestan nada a usted.
- 2. Dónde recibe la vacuna.**
 - La vacuna en sí puede entregarse en una farmacia o en un consultorio médico.
- 3. Quién le aplica la vacuna.**
 - Un farmacéutico u otro proveedor puede aplicar la vacuna en la farmacia. Otra alternativa es que la aplique un proveedor en un consultorio médico.

Lo que usted paga en el momento en que se le aplica la vacuna de la Parte D puede variar dependiendo de las circunstancias y de la **etapa de pago de medicamentos** en la que se encuentre.

- A veces, cuando se le aplica una vacuna, tiene que pagar el costo total tanto de la vacuna en sí como del proveedor que se la aplica. Puede solicitarle a nuestro plan que le devuelva la parte que le corresponde pagar del costo. En el caso de la mayoría de las

vacunas de la Parte D para adultos, esto significa que se le reembolsará todo lo que haya pagado.

- Otras veces, cuando se le aplique una vacuna, pagará sólo la parte del costo que le corresponda de acuerdo con su beneficio de la Parte D. Por la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, no pagará nada.

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

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

- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, usted no pagará nada.
- Para otras vacunas de la Parte D, usted pagará a la farmacia su coseguro o copagos por la vacuna en sí, lo cual incluye el costo de la aplicación de la vacuna.
- Nuestro plan pagará el resto de los costos.

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

- Cuando reciba la vacuna, quizás deba pagar el costo total de la vacuna propiamente dicha y el costo del proveedor que se la aplica.
- Luego, puede pedirle a nuestro plan que pague nuestra parte del costo utilizando los procedimientos que se describen en el capítulo 7.
- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, le reembolsarán todo el monto que haya pagado. Para otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará la cantidad que pagó menos los coseguro o copagos de la vacuna (incluida la aplicación), y menos la diferencia que exista entre el monto que le cobre el médico y lo que normalmente pagamos. (Si recibe Ayuda adicional, le reembolsaremos la diferencia).

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

- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, usted no paga nada por la vacuna en sí.
- Para otras vacunas de la Parte D, usted paga a la farmacia coseguro o copagos por la vacuna en sí.
- Cuando su médico le administre la vacuna, es posible que deba pagar el costo total por este servicio.
- Luego, puede solicitarle a nuestro plan que pague nuestra parte del costo mediante los procedimientos que se describen en el Capítulo 7.

- Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, se le reembolsará el monto total que pagó.

Los consultorios médicos seleccionados pueden procesar la vacuna de la Parte D o la tarifa administrativa, electrónicamente.

CAPÍTULO 7:

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

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde por los medicamentos o servicios cubiertos

A veces, cuando reciba atención médica o un medicamento con receta, es posible que deba pagar el costo total. Otras veces, se dará cuenta de que ha pagado más de lo que pensaba que debía pagar según las normas de cobertura del plan o que reciba una factura de un proveedor. En estos casos, puede pedirle a nuestro plan que le devuelva el dinero (a la acción de devolver el dinero a menudo se le llama reembolso). Usted tiene derecho a recibir el reintegro de nuestro plan cuando ha pagado más de la parte que le corresponde pagar por el costo de servicios médicos o medicamentos cubiertos por nuestro plan. Es posible que deba cumplir algunas fechas límite para que le devuelvan el dinero. Consulte la Sección 2 de este capítulo.

A veces, también puede suceder que reciba una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que recibió o, posiblemente, por más que su parte del costo compartido, como se analiza en el documento. Primero, trate de resolver 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 deben estar cubiertos. Si decidimos que deben estar cubiertos, le pagaremos al proveedor directamente. Si decidimos no pagarla, notificaremos al proveedor. Usted nunca debe pagar más que el costo compartido permitido por el plan. Si este proveedor tiene contrato con nosotros, usted igualmente tiene derecho a recibir tratamiento.

Ejemplos de situaciones en las que puede que deba solicitarle al plan que le devuelva el dinero o que pague una factura que ha recibido:

1. Cuando recibe atención médica de emergencia o de urgencia de un proveedor fuera de la red de nuestro plan.

Fuera del área de servicio, usted puede recibir servicios de emergencia o de urgencia de cualquier proveedor, independientemente de que el proveedor pertenezca o no a nuestra red. En esos casos,

- solo es responsable de pagar la parte del costo que le corresponde a usted por los servicios de emergencia o de urgencia. Los proveedores de emergencia tienen la obligación legal de brindar atención de emergencia.

- Si usted, paga el monto total en el momento de recibir el servicio, pídanos que le reembolsemos el monto del costo que nos corresponde pagar. Envíenos la factura junto con la documentación de los pagos que haya realizado.
- Puede recibir una factura del proveedor en la que le solicite un pago que usted cree que no le corresponde. Envíenos la factura, junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado.
 - Si se le debe algo al proveedor, le pagaremos directamente.
 - Si ya pagó más de su parte del costo del servicio, determinaremos cuánto debía y le reembolsaremos nuestra parte del costo.

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

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

- Usted solo tiene que pagar el monto costo compartido cuando recibe servicios cubiertos. No permitimos a los proveedores agregar cargos adicionales, lo que se denomina **facturación de saldos**. Esta protección (que nunca paga más que el monto de sus costo compartido) se aplica aun cuando pagamos menos de lo que el proveedor factura por un servicio, incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.
- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red cuyo monto usted considera que es más de lo que debe pagar, envíenosla. Nos pondremos en contacto con el proveedor directamente y resolveremos el problema de facturación.
- Si ya le ha pagado una factura a un proveedor de la red, pero cree que pagó demasiado, envíenosla junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado y pídanos reembolsarle la diferencia entre el monto que pagó y el que debe según el plan.

3. Si está inscrito retroactivamente en nuestro plan

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

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

4. Cuando surte un medicamento con receta en una farmacia fuera de la red

Si usted va a una farmacia fuera de la red, la farmacia probablemente no pueda presentarnos el reclamo directamente a nosotros. Si esto sucede, usted deberá pagar el costo total de sus medicamentos con receta.

Conserve el recibo y envíenos una copia cuando solicite el reembolso de nuestra parte del costo. Recuerde que solo cubrimos farmacias fuera de la red en circunstancias limitadas. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.4 para ver un análisis de estas circunstancias. Es posible que no le devolvamos la diferencia entre lo que pagó por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el monto que pagaríamos en una farmacia dentro de la red.

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

Si usted no lleva con usted su tarjeta de miembro del plan, puede pedirle a la farmacia que llame al plan o busque la información de inscripción del plan. Sin embargo, si la farmacia no puede obtener la información sobre la inscripción que necesita de inmediato, es posible que deba pagar usted mismo el costo total del medicamento con receta.

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso de la parte que nos corresponde del costo. Es posible que no le devolvamos el costo total que pagó si el precio en efectivo que pagó es mayor que nuestro precio negociado por el medicamento recetado.

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

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

- Por ejemplo, el medicamento puede no estar en la Lista de medicamentos del plan o podría tener un requisito o restricción que usted no conocía o que no cree que debería aplicarse a usted. Si usted decide obtener el medicamento de inmediato, es posible que deba pagar 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. Es posible que no le devolvamos el costo total que pagó si el precio en efectivo que pagó es mayor que nuestro precio negociado por el medicamento recetado.

Cuando nos envíe una solicitud de pago, la revisaremos y decidiremos si el servicio o el medicamento deben estar cubiertos. Esto se denomina tomar una **decisión de cobertura**. Si decidimos que debería estar cubierto, pagaremos nuestra parte del costo del servicio o

medicamento. Si rechazamos su solicitud de pago, usted 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 el reembolso enviándonos una solicitud por escrito. Si envía una solicitud por escrito, envíe su factura y documentación de cualquier pago que haya realizado. Es una buena idea hacer una copia de su factura y recibos para sus registros. **Debe enviarnos su reclamación dentro de 12 meses para reclamaciones médicas y 36 meses para reclamaciones de medicamentos recetados** 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 (www.villagehealthca.com) o llame a Servicios para Miembros en 1-800-399-7226 (los usuarios de TTY llaman a 711) y pida el formulario.

Para reclamos médicos, envíe su solicitud de pago por correo junto con cualquier factura detallada, los registros médicos o el comprobante o recibo de pago a la siguiente dirección:

VillageHealth

ATTN: Claims Department [Departamento de reclamos]

P.O. Box 21543

Eagan, MN 55121

Para reclamos por medicamentos con receta, envíe su solicitud de pago por correo junto con las facturas o los recibos que tenga a esta dirección:

Express Scripts

ATTN: Medicare Part D

P.O. Box 52023

Phoenix, AZ 85082

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 nuestra parte del costo. Es posible que nuestra parte del costo no sea el monto total que usted pagó (por ejemplo, si obtuvo un medicamento en una farmacia fuera de la red o si el precio en efectivo que pagó por un medicamento es mayor que nuestro precio negociado). Si ya ha pagado por el servicio o medicamento, le enviaremos por correo su reembolso de nuestra parte del costo. Si aún no ha pagado por el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo el pago directamente al proveedor.
- Si tomamos la decisión de *no* cubrir el medicamento o la atención médica o si usted *no* cumplió con todas las normas, no pagaremos la parte que nos corresponde del costo. Le enviaremos una carta explicando 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, el medicamento o la atención médica, puede presentar una apelación

Si usted piensa que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago o en 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 los detalles de cómo realizar esta apelación, consulte el Capítulo 9.

CAPÍTULO 8:

Sus derechos y responsabilidades

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

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

Nuestro plan debe garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se presten 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 antecedentes culturales y étnicos diversos. Algunos ejemplos de las formas en que nuestro plan puede cumplir con estos requisitos de accesibilidad incluyen, pero no están a título enunciativo, la provisión servicios de traducción, los servicios de interpretación, los telescritores o la conexión TTY (teléfono de texto o teléfono de telescritores).

El plan cuenta con servicios gratuitos de interpretación para responder las preguntas de los afiliados que no hablan inglés. Podemos brindarle información en otros idiomas distinto del inglés, como Español, braille, en letra grande u otros formatos alternativos sin costo alguno. Estamos obligados a brindarle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Para obtener información de nosotros de una manera que le funcione a usted, llame a Servicios para Miembros al 1-800-399-7226 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Nuestro plan tiene la obligación de darles a las mujeres inscritas la opción de tener acceso directo a un especialista de salud de la mujer dentro de la red para los servicios de atención médica de rutina y preventivos.

Si los proveedores de una especialidad de la red del plan no están disponibles, es responsabilidad del plan encontrar proveedores de la especialidad fuera de la red que le brinden la atención necesaria. En este caso, usted solo pagará los costo compartido dentro de la red. Si se encuentra en una situación en la que no hay especialistas de la red del plan que cubran un servicio que usted necesita, llame al plan para obtener información sobre a dónde debe dirigirse para obtener este servicio por un costo compartido dentro de la red.

Si tiene dificultades para obtener información del plan en un formato accesible y adecuado para usted, y necesita consultar a un especialista en salud femenina o encontrar un especialista de la red, llame para presentar una queja ante el Servicios para Miembros al 1-800-399-7226. También puede presentar un reclamo 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.

Debemos proporcionarle información de una manera que sea conveniente para usted (en otros idiomas que no sean el inglés, en braille, grabación de audio, letra grande u otros formatos alternativos, etc.).

Nuestro plan debe garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se brinden de manera culturalmente competente y sean accesibles para todas las personas inscritas, incluyendo aquellas con dominio limitado del inglés, habilidades de lectura limitadas, discapacidad auditiva o aquellos con distintos orígenes culturales y étnicos. Ejemplos de cómo nuestro plan puede cumplir con estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros, la prestación de servicios de traductores, servicios de interpretación, teletipos o conexión TTY (teléfono de texto o teléfono de teletipo).

Nuestro plan cuenta con servicios de interpretación gratuitos para responder preguntas de los miembros que no hablan inglés. También podemos proporcionarle información en otros idiomas además del inglés, incluidos español y braille, en letra grande u otros formatos alternativos, 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 nuestra de una manera que le resulte más conveniente, llame a Servicios para Miembros al 1-800-399-7226 (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 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 de nuestro plan para una especialidad no están disponibles, es responsabilidad de nuestro plan encontrar proveedores especializados fuera de la red que le brinden la atención necesaria. En este caso, solo pagará el gasto 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 puede recibir este servicio con el mismo gasto compartido que en la red.

Si tiene problemas para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, consultar a un especialista en salud de la mujer o encontrar un especialista de la red, llame para presentar un reclamo ante Servicios para Miembros al 1-800-399-7226. 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 por TTY al 1-800-537-7697.

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

Usted tiene derecho a elegir a un proveedor preferido (POC) de la red del plan que posibilite y coordine los servicios cubiertos. No le pedimos que obtenga una remisión para acudir a proveedores de la red.

Tiene derecho a programar citas con los proveedores de la red del 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. 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, la del Capítulo 9 le indica qué puede hacer.

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

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

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

¿Cómo protegemos la privacidad de su información de salud?

- Nos aseguramos de que personas no autorizadas no vean ni cambien sus registros.
- Salvo en las circunstancias que se indican abajo, si tenemos la intención de dar su información a cualquier persona que no le brinde atención o pague su atención, *tenemos la obligación de obtener antes el permiso por escrito de usted o de una persona a la que usted haya dado el poder legal de tomar decisiones en su nombre*.
- Hay ciertas excepciones que no nos obligan a obtener antes su permiso por escrito. Estas excepciones las permite o exige la ley.
 - Se nos exige divulgar información de salud a agencias del gobierno que controlan la calidad de la atención médica.
 - Como 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 divulga su información para investigación u otros usos, esto se hará de acuerdo con los estatutos y reglamentaciones federales; normalmente, esto requiere que no se comparta la información que lo identifique a usted de forma individual.

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

Usted tiene derecho a ver sus registros médicos poder del 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 Miembros en 1-800-399-7226 (los usuarios de TTY llaman a 711).

Aviso sobre prácticas de privacidad de SCAN

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. REVÍSELA DETALLADAMENTE.

La ley requiere que SCAN Health Plan, SCAN Desert Health Plan, Inc., SCAN Health Plan Nevada, Inc., SCAN Health Plan Texas, Inc., y SCAN Health Plan (New Mexico), a los que se hace referencia colectivamente en este aviso como ("SCAN"), mantengan la privacidad de la información de salud sobre usted, y que le proporcionen este Aviso sobre nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad. Debemos seguir las prácticas de privacidad que se describen en este Aviso mientras esté en efecto. Este aviso entró en vigencia el 14 de mayo de 2013 y se revisó por última vez el 11 de abril de 2023. Este aviso de privacidad está sujeto a cambios y permanecerá vigente hasta que lo reemplacemos o modifiquemos.

Protección de su privacidad

En SCAN, entendemos la importancia de mantener la confidencialidad de su información médica y nos comprometemos a usar su información médica de acuerdo con las leyes estatales y federales. En este Aviso se explica cómo usamos su información médica y se describe cómo podemos compartir su información médica con otras personas involucradas en su atención médica. En este Aviso también se enumeran los derechos que usted tiene con respecto a su información médica y cómo puede ejercer esos derechos.

Información médica protegida

A los efectos de este Aviso, "información médica" o "información" se refiere a la información médica protegida o PHI. La información médica protegida se define como información que identifica quién es usted y se relaciona con su salud o afección física o mental pasada, presente o futura, el suministro de atención o el pago por la atención.

Cómo utilizamos su información médica

SCAN utiliza y comparte su información médica con fines de tratamiento, pago, operaciones de atención médica y otros usos permitidos o requeridos por la ley federal, estatal o local.

Tratamiento

SCAN puede usar o divulgar su información médica a proveedores de atención médica (médicos, hospitales, farmacias y otros cuidadores) que la soliciten en relación con su tratamiento sin su autorización por escrito. Tenga en cuenta que sus registros médicos se almacenan en el consultorio de su médico. Estos son algunos ejemplos de cómo SCAN puede compartir su información:

- Podemos compartir información con su médico o grupo médico cuando sea necesario para que usted reciba tratamiento.
- Podemos compartir información sobre usted con un hospital para que reciba la atención adecuada.
- Podemos compartir información sobre usted con los proveedores del plan que participan en la prestación de sus servicios de atención médica. Esto incluye compartir su información médica como parte de un intercambio de información de salud o “HIE” local, estatal o nacional.

Pago

SCAN puede usar y divulgar su información médica a los efectos del pago de los servicios de atención médica que recibe, sin su autorización por escrito. Esto puede incluir el pago de reclamos, la elegibilidad, la administración de la utilización y las actividades de administración de la atención. Por ejemplo:

- Podemos proporcionar su información de elegibilidad a su grupo médico, para que se les pague de manera precisa y oportuna.
- Podemos compartir información sobre usted con un hospital para asegurarnos de que los reclamos se facturen correctamente.
- Podemos proporcionar su información a una entidad externa para garantizar que su médico u hospital reciba un pago preciso y oportuno.

Operaciones de atención médica

SCAN puede utilizar y divulgar su información médica para apoyar diversas actividades comerciales sin su autorización por escrito. Las operaciones de atención médica son actividades relacionadas con las funciones comerciales normales de SCAN. Por ejemplo, podemos compartir información con otros para cualquiera de los siguientes propósitos:

- Actividades de gestión y mejora de la calidad, como actividades de acreditación y revisiones por pares.
- Actividades de contratación con proveedores y vendedores de planes.
- Investigaciones y estudios, como encuestas de satisfacción de miembros.
- Actividades de cumplimiento y reglamentarias.
- Actividades de gestión de riesgos.
- Estudios y programas de gestión de poblaciones y enfermedades.
- Actividades de quejas y apelaciones.

SCAN no puede usar ni divulgar su información de salud genética para propósitos de suscripción.

Otros usos y divulgaciones permitidos

SCAN puede usar o divulgar su información de salud sin su autorización por escrito, para los siguientes propósitos bajo circunstancias limitadas:

- Para las agencias estatales y federales que tienen el derecho legal de recibir datos, como para asegurarse de que SCAN está haciendo los pagos adecuados y para ayudar a los programas federales/estatales de Medicaid.
- Para actividades de salud pública, como reportar brotes de enfermedades o socorro en casos de desastre.
- Para actividades de supervisión de la atención médica del gobierno, como investigaciones de fraude y abuso o la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA).
- Para procedimientos judiciales, de arbitraje y administrativos, por ejemplo, en respuesta a una orden judicial, citación u orden de registro.
- Para que un investigador del tribunal testamentario determine la necesidad de tutela o curatela.
- Para fines de aplicación de la ley, como proporcionar información limitada para localizar a una persona desaparecida.
- Para estudios de investigación que cumplan con todos los requisitos de la ley de privacidad, como la investigación relacionada con la prevención de enfermedades o discapacidades.
- Para evitar una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad.
- Para contactarlo sobre beneficios nuevos o modificados bajo Medicare o SCAN.
- Para contactarlo para recordarle las visitas/entregas.
- Para crear una recopilación de información que ya no se pueda rastrear hasta usted.
- Para problemas que se refieran a abuso y negligencia de niños o ancianos.
- Para casos de muerte, como un médico forense, examinador médico, director de funerarias u organización de adquisición de órganos.
- Para funciones gubernamentales especializadas, como proporcionar información para actividades de seguridad nacional y militares.
- Para reclamos de compensación para trabajadores o autoridades según lo exijan las leyes estatales de compensación para trabajadores.
- Para el patrocinador del plan de un plan de salud grupal o plan de beneficios de bienestar para empleados.
- Para oficiales de aplicación de la ley si usted es un recluso o está bajo custodia. Estos se permitirían si fuera necesario para brindarle servicios médicos a usted o para la protección y seguridad de otros.

- Para amigos o familiares en la medida necesaria para ayudarlo con su atención médica o el pago de su atención médica, si no está disponible para aceptar la divulgación, como en una emergencia médica.
- Según lo exijan las leyes federales, estatales o locales.

Otros usos y divulgaciones no descritos en este Aviso solo se realizarán con su autorización por escrito. Por ejemplo, SCAN necesita su autorización antes de que divulguemos su PHI para lo siguiente: (1) la mayoría de usos y divulgaciones de notas de psicoterapia; (2) usos y divulgaciones para propósitos de marketing; y (3) usos y divulgaciones que involucren la venta de PHI. Usted puede revocar su autorización en cualquier momento, siempre que la solicitud de revocación se haga por escrito y el plan no se haya basado en su autorización para tomar una acción específica.

Compartir su información médica con otras personas

Como parte del negocio normal, SCAN comparte su información con los proveedores del plan contratados (por ejemplo, grupos médicos, hospitales, empresas de administración de beneficios de farmacia, proveedores de servicios sociales, etc.). También compartiremos su PHI con otras compañías y asociados comerciales que llevan a cabo diferentes tipos de actividades para nuestro plan de salud. Es posible que también usemos su PHI para recordarle sus citas. Podemos usar su PHI para brindarle información sobre otros tratamientos u otros beneficios y servicios relacionados con su salud.

SCAN también trabaja para garantizar que su PHI esté disponible para usted al cumplir con la Regla de Bloqueo de Información establecida por la Ley CURES del Siglo XXI.

Además, podemos usar y compartir su PHI directa o indirectamente con intercambios de información de salud (HIE) para pagos, operaciones de atención médica y tratamiento. En todos los casos en los que se comparte su información médica con los proveedores del plan, tenemos un contrato por escrito que contiene un lenguaje diseñado para proteger la privacidad de su información médica. Los proveedores de nuestro plan deben mantener la confidencialidad de la información médica y proteger la privacidad de su información de acuerdo con las leyes estatales y federales, de manera similar a como SCAN protege su información médica.

Sus derechos relacionados con su información médica

Usted puede otorgarnos autorización por escrito para usar o divulgar su información médica a cualquier persona y para cualquier propósito. Si nos da su autorización, puede revocarla por escrito en cualquier momento. Sin embargo, su revocación no afectará ningún uso o divulgación permitidos por su autorización mientras estaba en efecto.

Derecho a solicitar restricciones

Usted tiene derecho a solicitarnos que restrinjamos la manera en que usamos y revelamos su información para tratamientos, pagos u operaciones de atención médica como se describe en el Aviso. También tiene derecho a pedirnos que restrinjamos la información que se nos ha pedido que proporcionemos a los miembros de la familia o a otras personas que participan en su atención médica. No obstante, no estamos obligados a aceptar estas restricciones. Si le

denegamos su solicitud, se lo notificaremos por escrito con los motivos específicos por los que se le denegó la solicitud. Si aceptamos su solicitud de restringir la información médica, no podemos usar ni divulgar su información médica protegida para ese propósito, excepto cuando sea necesario para proporcionar tratamiento en una emergencia. Consulte la definición de “emergencia” en su *Evidencia de cobertura*. Tampoco tenemos que cumplir con su restricción si la ley nos exige divulgar la información o cuando la información es necesaria para su tratamiento.

Usted también tiene el derecho a dar por finalizada una solicitud de restricción que le hayamos concedido. Puede hacerlo con solo llamarnos o escribirnos. También tenemos derecho a poner término a la restricción si usted está de acuerdo con eso o si le informamos por escrito que le pondremos término. Si hacemos esto, solo se aplicará a la información médica que creamos o recibimos después de que le hayamos informado.

Su solicitud de restricción debe hacerse por escrito y debe proporcionarnos la información específica necesaria para cumplir con su solicitud. Esto incluiría la información que desea restringir y a quién desea que se apliquen los límites.

Derecho a inspeccionar y obtener copias

Usted tiene derecho a revisar y obtener una copia de su información médica que esté en nuestro poder. Esta puede incluir los registros utilizados para realizar coberturas, quejas y otras decisiones como miembro de SCAN. *Aviso importante: No tenemos copias completas de sus registros médicos. Si usted desea revisar, obtener una copia o modificar sus registros médicos, comuníquese con su proveedor.*

Su solicitud debe hacerse por escrito y debe incluir la información específica necesaria para cumplir con su solicitud. Si llama al Departamento de Servicios para Miembros, le enviaremos un formulario para que lo utilice; (los números de teléfono se enumeran a continuación en este aviso). O, si lo prefiere, puede enviar su solicitud por escrito a:

SCAN Health Plan

Attention: Member Services (Request to Inspect and Copy)
3800 Kilroy Airport Way
Long Beach, CA 90801-5616

Si mantenemos un registro de salud electrónico que contiene su información médica, usted tiene derecho a solicitarnos que le enviemos una copia de su información médica a usted o a un tercero que usted identifique. Podemos cobrarle una tarifa razonable por el costo de producir la copia electrónica de su información médica y por el franqueo, si corresponde. Usted debe pagar este cargo antes de que le demos las copias. También puede solicitar que le proporcionemos un resumen de su información médica protegida en lugar de toda la información. Si es así, debe pagarnos el costo de preparar esta información resumida antes de que se la proporcionemos.

En algunas situaciones, es posible que rechacemos su solicitud de inspeccionar u obtener una copia de su información médica. Si le denegamos su solicitud, se lo notificaremos por escrito con los motivos específicos por los que se le denegó la solicitud. Nuestra carta también incluirá información sobre cómo puede solicitar una revisión de nuestra denegación si tiene derecho a dicha revisión. Usted tiene derecho a solicitar una revisión de nuestra

denegación solo en tres casos. Estos tres casos involucran situaciones en las que un profesional de la salud con licencia ha determinado que dicho acceso pondría en peligro su vida o su seguridad física o la de otra persona. En nuestra carta también se le informará sobre cualquier otro derecho que tenga de presentar una queja. Estos son los mismos derechos descritos en este Aviso.

Derecho a solicitar una enmienda de la PHI

Usted tiene el derecho de solicitar que modifiquemos su información médica. Su solicitud debe ser presentada por escrito y en ella se deben explicar los motivos por los cuales se debe modificar la información. Su solicitud debe enviarse a nuestro Departamento de Servicios para Miembros a la dirección que figura en la sección “Quejas” de este Aviso.

Denegaremos su solicitud si no la presenta por escrito o si no incluye los motivos de su solicitud. También podemos denegar su solicitud si nos solicita que modifiquemos información que (1) sea precisa y completa, (2) no forme parte de la información médica que SCAN guarda, (3) no forme parte de la información que usted tendría derecho a inspeccionar y copiar, o (4) no haya sido creada por SCAN, a menos que el creador de la información no esté disponible para modificarla.

Si le denegamos su solicitud, le daremos una explicación por escrito. En esta carta se le indicará cómo puede presentar una queja ante nosotros o ante la Secretaría del Department of Health and Human Services. También le informaremos sobre el derecho que tiene de presentar una declaración en desacuerdo con nuestra denegación y otros derechos que pueda tener.

Si aceptamos su solicitud de modificar la información, realizaremos los cambios solicitados en su modificación. Pero primero nos comunicaremos con usted para identificar a las personas a las que desea notificar y para obtener su aprobación para que lo hagamos. Haremos esfuerzos razonables para informar a otros de la modificación e incluir los cambios en cualquier divulgación futura de esa información.

Derecho a recibir comunicaciones confidenciales

Tiene el derecho de solicitarnos que nos comuniquemos con usted de forma confidencial con respecto a su información médica por medios alternativos o a una ubicación alternativa (por ejemplo, correo a una dirección postal o fax a un número designado). Su solicitud debe hacerse por escrito y debe indicar claramente que si la solicitud no se concede, podría ponerlo en peligro. SCAN aceptará las solicitudes razonables.

Derecho a recibir un informe de divulgaciones

Usted tiene el derecho de recibir un informe de las divulgaciones con respecto a su información médica. Por lo general, el informe incluiría las divulgaciones que se encuentran en la sección titulada “Otros usos y divulgaciones permitidos”. El informe no cubrirá las divulgaciones realizadas con fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica, y las que usted haya autorizado.

Todas las solicitudes de informe deben hacerse por escrito y deben incluir la información específica necesaria para cumplir con su solicitud. Este requisito de informe se aplica durante

seis años a partir de la fecha de la divulgación, comenzando con las divulgaciones que ocurran después del 14 de abril de 2003, a menos que solicite un período menor. Si solicita este informe más de una vez en un período de 12 meses, podemos cobrarle un cargo razonable por la preparación del informe de las divulgaciones. Antes de hacerlo, le notificaremos el cargo y le daremos la oportunidad de retirar o limitar su solicitud para reducir el cargo.

Derecho a recibir aviso sobre una filtración de su información médica protegida

Usted tiene el derecho de recibir un aviso de cualquier adquisición, acceso o divulgación no autorizados de su información médica. SCAN proporcionará cualquier aviso legalmente requerido de cualquier uso, adquisición, acceso o divulgación no autorizados de su información médica.

Derecho a recibir una copia de este aviso.

Tiene derecho a obtener una copia adicional de este Aviso en cualquier momento.

Si tiene alguna pregunta acerca de nuestro Aviso sobre prácticas de privacidad o desea solicitar una copia adicional del mismo, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros a los números de teléfono indicados a continuación en este aviso: También puede escribir a la siguiente dirección:

SCAN Health Plan

Attention: Privacy Office
3800 Kilroy Airport Way, Ste 100
Long Beach, CA 90806

O envíe un correo electrónico a la Oficina de Privacidad a PrivacyOffice@scanhealthplan.com, o envíe un fax al 1-562-308-1365.

También puede visitar nuestro sitio web en línea y descargar una versión imprimible del Aviso en www.villagehealthca.com.

Cómo presentar una queja sobre nuestras prácticas de privacidad

Si usted considera que SCAN ha violado sus derechos de privacidad, o si no está de acuerdo con una decisión que tomamos sobre el acceso a su información médica, puede enviar una queja por escrito a la Oficina de Privacidad de SCAN.

Quejas ante SCAN

Si desea presentar una queja ante nosotros, escriba a:

SCAN Health Plan

Attention: Privacy Office
3800 Kilroy Airport Way, Ste 100
Long Beach, CA 90806

O envíe un correo electrónico a PrivacyOffice@scanhealthplan.com, o un fax al 1-562-308-1365.

Si necesita ayuda para presentar una queja, puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros de SCAN a los números de teléfono que figuran a continuación en este aviso.

Quejas ante el Gobierno Federal

También puede notificar al Secretario del Department of Health and Human Services de los Estados Unidos para que presente una queja ante el gobierno federal.

SCAN respalda su derecho a proteger la privacidad de su información personal y sobre la salud. Usted no será objeto de represalia alguna si opta por presentar una queja ante nosotros o ante el Department of Health and Human Services de los Estados Unidos. Presentar una queja no afectará sus beneficios bajo SCAN o Medicare.

Presente una queja ante el gobierno federal aquí:

U.S. Department of Health and Human Services
Office of Civil Rights
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019 (TTY: 1-800-537-7697)

Los formularios de quejas se encuentran disponibles en <https://www.hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint/index.html>.

Quejas al estado (miembros con doble elegibilidad solo para California)

Para los miembros inscritos en planes de salud duales de Medicare y Medi-Cal (Medicaid), también puede comunicarse con:

DHCS Privacy Office
c/o: Office of HIPAA Compliance
California Department of Health Care Services
P.O. Box 997413, MS 0010
Sacramento, CA 95899-7413
Teléfono: 1-916-445-4646 (Voz)
(877) 735-2929 (TTY/TDD)
Correo electrónico: incidents@dhcs.ca.gov

Modificaciones a este aviso

Los términos de este Aviso se aplican a todos los registros que contienen su información médica que SCAN crea o conserva. Nos reservamos el derecho de revisar o modificar este Aviso sobre prácticas de privacidad. Cualquier revisión o enmienda al Aviso será válida para todos sus registros que hayamos creado o mantenido en el pasado. Dicha revisión o enmienda también será válida para cualquiera de sus registros que podamos crear o mantener en el futuro. Si revisamos este Aviso, usted recibirá una copia.

SCAN cumple con las leyes de derechos civiles federales aplicables y no discrimina ni excluye a las personas ni las trata de manera diferente por motivos de raza, color, religión, sexo

(incluido el embarazo, la orientación sexual o la identidad de género), nacionalidad, edad (40 años o más), discapacidad e información genética (incluidos los antecedentes médicos familiares).

SCAN proporciona recursos y servicios gratuitos para que las personas con discapacidades se comuniquen de manera efectiva con nosotros, como intérpretes acreditados de lenguaje de señas e información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).

SCAN proporciona servicios gratuitos de idiomas a personas cuyo idioma principal no es el inglés, como intérpretes calificados e información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, comuníquese con Servicios para Miembros de SCAN a los números de teléfono a continuación para obtener los Planes de salud estatales correspondientes.

Si usted cree que SCAN no prestó estos servicios o lo discriminó de otra forma por motivos de raza, color de la piel, religión, sexo (incluyendo embarazo, orientación sexual o identidad de género), nacionalidad, edad (40 años o más), discapacidad e información genética (incluyendo antecedentes médicos familiares), puede presentar una queja formal en persona, por teléfono, correo o fax, en:

SCAN Member Services
Attention: Grievance and Appeals Department
P.O. Box 22644
Long Beach, CA 90801-5644
Teléfono: para miembros de CA: 1-800-559-3500; para miembros de NM: 1-855-826-7226;
para miembros de NV: 1-855-827-7226; para miembros de TX: 1-855-844-7226; y para
miembros de AZ: 1-855-650-7226
FAX: 1-562-989-0958

O puede completar el formulario "Presentar una queja" en nuestro sitio web: <https://www.scanhealthplan.com/Help-Center/Contact-Us/File-A-Grievance>.

Si necesita ayuda para presentar una queja, Servicios para Miembros de SCAN está disponible para ayudarle.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Department of Health and Human Services de los Estados Unidos por vía electrónica a través del Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal o por teléfono a:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019 (TTY: 1-800-537-7697)

Los formularios de quejas se encuentran disponibles en <https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/index.html>.

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

Como miembro de VillageHealth, usted tiene derecho a obtener de nosotros varios tipos de información.

Si desea cualquiera de estos tipos de información, llame a Servicios para Miembros en 1-800-399-7226 (los usuarios de TTY llaman a 711):

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera del plan.
- **Información sobre los proveedores y las farmacias de nuestra red.** Usted tiene derecho a obtener información sobre las calificaciones de los proveedores y las farmacias de nuestra red y cómo les pagamos.
- **Información acerca de su cobertura y las normas que debe seguir para usarla.** Los Capítulos 3 y 4 proporcionar información sobre los servicios médicos. Los Capítulos 5 y 6 proporcionar información sobre la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D.
- **Información sobre por qué algo no tiene cobertura y qué puede hacer usted al respecto.** En el Capítulo 9 se brinda información sobre cómo pedir una explicación por escrito de por qué un servicio médico o un medicamento de la Parte D no tiene cobertura o si su cobertura está restringida. En el Capítulo 9 también se proporciona información sobre cómo pedirnos que cambiemos una decisión, lo que también se llama apelación.

Sección 1.5 Usted tiene derecho a conocer sus opciones de tratamiento y participar en las decisiones sobre su atención

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

Usted también tiene derecho a participar de 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:

- **Saber acerca de todas sus opciones.** Usted tiene el derecho a ser informado acerca de todas las opciones de tratamiento que se recomiendan para su afección, independientemente de su precio o si son cubiertas por nuestro plan. También incluye la información sobre los programas que nuestro plan ofrece para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos y usarlos de forma segura.
- **Saber acerca de los riesgos.** Usted tiene el derecho a que se le informe sobre los riesgos involucrados en su atención médica. Se le debe informar por adelantado si alguna atención médica o tratamiento propuesto es parte de un experimento de investigación. Usted siempre tiene la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.

- **El derecho a decir “no”.** Tiene derecho a negarse a recibir el tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a retirarse de un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja quedarse. También tiene el derecho a dejar de tomar su medicamento. Desde luego que, si rechaza el tratamiento o deja de tomar los medicamentos, usted acepta la responsabilidad plena de lo que le ocurra a su cuerpo como consecuencia de ello.

Usted tiene derecho a dar instrucciones acerca de lo que deberá hacerse si no puede tomar decisiones médicas por sí mismo

Para información adicional sobre las Directivas anticipadas, puede acceder a oag.ca.gov/consumers/general/care.

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 quiere*, usted puede:

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

Los documentos legales que puede utilizar para dar sus instrucciones con anticipación para estos casos se denominan **directivas anticipadas**. Existen diferentes tipos de directivas anticipadas y nombres diferentes para ellas. Los documentos llamados **testamento vital** y el **poder notarial para la atención médica** son ejemplos de directivas anticipadas.

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

- **Obtener el formulario.** Puede pedir un formulario de directiva anticipada a su abogado, a un asistente social o conseguirlo en algunas tiendas de artículos para oficina. A veces se pueden obtener formularios de instrucciones anticipadas de organizaciones que ofrecen información sobre Medicare.
- **Complételo y fírmelo.** Independientemente del lugar donde obtenga este formulario, tenga en cuenta que se trata de un documento legal. Usted debe considerar solicitarle a un abogado que lo ayude a prepararlo.
- **Entregarles copias a las personas pertinentes.** Usted debe entregarles una copia del formulario al médico y a la persona que nombre en el formulario como la persona que tomará las decisiones en su nombre si usted no puede hacerlo. Le conviene darles copias a algunos amigos cercanos o miembros de la familia. Conserve una copia en su casa.

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

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

Completar un documento de directivas anticipadas es su elección (incluso si desea firmarlo mientras se encuentra en el hospital). Las leyes establecen que nadie le puede denegar atención médica ni discriminarlo en función de su decisión de firmar o no una directiva anticipada.

Si sus instrucciones no se siguen

Si ha firmado instrucciones anticipadas y cree que un médico o el hospital no han respetado las instrucciones que allí menciona, puede presentar una queja ante el California Departamento de Servicios de Atención Médica.

Sección 1.6 Usted tiene derecho a presentar quejas y pedirnos reconsiderar decisiones que hayamos tomado

Si tiene algún problema, inquietud o queja y necesita solicitar cobertura o presentar una apelación, en el Capítulo 9 de este documento se le informa lo que puede hacer. Independientemente de lo que haga (pedir una decisión de cobertura, presentar una apelación o presentar una queja), **tenemos la obligación de tratarlo de manera justa.**

Sección 1.7 Si siente que está siendo tratado injustamente o que sus derechos no son respetados

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

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

- **llamar a Servicios para Miembros en 1-800-399-7226 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)**
- **Llama a tu SHIP local** en 1-800-434-0222
- **llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (TTY los usuarios llaman al 1-877-486-2048)

Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos

Obtenga más información sobre sus derechos en estos lugares:

- **Llame al Servicios para Miembros de nuestro plan al 1-800-399-7226 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)**
- **Llame al SHIP local al 1-800-434-0222**
- **Comuníquese con Medicare**
 - Visite www.Medicare.gov para leer la publicación *Derechos y protecciones de Medicare* (disponible en: www.Medicare.gov/publications/pdf/11534-medicare-rights-and-protections.pdf)
 - Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.)

SECCIÓN 2 Su responsabilidades como miembro de nuestro plan

Lo que tiene que hacer como miembro del plan se enumera a continuación. Para preguntas, llame a Servicios para Miembros en 1-800-399-7226 (los usuarios de TTY llaman a 711).

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las normas que debe seguir para obtenerlos.** En este *Evidencia de cobertura* sabrá lo que está cubierto y las normas que debe cumplir para obtener estos servicios cubiertos.
 - Los Capítulos 3 y 4 dan más detalles sobre sus servicios médicos.
 - Los Capítulos 5 y 6 dan más detalles sobre su cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.
- **Si, además de nuestro plan, tiene cobertura de otro seguro de salud u otra cobertura para medicamentos con receta, debe comunicárnoslo.** Capítulo 1 le informa sobre la coordinación de estos beneficios.
- **Dígalos al médico y a otros proveedores de atención médica que está inscrito en nuestro plan.** Muestre la tarjeta de miembro del plan cada vez que obtenga atención médica o medicamentos con receta de la Parte D.
- **Permita que sus médicos y otros proveedores lo ayuden dándoles información, haciendo preguntas y realizando un seguimiento de su atención.**
 - Para ayudarlo a obtener la mejor atención, cuénteles a sus médicos y otros profesionales de la salud sobre sus problemas de salud. Siga las instrucciones y planes de tratamiento que usted y sus médicos acordaron.
 - Asegúrese de que sus médicos sepan todos los medicamentos que está tomando, incluidos los medicamentos de venta libre, vitaminas y suplementos.
 - Si tiene preguntas, no dude en hacerlas y obtener respuestas que pueda comprender.

- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que usted actúe de una manera que contribuya al buen funcionamiento del consultorio de su médico, hospitales y otras oficinas.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:
 - Debe pagar las primas del plan.
 - Debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare para seguir siendo miembro del plan.
 - Para la mayoría de sus servicios médicos o medicamentos cubiertos por el plan, usted debe pagar su parte del costo al recibir el servicio o el medicamento.
 - Si debe pagar una multa por inscripción tardía, debe pagar la multa para mantener su cobertura para medicamentos con receta.
 - Si debe pagar el monto adicional por la Parte D debido a sus ingresos anuales, debe pagar este monto directamente al gobierno para seguir siendo miembro del plan.
- **Incluso si se muda *dentro* del área de servicio de nuestro plan, debemos estar al tanto** para mantener actualizado su registro de membresía y para saber cómo podemos comunicarnos con usted.
- **Si se muda *fuera* del área de servicio de nuestro plan, no puede seguir siendo miembro de nuestro plan.**
- **Si se muda, también es importante que se lo comunique al Seguro Social (o a la Junta de jubilación para ferroviarios).**

CAPÍTULO 9:

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

SECCIÓN 1 Qué hacer si tiene un problema o una inquietud

En este capítulo se explican 2 tipos de procesos para gestionar los problemas e inquietudes:

- Para ciertos problemas, debe utilizar el **proceso para decisiones de cobertura y apelaciones**.
- Para otros problemas, debe utilizar el **proceso de presentación de reclamos** (también llamadas quejas).

Ambos procesos están aprobados por Medicare. Cada proceso se compone de un conjunto de normas, procedimientos y plazos que usted y nosotros debemos cumplir.

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

Sección 1.1 Términos legales

En algunas normas, procedimientos y tipos de plazos explicados en este capítulo, se utilizan términos legales. Muchos de estos términos no son conocidos por la mayoría de las personas. Para que quede más claro, en este capítulo se utilizan palabras más familiares en lugar de algunos términos legales.

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

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada

Siempre estamos a su disposición para ayudarle. Incluso si tiene un reclamo sobre el trato que le damos, estamos obligados a respetar su derecho a reclamar. Para obtener ayuda, debe llamar siempre a Servicios para Miembros al 1-800-399-7226 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). También es posible que, en algunas situaciones, necesite ayuda o asesoramiento de alguien que no esté relacionado con nosotros. Las siguientes son dos organizaciones que pueden ayudarlo:

Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (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 médico. Los asesores de este programa pueden ayudarle 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 de los asesores de SHIP son gratuitos. Encontrará los números de teléfono y las URL de los sitios web en 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), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Visite www.Medicare.gov.

SECCIÓN 3 Qué proceso utilizar para su problema

¿Su problema o duda están relacionados con sus beneficios o cobertura?

Esto incluye problemas para determinar si la atención médica (productos médicos, servicios médicos o medicamentos de la Parte B) está cubierta o no, la modalidad de cobertura y los problemas relacionados con el pago de la atención médica.

Sí.

Vaya a la **sección 4, Guía sobre decisiones de cobertura y apelaciones.**

No.

Vaya a la **sección 10, Cómo presentar un reclamo sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes.**

Decisiones de cobertura y apelaciones

SECCIÓN 4 Una guía para decisiones de cobertura y apelaciones

Las decisiones y apelaciones de cobertura se refieren a problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura de su atención médica (servicios, suministros, y medicamentos con receta de la Parte B, incluido el pago). Para simplificar, solemos referirnos a los suministros médicos, los servicios y los medicamentos con receta de la Parte B de Medicare como **atención médica**. Usted usa el proceso de decisiones y apelaciones de cobertura para determinar asuntos tales como si algo tiene cobertura o no y la forma en que está cubierto.

Cómo solicitar decisiones de cobertura antes de recibir los servicios

Si desea saber si cubriremos la atención médica antes de recibirla, puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura para usted. Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y cobertura, o sobre el monto que pagaremos por su atención médica. Por ejemplo, si nuestro médico de la red del plan le 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 recibió un aviso de denegación estándar para este especialista médico o que la *Evidencia de cobertura* deje en claro que el servicio al que se le remitió no se cubre en ningún caso. Usted o su médico también pueden comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura si su médico no está seguro de que cubriremos un servicio médico particular o si se niega a proporcionarle la atención médica que usted considera que necesita.

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

Tomamos una decisión de cobertura cada vez que decidimos qué cubriremos y cuánto pagaremos. En algunos casos, es posible que decidamos que la atención médica no está cubierta o que dejó de estar cubierta. Si no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura, antes o después de que reciba un beneficio, y usted no está satisfecho, puede **apelar** la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y modifiquemos una decisión de cobertura que hayamos tomado. En ciertas circunstancias, puede solicitar una apelación acelerada o **rápida** de una decisión de cobertura. Otros revisores, que no son los que tomaron la decisión original, son los encargados de manejar su apelación.

El proceso de apelar una decisión por primera vez se denomina apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que tomamos para verificar si seguimos correctamente las normas. Cuando finalicemos la revisión, le informaremos nuestra decisión.

En circunstancias limitadas, se rechazará una solicitud de apelación de Nivel 1, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de casos en los que se rechazará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre pero no está legalmente autorizado para hacerlo o si usted solicita que se anule su solicitud. Si rechazamos la presentación de una apelación de Nivel 1, enviaremos un aviso que explique por qué se rechazó la solicitud y cómo solicitar una revisión del rechazo.

Si rechazamos toda o parte de su apelación de Nivel 1 para atención médica, su apelación pasará automáticamente a una apelación de Nivel 2 realizada por una organización de revisión independiente que no esté relacionada con nosotros.

- No necesita hacer nada para iniciar una apelación de Nivel 2. Las normas de Medicare requieren que enviemos automáticamente su apelación de atención médica al Nivel 2 si no estamos totalmente de acuerdo con su apelación de Nivel 1.
- Vaya a **la sección 5.4** para obtener más información sobre las apelaciones de Nivel 2 para atención médica.
- Las apelaciones de la Parte D se examinan con más detalle en la sección 6.

Si no está satisfecho con la decisión de la apelación de Nivel 2, puede continuar a través de niveles adicionales de apelación (en este capítulo se explican los procesos de apelación de los Niveles 3, 4 y 5).

Sección 4.1 Obtenga ayuda para solicitar una decisión de cobertura o presentando una apelación

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

- Puede **llamar a Servicios para Miembros en 1-800-399-7226 (los usuarios de TTY llaman a 711)**
- **Obtener ayuda gratuita** de su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico
- **Su médico puede realizar la solicitud por usted.** Si su médico le ayuda con una apelación superior al Nivel 2, tendrá que ser designado como su representante. Llame a Servicios para Miembros en 1-800-399-7226 (los usuarios de TTY llaman a 711) y pida el formulario de *Nombramiento de representante*. (El formulario también está disponible en la página web de Medicare en www.CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en www.scanhealthplan.com/appointment-of-representative-form).
- En el caso de atención médica o medicamentos recetados de la Parte B, su médico puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si se rechaza su apelación de Nivel 1, se la enviará automáticamente al Nivel 2.
- Para los medicamentos con receta de la Parte D, su médico u otra persona autorizada a dar recetas puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si se rechaza su apelación de Nivel 1, su médico o el profesional que le receta 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 quiere que un amigo, pariente, u otra persona sea su representante, llame a Servicios para Miembros en 1-800-399-7226 (los usuarios de TTY llaman a 711) y pida el formulario *Nombramiento de representante*. (El formulario también está

disponible en el sitio web de Medicare en www.CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en www.scanhealthplan.com/appointment-of-representative-form). Este formulario le otorga a esa persona la autorización de actuar en su nombre. El formulario debe estar firmado por usted y por la persona que usted desea que actúe en su nombre. Usted debe darle al plan una copia del formulario firmado.

- Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación que realiza un representante sin el formulario, no podemos completar nuestra revisión si no lo recibimos. Si no recibimos el formulario antes del plazo para tomar una decisión sobre su apelación, su solicitud de apelación será desestimada. 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.
- **Usted también tiene derecho a contratar a un abogado.** Puede comunicarse con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado de su colegio de abogados local u otro servicio de remisión. 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 4.2 Reglas y plazos para diferentes situaciones

Existen 4 situaciones diferentes que involucran apelaciones y decisiones de cobertura. Cada situación tiene diferentes reglas y plazos. Damos los detalles para cada una de estas situaciones:

- **Sección 5:** Atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 6:** Medicamentos de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 7:** Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que le están dando de alta demasiado pronto.
- **Sección 8:** Cómo pedirle a nuestro plan que siga 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 se aplica en su caso, llame a Servicios para Miembros al 1-800-399-7226 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). También puede obtener ayuda o información de su SHIP.

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

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

Los beneficios de atención médica que le corresponden se describen en el Capítulo 4 en la Tabla de beneficios médicos. En algunos casos, se aplican diferentes reglas a una solicitud de un medicamento de la Parte B. En esos casos, explicaremos de qué manera las reglas para los medicamentos de la Parte B son diferentes de las reglas para los productos y servicios médicos.

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

1. No está recibiendo determinada atención médica que desea y cree que esta atención está cubierta por nuestro plan. **Solicitar una decisión de cobertura. la sección 5.2.**
2. Nuestro plan no aprueba la atención médica que su médico u otro proveedor médico desea administrarle y usted considera que esta atención está cubierta por nuestro plan. **Solicitar una decisión de cobertura. la sección 5.2.**
3. Recibió atención médica que considera que debería estar cubierta por nuestro plan, pero le comunicamos que no pagaremos por esta atención. **Presentar una apelación. la sección 5.3.**
4. Recibió y pagó por atención médica que considera que debe estar cubierta por nuestro plan y desea solicitar a nuestro plan el reembolso por esta atención. **Envíenos la factura. la sección 5.5.**
5. Le informamos que la cobertura de cierta atención médica que ha estado recibiendo, y que nosotros aprobamos previamente, se reducirá o interrumpirá, y usted considera que la reducción o interrupción de esta atención podría perjudicar su salud. **Presentar una apelación. la sección 5.3.**

Nota: Si la cobertura que se suspenderá es para atención hospitalaria, atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF), vaya a las Secciones 7 y 8. Se aplican normas especiales a estos tipos de atención.

Sección 5.2 Cómo puede solicitar una decisión de cobertura

Términos legales:

Una decisión de cobertura que involucra su atención médica se denomina **determinación de la organización**.

Una decisión de cobertura rápida se llama una **determinación acelerada**.

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

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

- Puede *solicitar solo* la cobertura de artículos o servicios médicos (no solicitudes de pago por artículos o servicios que ya recibió).
- Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solo* si, con la aplicación de los plazos estándares, tanto su salud como su capacidad para recuperar la funcionalidad pueden resultar perjudicadas.

Si su médico nos informa que su estado de salud requiere una determinación de cobertura rápida, automáticamente acordaremos otorgarle una determinación de cobertura rápida.

Si usted mismo solicita una determinación de cobertura rápida, sin el respaldo de su médico, decidiremos si su estado de salud requiere que tomemos una determinación de cobertura rápida. Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta en la que se explique lo siguiente:

- Que aplicaremos los plazos estándares.
- Que le otorgaremos una determinación de cobertura rápida automáticamente si su médico la solicita.
- Que puede presentar un reclamo rápido acerca de nuestra decisión de otorgarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó.

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

- Empiece llamando, escribiendo o enviando un fax a nuestro plan para solicitar que autoricemos o demos cobertura a la atención médica que desea. Usted, o su médico, o su representante pueden hacer esto. En el Capítulo 2 encontrará la información de contacto.

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

Para las decisiones de cobertura estándares utilizamos los plazos estándares.

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

- **Sin embargo**, si usted solicita una extensión o si necesitamos más información que puede beneficiarle, **podemos extender el plazo hasta 14 días calendario más** si su solicitud es por un artículo o servicio médico. Si tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.
- Si usted considera que *no debemos* tomar días adicionales, puede presentar un *reclamo rápido*. Le daremos una respuesta a su reclamo tan pronto como tomemos la decisión. (El proceso para presentar un reclamo no es el mismo que el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Vaya a la sección 10 para obtener más información sobre los reclamos).

Para decisiones de cobertura rápidas, utilizamos un plazo acelerado.

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

- **Sin embargo**, si usted solicita una extensión o si necesitamos más información que puede beneficiarle, **podemos extender el plazo hasta 14 días calendario más** si su solicitud es por un artículo o servicio médico. Si tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.
- Si usted considera que *no debemos* tomar días adicionales, puede presentar un *reclamo rápido*. (Consulte la sección 10 para obtener más información sobre los reclamos). Nos comunicaremos con usted tan pronto como tomemos la decisión.
- Si rechazamos la totalidad o a parte de su solicitud, le enviaremos una declaración escrita con una explicación de por qué la respuesta es negativa.

Paso 4: Si rechazamos su solicitud de cobertura de atención médica, puede apelar.

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

Sección 5.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos legales:

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

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

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

Una apelación estándar suele realizarse en un plazo de 30 días calendario o 7 días calendario para medicamentos de la Parte B. Una apelación rápida suele hacerse en un plazo de 72 horas.

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre la cobertura de un tipo de atención médica, usted o su médico tendrá que decidir si necesita una apelación rápida. Si su médico nos indica que su estado de salud requiere una apelación rápida, se la concederemos.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión de cobertura rápida que se explican en la Sección 5.2 de este capítulo.

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

- **Si solicita una apelación estándar, preséntela por escrito.** En el Capítulo 2 encontrará la información de contacto.
- **Si solicita una apelación rápida, hágalo por escrito o llámenos.** En el Capítulo 2 encontrará la información de contacto.
- **Debe presentar su solicitud de apelación en un plazo de 65 días calendario** desde la fecha que figura en el aviso escrito que le enviamos para informarle la respuesta de la decisión de cobertura. Si se vence este plazo y tiene una buena razón para haberlo dejado vencer, deberá explicar el motivo del retraso cuando presente su apelación. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Algunos ejemplos de una causa justificada pueden ser una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le brindamos información incorrecta o incompleta sobre la fecha límite para solicitar una apelación.
- **Puede pedir una copia de la información relativa a su decisión médica. Usted y su médico pueden añadir más información para apoyar su apelación.**

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

- Cuando nuestro plan revisa su apelación, analizamos detenidamente toda la información. Verificamos si cumplimos con todas las normas cuando rechazamos su solicitud.
- Si es necesario, recopilaremos más información y es posible que nos comuniquemos con usted o con su médico.

Plazos para una apelación rápida

- Si se trata de una apelación rápida, debemos darle una respuesta **dentro de las 72 horas de haber recibido su apelación**. Le informaremos nuestra respuesta con antelación si su estado de salud así lo requiere.
 - Si usted solicita una extensión o si necesitamos más información que puede beneficiarle, **podemos extender el plazo hasta 14 días calendario más** si su solicitud es por un artículo o servicio médico. Si tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.
 - Si no le damos una respuesta dentro de las 72 horas (o hacia el final del período extendido si es que tomamos días adicionales), debemos enviar automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que la revisará una organización de revisión independiente. la sección 5.4 se explica el proceso de apelación del Nivel 2.
- **Si aprobamos una parte o la totalidad de lo que usted solicitó**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura que acordamos en un plazo de 72 horas después de recibir su apelación.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de su solicitud**, reenviaremos automáticamente su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2. La organización de revisión independiente le enviará un aviso por escrito cuando reciba su apelación.

Plazos para una apelación estándar

- Si solicita una apelación estándar, debemos comunicarle nuestra respuesta **dentro de los 30 días calendario** de haber recibido su apelación. Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B que aún no recibió, le daremos nuestra respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación. Le comunicaremos nuestra decisión antes si su estado de salud así lo exige.
 - Si usted solicita una extensión o si necesitamos más información que puede beneficiarle, **podemos extender el plazo hasta 14 días calendario más** si su solicitud es por un artículo o servicio médico. Si tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.
 - Si usted considera que no debemos tomar días adicionales, puede presentar un reclamo rápido. Cuando presente un reclamo rápido, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas. (Consulte la sección 10 de este capítulo para obtener información sobre los reclamos).
 - Si no le informamos nuestra respuesta en el plazo establecido (o antes del final del plazo extendido), trasladaremos su solicitud a una apelación de Nivel 2 en la que una organización de revisión independiente revisará la apelación. la sección 5.4 se explica el proceso de apelación del Nivel 2.

- **Si aprobamos una parte o la totalidad de su solicitud**, debemos autorizar o brindarle la cobertura dentro de los 30 días calendario si dicha solicitud es para un producto o servicio médico, o **dentro de los 7 días calendario** si es para un medicamento de la Parte B.
- **Si nuestro plan rechaza una parte o la totalidad de su apelación**, enviaremos automáticamente su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.

Sección 5.4 El proceso de apelación de de Nivel 2

Términos legale:

El nombre formal de la organización de revisión independiente es **Entidad de revisión independiente**. En ocasiones se denomina la **IRE**.

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

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

- Le enviaremos a esta organización la información sobre su apelación. A esta información se la denomina su **archivo de caso**. **Usted tiene derecho a solicitarnos una copia del archivo de su caso**.
- Usted tiene derecho a proporcionarle a la Organización de revisión independiente información adicional para sustentar su apelación.
- Los revisores de la Organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente 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.

- Si se trata de una apelación rápida, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de nivel 2 **dentro de las 72 horas** después de recibir su apelación.
- Si su solicitud es por un producto o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita reunir más información que pueda beneficiarle, **puede tardar hasta 14 días calendario más**. La organización de revisión independiente no puede tomarse tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.

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

- Si se trata de una apelación estándar y su solicitud es para un producto o servicio médico, la organización de revisión independiente debe responder su apelación de Nivel 2 **dentro de los 30 días calendario** después de recibir dicha apelación. Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 en un **plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación.
- Si su solicitud es por un producto o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita reunir más información que pueda beneficiarle, **puede tardar hasta 14 días calendario más**. La organización de revisión independiente no puede tomarse 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 la decisión y le explicará los motivos por los que la tomó.

- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de su solicitud de productos o servicios médicos**, debemos autorizar la cobertura de la atención médica **dentro de las 72 horas** o proporcionar el servicio dentro de los 14 días calendario después de recibir la decisión de la organización de revisión independiente para las **solicitudes estándar**. Para **solicitudes aceleradas**, contamos con un plazo de **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 para un medicamento de la Parte B**, debemos autorizar o proporcionar el medicamento de la Parte B dentro de las **72 horas** después de recibir la decisión de la organización de revisión independiente para las **solicitudes estándar**. Para **solicitudes aceleradas**, contamos con un plazo de **24 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión independiente.
- **Si la organización rechaza total o parcialmente su apelación**, significa que está de acuerdo con nosotros en que su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura de atención médica no debe ser aprobada. (Esto se denomina **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 un mínimo determinado. En el aviso por escrito que reciba de la organización de revisión independiente se le comunicará el valor en dólares que debe cubrir para continuar con el proceso de apelaciones.
 - Le informa cómo presentar una apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si su caso reúne los requisitos, puede elegir si desea continuar con su apelación

- Hay otros 3 niveles en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (lo que representa un total de 5 niveles de apelación). Si decide avanzar para presentar una apelación de Nivel 3, tendrá los detalles de cómo hacerlo en el aviso escrito que recibirá después de la apelación de Nivel 2.
- Un juez administrativo o un abogado litigante manejan la apelación de Nivel 3. En la Sección 9, se explica más acerca de los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

Sección 5.5 Si nos pide que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por atención médica

En el Capítulo 7 se describen las situaciones en las cuales es posible que deba solicitar un reembolso o el pago de una factura que le envió un proveedor. También le dice cómo enviarnos la documentación en la cual nos solicita el pago.

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

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

- **Si decimos que sí a su solicitud, puede suceder lo siguiente:** Si la atención médica tiene cobertura y siguió todas las normas, le enviaremos el pago del costo generalmente dentro de los 30 días calendario, pero a más tardar 60 días calendario después de recibir su solicitud. Si aún no ha pagado por la atención médica, enviaremos el pago directamente al proveedor.
- **Esto es lo que sucede si rechazamos su petición:** Si la atención médica *no* está cubierta, o usted *no* siguió todas las normas, no enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta en la que le informamos que no pagaremos por la atención médica y los motivos de esta decisión.

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

Para hacer esta apelación, siga el proceso de apelación que se describe en la Sección 5.3.

En los casos de apelaciones relativas a un reembolso, tenga en cuenta lo siguiente:

- tenemos que darle nuestra respuesta en un plazo de 60 días calendario después de recibir su apelación. Si solicita que le reembolsemos la atención médica que ya ha recibido y pagado usted mismo, no se le permite solicitar una apelación rápida.
- Si la organización de revisión independiente decide que tenemos que efectuar el pago, debemos enviarle el pago a usted o al proveedor en un plazo de 30 días calendario. Si aceptamos su apelación en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del

Nivel 2, debemos enviarle el pago que solicitó a usted o al proveedor en un plazo de 60 días calendario.

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

Sección 6.1 Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para recibir un medicamento de la Parte D o si quiere que le reembolsemos un medicamento de la Parte D

Los beneficios incluyen la cobertura para muchos medicamentos con receta. Para estar cubierto, su medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. (Para obtener más información sobre cómo obtener una indicación médicamente aceptada, consulte el Capítulo 5). Si desea conocer los detalles de 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 los medicamentos de la Parte D.** Para simplificar las cosas, en general, hablaremos de *medicamento* en el resto de esta sección en lugar de repetir cada vez las expresiones *medicamento con receta cubierto para pacientes ambulatorios* o *medicamento de la Parte D*. También utilizamos el término Lista de medicamentos en lugar de *Lista de medicamentos cubiertos* o *Formulario*.

- Si no sabe si un medicamento está cubierto o si cumple las normas, puede preguntarnos. Algunos medicamentos requieren nuestra aprobación antes de que los cubramos.
- Si en la farmacia le dicen que su receta no puede surtirse tal como está escrita, le entregarán un aviso por escrito en el que se explica cómo ponerse en contacto con nosotros para pedir una decisión de cobertura.

Decisiones de cobertura y apelaciones de la Parte D

Término legal:

Una decisión de cobertura inicial relacionada con sus medicamentos de la Parte D se denomina decisión **de cobertura**.

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y cobertura, o sobre el monto que pagaremos por sus medicamentos. En esta sección, se describe lo que puede hacer si se encuentra en cualquiera de las siguientes situaciones:

- Pedirnos que cubramos un medicamento de la Parte D que no está en la Lista de medicamentos de nuestro plan. **Pedir una excepción. la sección 6.2**
- Pedirnos que no apliquemos una restricción a la cobertura del plan para un medicamento (como límites en la cantidad de medicamento que puede obtener, criterios de autorización previa o requisitos de probar otro medicamento antes). **Pedir una excepción. la sección 6.2**

- Solicitar el pago de un importe inferior en costo compartido por un medicamento cubierto en un nivel superior costo compartido. **Pida una excepción. Sección 6.2**
- Pedir la autorización previa de un medicamento. **Solicite que se tome una decisión de cobertura. Sección 6.4**
- Pagar un medicamento recetado que ya ha comprado. **Puede pedirnos un reembolso. Sección 6.4**

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de cobertura, puede apelar nuestra decisión.

En esta sección se le indica cómo pedir las decisiones de cobertura y cómo solicitar una apelación.

Sección 6.2 Solicitar una excepción

Términos legales:

Solicitar la cobertura de un medicamento que no está en la Lista de medicamentos una **excepción al formulario**.

Solicitar la eliminación de una restricción en la cobertura de un medicamento una **excepción al formulario**.

Pedir que se pague un precio más bajo por un medicamento cubierto no preferido una **excepción de nivel**.

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

Para que consideremos la solicitud de una excepción, su médico o la persona autorizada a dar recetas tendrán que explicar los motivos médicos por los que necesita que se apruebe la excepción. Aquí están 3 ejemplos de excepciones que usted, su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden pedirnos que hagamos:

1. **Cubrir un medicamento de la Parte D para usted que no figura en nuestra Lista de medicamentos.** Si aceptamos hacer una excepción y cubrimos un medicamento que no figura en la Lista de medicamentos, deberá pagar el costo compartido que se aplique a los medicamentos en Nivel 4 (Fármaco no preferido). No puede solicitar que hagamos una excepción respecto del costo compartido que usted debe pagar por el medicamento.
2. **Eliminar una restricción para un medicamento cubierto.** En el Capítulo 5 se describen las normas o restricciones adicionales que se aplican a determinados medicamentos de nuestra Lista de medicamentos. Si aceptamos hacer una excepción y no aplicar una restricción en su caso, puede pedirnos una excepción en la cantidad costo compartido que pague por el medicamento.

3. Cambio de la cobertura de un medicamento a un nivel de costo compartido

inferior. Todos los medicamentos de nuestra Lista de medicamentos se encuentran en uno de los cinco niveles de costo compartido. En general, cuanto más bajo sea el número del nivel de costo compartido, menos pagará como parte del costo del medicamento.

- Si nuestra Lista de medicamentos contiene medicamentos alternativos para el tratamiento de su enfermedad que se encuentran en un nivel de costo compartido inferior al de su medicamento, puede pedirnos que cubramos su medicamento al importe de costo compartido que se aplica al medicamento alternativo.
- Si el medicamento que está tomando es un producto biológico, puede pedirnos que cubramos su medicamento a un nivel inferior de costo compartido. Sería al nivel más bajo que contenga productos biológicos alternativos para tratar su afección.
- Si el medicamento que está tomando es un medicamento de marca, puede pedirnos que cubramos su medicamento hasta el monto de costo compartido que corresponde al nivel más bajo que contiene alternativas de marca para tratar su afección.
- Si el medicamento que está tomando es un medicamento genérico, puede pedirnos que cubramos su medicamento hasta el monto de costo compartido que corresponde al nivel más bajo que contiene alternativas tanto genéricas como de marca para tratar su afección.
- No puede pedirnos que cambiemos el nivel de costo compartido para ningún medicamento que figure en el nivel Nivel 5: Nivel especializado.
- Si autorizamos su solicitud de una excepción de nivel y existe más de un nivel de costo compartido inferior con medicamentos alternativos que usted no puede consumir, usted generalmente pagará el monto más bajo.

Sección 6.3 Aspectos importantes que debe saber acerca de pedir excepciones**Su médico debe explicarnos las razones médicas**

Su médico o la persona autorizada a dar recetas deben darnos una declaración que explique las razones médicas para solicitar una excepción. Para que tomemos la decisión más rápido, incluya esta información médica de su médico o de la persona autorizada a dar recetas cuando pida la excepción.

Generalmente, la Lista de medicamentos incluye más de un medicamento para tratar una afección en particular. Estas posibilidades diferentes se denominan medicamentos **alternativos**. Si un medicamento alternativo da el mismo resultado que el medicamento que está solicitando y no produce más efectos secundarios ni otros problemas de salud, en general *no* aprobaremos su solicitud de una excepción. Si nos solicita una excepción de nivel, en general, *no* aprobaremos su solicitud de una excepción, a menos que todos los medicamentos alternativos del nivel de costo compartido más bajo no funcionen igual para usted o es probable que provoquen una reacción adversa u otro daño.

Podemos aceptar o rechazar su solicitud

- Si autorizamos su solicitud de una excepción, nuestra autorización normalmente es válida hasta el final del año del plan. Será válido 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 presentando una apelación.

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

Términos legale:

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 recibir la declaración de su médico. Las **Decisiones rápidas de cobertura** se toman en un plazo de **24 horas** después de recibir la declaración de su médico.

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

- Debe solicitar un medicamento que aún no haya recibido. (No puede solicitar una decisión de cobertura rápida para un reembolso de un medicamento que ya ha comprado).
- El uso de los plazos estándares podría causar graves daños a su salud o perjudicar su capacidad de funcionamiento.
- **Si su médico u otra persona autorizada a dar recetas nos indica que su estado de 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 apoyo de su médico o de una 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 con las siguientes características:
 - Explicación de que utilizaremos los plazos estándares.
 - Explicación de que si su médico u otra persona autorizada a dar recetas solicita la decisión de cobertura rápida, le daremos automáticamente una decisión de cobertura rápida.
 - Información de cómo puede presentar un reclamo rápido sobre nuestra decisión de darle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó. Responderemos a su reclamo en un plazo de 24 horas desde su recepción.

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

Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o brindemos cobertura para la atención médica que desea. También puede acceder al proceso de decisiones de cobertura a través de nuestra página web. Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito, incluida una solicitud enviada en el formulario modelo de *solicitud de determinación de cobertura de CMS* o en nuestro formulario del plan, el cual cuales está disponible en nuestro sitio web www.villagehealthca.com. En el Capítulo 2 encontrará la información de contacto. **Puede enviar una solicitud a través de nuestra página web al correo electrónico:** medicarepartdparequests@express-scripts.com. Para ayudarnos a procesar su solicitud, asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información que identifique la reclamación denegada que está apelando.

Puede hacerlo usted, su médico (u otra persona autorizada a dar recetas) o su representante. También puede contratar a un abogado para que actúe en su nombre. En la Sección 4 de este capítulo se explica cómo puede dar permiso por escrito a otra persona para que actúe como su representante.

- **Si solicita una excepción, proporcione la declaración de apoyo**, que son los motivos médicos para 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 puede llamarnos por teléfono y hacer un seguimiento enviando la declaración escrita, ya sea por fax o por correo, si fuera necesario.

Paso 3: Estudiamos su solicitud y le damos nuestra respuesta.

Plazos para una decisión de cobertura rápida

- Por lo general, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 24 horas** después de recibir su solicitud.
 - En el caso de las excepciones, le daremos nuestra respuesta en un plazo de 24 horas después de recibir la declaración de apoyo de su médico. Le daremos una respuesta antes si es necesario por su salud.
 - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que ha solicitado**, debemos proporcionar la cobertura que hemos acordado en un plazo de 24 horas después de recibir su solicitud o la declaración del médico que la apoya.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que ha solicitado**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se explique el motivo de nuestro rechazo. También le indicaremos cómo puede apelar.

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

- Por lo general, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud.
 - En el caso de las excepciones, le daremos nuestra respuesta en un plazo de 72 horas después de recibir la declaración de apoyo de su médico. Le daremos una respuesta antes si es necesario por su salud.
 - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que ha solicitado**, debemos **proporcionarle la cobertura** que hemos acordado **en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud o la declaración de apoyo del médico.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que ha solicitado**, le enviaremos una declaración por escrito en la que le explicaremos el motivo del rechazo. También le indicaremos cómo puede apelar.

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

- Debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de recibir su solicitud.
 - Si no cumplimos este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde será revisada por una 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 recibir su solicitud.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará el motivo del rechazo. También le indicaremos cómo puede apelar.

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

- Si la rechazamos, tiene derecho a pedirnos que reconsideremos esta decisión presentando una apelación. Esto significa volver a solicitar la cobertura del medicamento que desea. Si presenta una apelación, significa que pasa al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 6.5 Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos legales:

Una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de medicamentos de la Parte D se denomina **redeterminación del plan**.

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

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

Una apelación estándar suele realizarse en un plazo de 7 días calendario. Un apelación rápida se hace generalmente en un plazo de 72 horas. Si su salud lo requiere, solicite una apelación rápida.

- Si está apelando una decisión que hemos tomado sobre un medicamento que aún no ha recibido, usted y su médico u otra persona autorizada a dar recetas medicamentos tendrán que decidir si necesita una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión de cobertura rápida que se explican en la Sección 6.4 de este capítulo.

Paso 2: Usted, su representante, médico u otro profesional que emite recetas debe comunicarse con nosotros y presentar una apelación de Nivel 1. Si su salud exige una respuesta rápida, debe solicitar una apelación rápida.

- **Para apelaciones estándar, envíe una solicitud por escrito o llámenos al 1-800-399-7226.** el Capítulo 2 tiene información de contacto.
- **Para apelaciones rápidas, envíe su apelación por escrito o puede llamarnos al 1-800-399-7226.** el Capítulo 2 tiene información de contacto.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito**, incluida una solicitud presentada en el *Formulario de solicitud de redeterminación del modelo de CMS*, que está disponible en nuestro sitio web (www.villagehealthca.com). Incluya su nombre, datos de contacto e información sobre su reclamo para ayudarnos a procesar su solicitud.
- **Los Miembros y los Proveedores pueden presentar solicitudes de apelación en forma electrónica** a la dirección del sitio web que se indica debajo: `variable_url_style>www.villagehealthca.com/members/get-the-most-out-of-your-plan/member-resources/medicare-part-d-benefits-file-an-appeal`.
- **Debe presentar su solicitud de apelación en un plazo de 65 días calendario** a partir de la fecha del aviso escrito que le enviamos para informarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si se vence este plazo por una causa justificada, explique el motivo por el cual se ha atrasado al presentar su apelación. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Los ejemplos de causa justificada pueden incluir una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le proporcionamos información incorrecta o incompleta sobre la fecha límite para solicitar una apelación.

- **Puede solicitar una copia de la información de su apelación y agregar más información.** Usted y su médico pueden agregar más información para respaldar su apelación.

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

- Mientras 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, con su médico o con 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 de recibir su apelación.** Le daremos una respuesta antes si es necesario por su salud.
 - Si no le damos una respuesta en un plazo de 72 horas, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que será revisada por una organización de revisión independiente. En la Sección 6.6 se explica el Nivel 2 del proceso de apelación.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos proporcionar la cobertura que hemos acordado en un plazo de 72 horas de recibir su apelación.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito en la que le explicaremos el motivo del rechazo y cómo puede apelar.

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

- Para una apelación estándar, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 7 días calendario** de recibir su apelación. Le comunicaremos nuestra decisión antes si aún no ha recibido el medicamento y su estado de salud así lo exige.
 - Si no le comunicamos nuestra decisión en 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. En la Sección 6.6 se explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que ha solicitado,** debemos proporcionarle la cobertura tan pronto como su salud lo requiera, pero no más de **7 días calendario** después de recibir su apelación.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que ha solicitado,** le enviaremos una declaración por escrito en la que le explicaremos el motivo del rechazo y cómo puede apelar.

Plazos para una apelación estándar sobre el pago de un medicamento que ya ha comprado

- Debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de recibir su solicitud.
 - Si no cumplimos este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde será revisada por una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, estamos obligados a efectuar el pago en un plazo de **30 días calendario** desde que recibimos la solicitud.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una explicación por escrito de por qué la rechazamos. También le explicaremos cómo 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 6.6 Cómo presentar una apelación de Nivel 2

Término legal:

El nombre formal de la organización de revisión independiente es **Entidad de Revisión Independiente**. A veces, se la denomina **IRE**.

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

Paso 1: Usted (o su representante, su médico u otro profesional que expide recetas) debe comunicarse con la organización de revisión independiente y solicitar una revisión de su caso.

- Si rechazamos su apelación de Nivel 1, en el aviso escrito que le enviaremos se incluirán **las instrucciones sobre cómo presentar una apelación de Nivel 2** ante la organización de revisión independiente. Estas instrucciones le indican quién puede presentar esta apelación de Nivel 2, qué plazos debe cumplir y cómo comunicarse con la organización de revisión independiente.
- **Debe presentar su solicitud de apelación en un plazo de 65 días calendario** a partir de la fecha del aviso por escrito.
- Si no completamos nuestra revisión dentro del plazo aplicable o tomamos una decisión desfavorable con respecto a una determinación **en riesgo** en virtud de nuestro programa de administración de medicamentos, enviaremos automáticamente su solicitud a la IRE.

- Nosotros enviaremos la información sobre su apelación a la organización de revisión independiente. Esta información se denomina su **expediente del caso. Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de su expediente del caso.**
- Tiene derecho a brindar información adicional a la organización de revisión independiente para respaldar su apelación.

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

Los revisores de la organización de revisión independiente harán una revisión cuidadosa de toda la información relacionada con su apelación.

Plazos para una apelación rápida

- Si su estado de salud lo requiere, solicite a la organización de revisión independiente una apelación rápida.
- Si la organización acepta otorgarle una apelación rápida, debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de su solicitud de apelación.

Plazos para una apelación estándar

- Para las apelaciones estándar, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 7 días calendario** después de recibir su apelación si es para un medicamento que aún no recibió. Si nos solicita que le reembolsemos el pago de un medicamento que ya compró, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 en un **plazo de 14 días calendario** después de recibir su solicitud.

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

Para las apelaciones rápidas:

- **Si la organización de revisión independiente aprueba una parte o la totalidad de lo que usted solicitó,** debemos proporcionar la cobertura de medicamentos aprobada por la organización de revisión independiente en un **plazo de 24 horas** después de recibir la decisión de la organización de revisión independiente.

Para las apelaciones estándar:

- **Si la organización de revisión independiente aprueba una parte o la totalidad de su solicitud de cobertura,** debemos **proporcionar la cobertura de medicamentos** aprobada por la organización de revisión independiente en un **plazo de 72 horas** después de recibir la decisión de la organización de revisión independiente.
- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de la solicitud de reembolso** 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 respuesta de la organización de revisión independiente a su apelación es negativa?

Si esta organización rechaza una parte o la totalidad de su apelación, significa que está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud (o parte de su solicitud). (Esto se llama **confirmar la decisión**. También se conoce como **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 medicamentos que solicita alcanza un mínimo determinado. Si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación y la decisión en el Nivel 2 es definitiva.
- Le indica el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelación.

Paso 4: Si su caso cumple los requisitos, usted decide si quiere continuar con su apelación.

- Existen 3 niveles adicionales en el proceso de apelación luego del Nivel 2 (para un total de 5 niveles de apelación).
- Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, los detalles del modo en que debe hacerlo se encuentran en la notificación escrita que recibe luego de la decisión sobre la apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 la maneja un juez de derecho administrativo o un árbitro. En la Sección 9 de este capítulo, se explica más acerca de los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que le están dando 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. También ayudarán a coordinar la atención que pueda necesitar cuando se vaya.

- El día que deja el hospital es la **fecha del alta**.
- Cuando se decida su fecha del alta, su médico o el personal del hospital le informarán.
- Si cree que le están pidiendo que deje el hospital demasiado pronto, puede pedir una hospitalización más prolongada y se considerará su solicitud.

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

A los dos días calendario de ingresar en el hospital, recibirá una notificación por escrito denominada *Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*. Todas las personas bajo cobertura de Medicare reciben una copia de esta notificación. Si no recibe la notificación de alguien del hospital (por ejemplo, un asistente social o una enfermera), solicítela a cualquier empleado del hospital. En caso de necesitar ayuda, comuníquese con Servicios para Miembros en 1-800-399-7226 (los usuarios de TTY llaman a 711) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY llaman a 1-877-486-2048).

1. Lea atentamente este aviso y consulte cualquier duda que tenga. Le informa:

- Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y luego de su hospitalización, según lo solicite su médico. Esto incluye el derecho a saber acerca de estos servicios, el responsable que los pagará y el lugar donde puede obtenerlos.
- El derecho a participar en cualquier decisión sobre la hospitalización.
- Dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de la atención hospitalaria.
- El derecho a **solicitar una revisión inmediata** de la decisión de darle de alta si considera que el alta es demasiado pronto. Se trata de un modo formal y legal de solicitar un retraso en la fecha de alta para que la 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 de la notificación para tener a mano la información sobre el modo de presentar una apelación (o comunicar alguna inquietud sobre la calidad de la atención médica) en caso de que la necesite.

- Si firma la notificación más de dos días calendario antes de la fecha del alta, recibirá otra copia antes de que esté programado que le den el alta.
- Para consultar una copia de esta notificación por adelantado, puede comunicarse con Servicios para Miembros en 1-800-399-7226 (los usuarios de TTY llaman a 711) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede ver la notificación en Internet en www.CMS.gov/Medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

Sección 7.2 Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha del alta del hospital

Para solicitarnos que cubramos los servicios hospitalarios para pacientes internados que usted recibió por un período más prolongado, utilice el proceso de apelación para hacer esta solicitud. Antes de comenzar, debe conocer los pasos que debe seguir y los plazos correspondientes.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda, llame a Servicios para Miembros al 1-800-399-7226 (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). O llame a su State Health Insurance Assistance Program (SHIP) para obtener ayuda. Encontrará los números de teléfono y las URL de los sitios web en Capítulo 2, Sección 3 de este documento. La información de contacto de 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. Verifica si su fecha de alta programada es adecuada desde el punto de vista médico para su caso. 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 paga para que controlen y mejoren la calidad de la atención médica para personas con Medicare. Esto incluye analizar las fechas de alta del hospital de los beneficiarios de Medicare. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Póngase en contacto con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado y solicite una revisión inmediata del alta del hospital. Debe actuar rápidamente.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- La notificación por escrito que recibió (*Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*) le explica el modo de comunicarse con esta organización. O encuentre el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe rápido:

- Para presentar la apelación, debe ponerse en contacto con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad *antes de abandonar el hospital* y **no más tarde de la medianoche del día del alta.**
 - **Si cumple este plazo,** podrá permanecer en el hospital *luego de la fecha de alta sin pagar por ello* mientras espera la decisión de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.
 - **Si no cumple este plazo,** contacta con nosotros. Si decides quedarte en el hospital luego de la fecha prevista del alta, *es posible que tenga que abonar todos los costos de la atención hospitalaria que reciba luego de la fecha prevista del alta.*

- Una vez que solicite una revisión inmediata del alta hospitalaria, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se pondrá en contacto con nosotros. Antes del mediodía del día siguiente a que nos pongamos en contacto con usted, le entregaremos una **notificación detallada de alta**. Esta notificación indica la fecha de alta prevista y explica en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros consideramos que es correcto (médicamente apropiado) que sea dado de alta en esa fecha.
- Puede obtener una muestra del **aviso detallado de alta** comunicándose con Servicios para Miembros o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). O también puede ver un ejemplo de la notificación en Internet en www.cms.gov/Medicare/forms-notice/beneficiary-notice-initiative/ffs-ma-im.

Paso 2: la Organización para la mejora de la calidad realiza una revisión independiente de su caso.

- Los profesionales de salud de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (los *revisores*) le preguntarán a usted (o a su representante) el motivo por el que considera que debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- Los revisores también examinarán su información médica, consultarán con su médico y revisarán la información que el hospital y nosotros les hemos proporcionado.
- Antes del mediodía del día siguiente al que los revisores nos informaron de la apelación, recibirá una notificación por escrito de nuestra parte en la que se indica la fecha prevista de alta. En esta notificación también se explican detalladamente las razones por las que el médico, el hospital y nosotros consideramos que es correcto (médicamente apropiado) que le den el alta en esa fecha.

Paso 3: en un plazo de un día completo después de tener toda la información necesaria, la Organización para la mejora de la calidad le dará la respuesta a su apelación.

¿Qué sucede si la aceptan?

- Si la organización de revisión *acepta*, **debemos seguir brindándole servicios hospitalarios para pacientes internados cubiertos durante el tiempo que sean médicamente necesarios**.
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Además, es posible que haya limitaciones en sus servicios hospitalarios cubiertos.

¿Qué sucede si la rechazan?

- Si la organización de revisión *rechaza*, significa que la fecha prevista del alta es médicamente apropiada. En caso de que esto suceda, **nuestra cobertura para los servicios hospitalarios para pacientes internados finalizará al mediodía del día posterior** al día en que la Organización para la mejora de la calidad le dé su respuesta a la apelación.

- Si la organización de revisión *rechaza* su apelación y usted decide permanecer en el hospital, **es posible que deba pagar el costo total** de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día posterior a que la Organización para la mejora de la calidad le brinde 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 ha dicho *no* a su apelación y usted permanece en el hospital después de la fecha prevista del alta, puede presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que pasa al *Nivel 2* del proceso de apelaciones.

Sección 7.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha del alta del hospital

En una apelación de Nivel 2, le solicita a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad que vuelva a revisar la decisión que se tomó en la primera apelación. Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechaza la apelación de Nivel 2, deberá abonar el costo total de la hospitalización con posterioridad a la fecha de alta prevista.

Paso 1: Póngase en contacto con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de nuevo y solicite otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** luego de que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad *rechazó* su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si permaneció en el hospital después de la fecha en la que finalizó su cobertura de atención médica.

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

- Los revisores de la Organización para la mejora de la calidad revisarán de nuevo con cuidado toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: Dentro de los 14 días calendario de haber recibido la solicitud de una apelación de Nivel 2, los revisores tomarán una decisión sobre la apelación y se la informarán.

Si la organización de revisión acepta:

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los gastos de atención médica que haya recibido en el hospital desde el mediodía del día siguiente a la fecha en la que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechazó su primera apelación. **Debemos continuar proporcionándole cobertura de atención hospitalaria por el tiempo que sea médicamente necesario.**
- Debe continuar abonando su parte de los gastos y se pueden aplicar limitaciones de cobertura.

Si la organización de revisión no acepta:

- Significa que coincide con la decisión que tomaron sobre su apelación de Nivel 1. Esto se denomina confirmar la decisión.
- En la notificación que reciba se le explicará por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión.

Paso 4: Si la Organización de revisión independiente no acepta, deberá elegir si desea seguir apelando y pasar al Nivel 3.

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (lo que representa un total de cinco niveles de apelación). Si decide avanzar para presentar una apelación de Nivel 3, tendrá los detalles del modo de hacerlo en la notificación escrita que recibirá luego de la apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 la maneja un juez de derecho administrativo o un árbitro. En la Sección 9 de este capítulo, se explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

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

Al recibir **servicios de atención médica a domicilio, atención de enfermería especializada o en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF)**, tiene derecho a continuar recibiendo los servicios para ese tipo de atención, siempre que la atención sea necesaria para diagnosticar y tratar la enfermedad o lesión.

Cuando decidimos que es hora de dejar de cubrir alguno de los tres tipos de atención médica, estamos obligados a decírselo por anticipado. Cuando se cancele su cobertura para esa atención, *dejaremos de pagar nuestra parte de los costos por su atención.*

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

Sección 8.1 **Le comunicaremos por adelantado cuándo se cancelará su cobertura**

Términos legale:

Aviso de no cobertura de Medicare. Le indica cómo puede solicitar una **apelación acelerada**. Solicitar una apelación acelerada es una forma formal y legal de solicitar un cambio en nuestra decisión de cobertura sobre cuándo interrumpir su atención.

1. **Recibe un aviso por escrito** al menos dos días calendario antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención. El aviso te dice:
 - La fecha en la que dejaremos de cubrir su atención.

- Cómo solicitar una apelación acelerada para solicitarnos que sigamos cubriendo su atención durante un período de tiempo más largo.
- 2. Se le pedirá a usted, o a alguien que actúe en su nombre, que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió.** Firmar el aviso muestra *solo* que ha recibido el información sobre cuándo terminará su cobertura. **Firmarlo no significa que está de acuerdo** con la decisión del plan de suspender la atención.

Sección 8.2 Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo

Si desea solicitarnos que cubramos su atención durante más tiempo, deberá recurrir al proceso de apelaciones para hacer esta solicitud. Antes de comenzar, debe conocer los pasos que debe seguir y los plazos correspondientes.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda, llame a Servicios para Miembros al 1-800-399-7226 (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). O llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP) para obtener ayuda personalizada Encontrará los números de teléfono y las URL de los sitios web en Capítulo 2, Sección 3 de este documento. La información de contacto de 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 adecuada. La **organización para la mejora de la calidad** es un grupo de médicos y otros expertos de atención médica a los que el gobierno federal paga para que controlen y mejoren la calidad de la atención médica para personas con Medicare. Esto incluye revisar las decisiones del plan sobre cuándo es el momento de dejar de cubrir determinados tipos de atención médica. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Presente su apelación de Nivel 1: comuníquese con la organización para la mejora de la calidad y solicite una *apelación rápida*. Deberá actuar rápidamente.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- En el aviso por escrito que recibió (*Aviso de no cobertura de Medicare*), se le informa cómo comunicarse con esta organización. También puede encontrar el nombre, la dirección y el número telefónico de la organización para la mejora de la calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe rápidamente:

- Debe comunicarse con la organización para la mejora de la calidad con el objetivo de iniciar **su apelación durante el mediodía anterior a la fecha de vigor que se indica** en el *Aviso de no cobertura de Medicare*.

- Si no cumple con el plazo y desea presentar una apelación, aún tiene derechos de apelación. Comuníquese con la organización para la mejora de la calidad utilizando la información de contacto que se encuentra en el *Aviso de no cobertura de Medicare*. El nombre, la dirección y el número de teléfono de la organización para la mejora de la calidad de su estado también se pueden encontrar en el Capítulo 2.

Paso 2: la Organización para la mejora de la calidad realiza una revisión independiente de su caso.

Términos legale:

Explicación detallada de la no cobertura Notificación que proporciona detalles sobre los motivos de la finalización de la cobertura

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de salud de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (los revisores) le preguntarán a usted, o a su representante, el motivo por el que consideran que debería continuar la cobertura de los servicios. No debe preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- La organización revisora también examinará la información médica, consultará con el médico y revisará la información que el plan le ha proporcionado.
- Al final del día en que los revisores nos comuniquen su apelación, recibirá la *explicación detallada de no cobertura* en la que se indican los motivos para finalizar la cobertura de sus servicios.

Paso 3: en el plazo de un día completo después de tener toda la información que necesitan; los revisores le comunicarán su decisión.

¿Qué sucede si los revisores aceptan su apelación?

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

¿Qué sucede si los revisores rechazan la apelación?

- Si los revisores *rechazan* la apelación, **la cobertura finalizará en la fecha que le informamos**.
- Si decide continuar recibiendo servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de reposo especializado o servicios en un centro de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF) *luego* de la fecha en la que finaliza su cobertura, **deberá pagar el costo total** de esta atención.

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

- Si los revisores *rechazan* su apelación del Nivel 1 – y usted decide seguir recibiendo la atención médica después de que haya finalizado la cobertura – puede presentar otra apelación de Nivel 2.

Sección 8.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo

En una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para la mejora de la calidad que vuelva a revisar la decisión que se tomó en la primera apelación. Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechaza la apelación de Nivel 2, es posible que deba pagar el costo total de los servicios de atención médica a domicilio, de los servicios en un centro de atención de reposo especializado, o de los servicios en un centro de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF) *luego* de la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura.

Paso 1: Vuelva a comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad y pida otra revisión.

- Debe pedir esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** después de que la Organización para la mejora de la calidad *rechazó* la apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si siguió recibiendo la atención médica después de la fecha en la que finalizó su cobertura.

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

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

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

¿Qué sucede si la organización de revisión la acepta?

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de la atención médica que ha recibido desde la fecha en que dijimos que finalizaría su cobertura. **Debemos seguir cubriendo** la atención durante el tiempo que sea médicamente necesaria.
- Usted debe seguir pagando la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

¿Qué sucede si la organización de revisión la rechaza?

- Significa que está de acuerdo con la decisión que tomamos 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. Le dará los detalles para continuar con el siguiente nivel de apelación, que lo maneja un juez administrativo o un abogado adjudicador.

Paso 4: Si la rechaza, tendrá que decidir si quiere continuar con la apelación.

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, lo que representa un total de cinco niveles de apelación. Si decide avanzar para presentar una apelación de Nivel 3, tendrá los detalles de cómo hacerlo en el aviso escrito que recibirá después de la apelación de Nivel 2.
- Un juez administrativo o un abogado adjudicador manejan la apelación de Nivel 3. En la Sección 9 de este capítulo, se explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 9 Llevando su apelación al los Nivel 3, 4 y 5

Sección 9.1 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de servicios médicos

Es posible que esta sección sea adecuada para usted si presentó una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2 y ambas fueron rechazadas.

Si el valor en dólares de un elemento o servicio médico sobre el que ha apelado cumple con ciertos niveles mínimos, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. Si el valor en dólares es inferior al nivel mínimo, no puede seguir apelando. La respuesta por escrito que reciba por la apelación de Nivel 2 explicará lo que 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 del mismo modo. A continuación se menciona al responsable de manejar la revisión de la apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3

Un **juez administrativo** o un árbitro que trabaja para el gobierno federal revisará la apelación y le dará una respuesta.

- **Si el juez administrativo o el árbitro acepta la apelación, el proceso de apelaciones puede o no concluir.** A diferencia de una decisión en una apelación de Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 que le sea favorable. Si decidimos apelar se avanzará a una apelación de Nivel 4
 - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionarle la atención médica en un plazo de 60 días calendario luego de recibida la decisión del juez administrativo o del árbitro.
 - 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 disputa.

- **Si el juez administrativo o el árbitro rechaza su apelación, el proceso de apelación puede o no concluir.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza la apelación, el proceso de apelación concluye.
 - Si no quiere aceptar la decisión, puede continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. La notificación que reciba le indicará lo que debe hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4

El **consejo de apelaciones de Medicare** (Consejo) revisará la apelación y le dará una respuesta. El consejo forma parte del gobierno federal.

- **Si el consejo acepta o rechaza la solicitud de revisar una decisión favorable a una apelación de Nivel 3, el proceso de apelaciones puede concluir o no.** A diferencia de una decisión de Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 4 que le sea favorable. Decidiremos si apelar esta decisión a Nivel 5.
 - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o brindarle la atención médica en el plazo de 60 días calendario luego de recibida la decisión del consejo.
 - Si decidimos apelar la decisión, se lo notificaremos por escrito.
- **Si la respuesta es negativa o si el consejo rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones puede o no concluir.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza la apelación, el proceso de apelaciones ha finalizado.
 - Si no quiere aceptar la decisión, podría continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el consejo de apelaciones rechaza la apelación, en la notificación que reciba se le indicará si las normas le permiten avanzar a una apelación de Nivel 5 y el modo de continuar con la apelación de Nivel 5.

Apelación de Nivel 5

Un juez del **tribunal de distrito federal** revisará la apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá *aceptar* o *no* la solicitud. Esta es una respuesta definitiva. No existen más niveles de apelación luego del tribunal de distrito federal.

Sección 9.2 Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones para Solicitudes de medicamentos de la Parte D

Es posible que esta sección le sea adecuada si presentó una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2 y ambas fueron rechazadas.

Si el valor del medicamento sobre el que ha apelado llega a un monto determinado de dólares, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. Si el monto en dólares es menor, no puede seguir apelando. La respuesta por escrito que reciba para su apelación de Nivel 2 explicará lo que debe hacer y la persona con quien se debe comunicar 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 del mismo modo. A continuación se menciona al responsable de manejar la revisión de la apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3

Un juez administrativo o un árbitro que trabaja para el gobierno federal revisará la apelación y le dará una respuesta.

- **Si se acepta la apelación, el proceso de apelaciones habrá finalizado.** Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos** aprobada por el juez administrativo o abogado adjudicador **dentro de 72 horas (24 horas para las apelaciones aceleradas) o realizar el pago a más tardar en 30 días calendario** de haber recibido la decisión.
- **Si su solicitud es rechazada, es posible que el proceso de apelación se termine o siga.**
 - Si usted decide aceptar la decisión de rechazar su apelación, el proceso de apelación termina.
 - Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. La notificación que reciba le indicará lo que debe hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4

El consejo de apelaciones de Medicare (Consejo) revisará la apelación y le dará una respuesta. El consejo trabaja para el gobierno federal.

- **Si aceptan la apelación, el proceso de apelación ha finalizado.** Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos** aprobada por el consejo **en un plazo de 72 horas (24 horas para las apelaciones aceleradas) o realizar el pago a no más de 30 días calendario** de haber recibido la decisión.
- **Si se rechaza la apelación, el proceso de apelación puede o no concluir.**
 - Si decide aceptar la decisión de rechazar su apelación, el proceso de apelación ha finalizado.
 - Si no desea aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el consejo rechaza la apelación o la solicitud para revisar la apelación, la notificación que reciba le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5. Además se le indicará el responsable con quien comunicarse y lo que debe hacer a continuación si decide continuar con la apelación.

Apelación de Nivel 5

Un juez del **tribunal de distrito federal** revisará la apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá *aceptar* o *no* la solicitud. Esta es una respuesta definitiva. No existen más niveles de apelación luego del tribunal de distrito federal.

Presentar Quejas

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

Sección 10.1 ¿Qué tipos de problemas se tratan en el proceso de quejas?

El proceso de quejas *solo* se aplica a determinados tipos de problemas. Entre ellos se incluyen los problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. A continuación, encontrará algunos ejemplos de los tipos de problemas que pueden gestionarse a través del proceso de quejas.

Queja	Ejemplo de
Calidad de la atención médica	¿No se encuentra satisfecho con la calidad de atención que ha recibido (incluida la atención en el hospital)?
Respeto de su privacidad	¿Considera que alguien no respetó el derecho a la privacidad o compartió información confidencial?
Falta de respeto, mal servicio al cliente u otros comportamientos negativos	¿Alguien ha sido descortés o le ha faltado el respeto? ¿No se encuentra satisfecho con el Servicios para Miembros? ¿Siente que lo alientan a dejar el plan?
Tiempos de espera	¿Tiene problemas para conseguir una cita o tiene que esperar demasiado para conseguirla? ¿Ha tenido que esperar demasiado a médicos, u otros profesionales de salud? ¿O por el Servicios para Miembros u otro personal del plan? - Por ejemplo, esperar demasiado tiempo al teléfono, en la sala de espera o de examen.
Limpieza	¿No se encuentra satisfecho con la limpieza o el estado de una clínica, hospital o consultorio médico?

Queja	Ejemplo de
Información que recibe de nosotros	¿No le hemos enviado una notificación obligatoria? ¿La información escrita es difícil de entender?
Puntualidad (Todos estos tipos de quejas están relacionados con la <i>puntualidad</i> de las acciones relacionadas con las decisiones de cobertura y las apelaciones)	Si ha solicitado una decisión de cobertura o ha presentado una apelación, y considera que no estamos respondiendo con la suficiente rapidez, también puede presentar una queja sobre nuestra lentitud. A continuación se presentan algunos ejemplos: - Nos ha solicitado una <i>decisión rápida de cobertura</i> o una <i>apelación rápida</i>, y la hemos rechazado; puede presentar una queja. - Considera que no estamos cumpliendo los plazos de las decisiones de cobertura o de las apelaciones; puede presentar una queja. - Considera que no estamos cumpliendo los plazos para cubrir o reembolsar determinados artículos o servicios médicos que fueron aprobados; puede presentar una queja. - Si cree que no hemos cumplido los plazos requeridos para remitir su caso a la organización de revisión independiente, puede presentar una queja.

Sección 10.2 Cómo presentar una queja

Términos legales:

Una **queja** también se denomina **reclamación**.

Presentar una queja se denomina **presentar una reclamación**.

Utilizar el proceso de quejas se denomina **utilizar el proceso de presentación de reclamaciones**.

Una **queja rápida** se denomina **reclamación acelerada**

Paso 1: Comuníquese con nosotros de inmediato, ya sea por escrito o por teléfono.

- Habitualmente, el primer paso consiste en llamar a Servicios para Miembros en 1-800-399-7226 (los usuarios de TTY llaman a 711). Si debe hacer algo más, Servicios para 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.
- Servicios para Miembros pueden llamar al 1-800-399-7226, TTY 711. Contáctenos del 1 de octubre al 31 de marzo, los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. Del 1 de

abril al 30 de septiembre, el horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Los mensajes recibidos en días festivos y fuera de nuestro horario comercial se responder en el plazo de un día laborable.

- El **plazo** para presentar una queja es 60 días calendario a partir del momento en que tuvo el problema sobre el que quiere reclamar.

Paso 2: analizaremos su queja y le daremos una respuesta.

- **De ser posible, le daremos una respuesta de inmediato.** Si nos llama por una queja, tal vez podamos darle una respuesta durante esa misma llamada telefónica.
- **La mayoría de las quejas se responden dentro de los 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora es para su conveniencia o si usted pide más tiempo, **podemos demorarnos hasta 14 días calendario más** (44 días calendario en total) en responder a su queja. Si decidimos demorar más días, se lo comunicaremos por escrito.
- **Si presenta una queja debido a que hemos denegado su solicitud de decisión de cobertura rápida o de apelación rápida, le brindaremos automáticamente una queja rápida.** Si tiene una queja rápida, significa que le daremos **una respuesta en un plazo de 24 horas.**
- **Si no coincidimos** con una parte o la totalidad de su queja o no asumimos la responsabilidad del problema sobre el que se queja, incluiremos nuestras razones en la respuesta que le demos.

Sección 10.3 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención a la Organización para la mejora de la calidad

Cuando su queja se refiere a la *calidad de la atención*, también tiene 2 opciones adicionales:

- **Puede presentar su queja directamente a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.** La Organización para la mejora de la calidad es un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica a los cuales el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare. El Capítulo 2 posee información de contacto.
- O
- **Puede presentar su queja tanto a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad como a nosotros al mismo tiempo.**

Sección 10.4 También puede informarle a Medicare acerca de su queja

Puede presentar una queja sobre VillageHealth directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare ingrese en www.Medicare.gov/my/medicare-complaint. También puede llamar 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

CAPÍTULO 10: Cancelación de la membresía en nuestro plan

SECCIÓN 1 Cancelación de su membresía en nuestro plan

La finalización de su membresía de VillageHealth puede ser **voluntaria** (su elección) o **involuntaria** (cuando no es su elección):

- Puede dejar nuestro plan porque decide que *quiere* dejarlo. En las secciones 2 y 3 se brinda información sobre cómo finalizar su membresía de manera voluntaria.
- También hay situaciones limitadas en las que nos vemos obligados a cancelar su membresía. La Sección 5 describe situaciones en las que debemos finalizar su membresía.

Si dejará nuestro plan, nuestro plan debe continuar brindándole atención médica y medicamentos con receta, y usted seguirá pagando su parte del costo hasta que finalice su membresía.

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

Sección 2.1 Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción abierto

Puede finalizar su membresía de nuestro plan durante el **período de inscripción abierto** cada año. Durante este tiempo, revise su cobertura de salud y de medicamentos y decida la cobertura del próximo año.

- El Período de inscripción **abierto** es del 15 de octubre al 7 de diciembre.
- **Elija mantener su cobertura actual o realizar cambios en su cobertura para el siguiente año.** Si usted decide cambiarse a un nuevo plan, podrá elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
 - Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos.
 - Original Medicare *con* un plan de medicamentos de Medicare por separado. o
 - Medicare Original *sin* un plan de medicamentos de Medicare por separado.
 - Si elige esta opción y recibe Ayuda Adicional, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que opte por no participar en la inscripción automática.

Nota: Si cancela la cobertura de medicamentos de Medicare, ya no recibe Ayuda adicional y continúa sin una cobertura válida para medicamentos recetados durante 63 días

consecutivos o más, es probable que deba pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D si se inscribe más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.

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

Sección 2.2 Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage

Puede realizar *un* cambio en su cobertura de salud durante el **período de inscripción abierta de Medicare Advantage** cada año.

- **El período de inscripción abierta de Medicare Advantage** es del 1 de enero al 31 de marzo y también para nuevos beneficiarios de Medicare que estén inscritos en un plan MA, desde el mes de derecho a la Parte A y Parte B hasta el último día del tercer mes de derecho.
- **Durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage**, usted puede:
 - cambiarse a otro plan de Medicare Advantage con o sin cobertura de medicamentos.
 - Cancelar su inscripción en nuestro plan y obtener cobertura a través de Original Medicare. Si usted elige pasarse a Original Medicare durante este período, también puede inscribirse en un plan separado de medicamentos de Medicare en ese momento.
- **Su membresía finalizará** el primer día del mes después de que se inscriba en un plan de Medicare Advantage diferente o de 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 2.3 En ciertas situaciones, puede cancelar su membresía durante un Período de inscripción especial

En determinadas situaciones, los miembros de VillageHealth pueden ser elegibles para cancelar su membresía en otros momentos del año. Esto se conoce como **Período inscripción especial**.

Usted puede ser elegible para cancelar su membresía durante el Período de inscripción especial si alguna de las siguientes situaciones se aplica a su caso. Estos son solo ejemplos; para obtener la lista completa, puede comunicarse con el plan, llamar a Medicare o visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov):

- Por lo general, cuando se muda
- Si gana, pierde o tiene un cambio en Medi-Cal (Medicaid)
- Si gana, pierde o tiene un cambio en su “Ayuda adicional” (Extra Help) para pagar la cobertura de medicamentos de Medicare

- Si incumplimos nuestro contrato con usted
- Si recibe atención en una institución, como un hogar para ancianos o un hospital de atención a largo plazo (LTC)
- Si está inscrito en el Programa de atención integral para las personas de edad avanzada (Program of All inclusive Care for the Elderly, PACE).
- **Nota:** Si está inscrito en un programa de administración de medicamentos, quizás no pueda cambiarse de plan. La Sección 10 del Capítulo 5 le proporciona más detalles sobre los programas de administración de medicamentos.

Los períodos de inscripción varían según cada caso.

Para saber si es elegible para un Período de inscripción especial, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si es elegible para cancelar su membresía debido a una situación especial, puede elegir cambiar tanto su cobertura de salud como su cobertura para medicamentos con receta de Medicare. Tu puede elegir:

- Otro plan de salud de Medicare con o sin cobertura de medicamentos,
- Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos de Medicare, o bien
- Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos de Medicare.

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

- **Generalmente, su membresía se cancelará** el primer día del mes posterior a la recepción de tu solicitud de cambio de plan.
- **Si recibe Ayuda Adicional de Medicare para pagar los costos de cobertura de sus medicamentos** : 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, salvo que haya optado por no participar de la inscripción automática.

Sección 2.4 Obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía

Si tiene alguna pregunta sobre cómo cancelar su membresía, puede:

- **Llamar a Servicios para Miembros al 1-800-399-7226 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)**
- Encontrar la información en el manual **Medicare & You 2026** (Medicare y Usted 2026).
- Puede llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 3 Cómo finalizar tu membresía en nuestro plan

La siguiente tabla explica cómo debe cancelar su membresía en nuestro plan.

Para cambiarse de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
Otro plan de salud de Medicare	- Inscríbase en el nuevo plan de salud de Medicare. - Su inscripción en VillageHealth se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
Medicare Original con un plan de medicamentos de Medicare por separado	- Inscríbase en el nuevo plan de medicamentos de Medicare. - Se cancelará automáticamente su inscripción en VillageHealth cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
Medicare Original sin un plan de medicamentos de Medicare por separado	Envíenos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Llame a Servicios para Miembros al 1-800-399-7226 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) si necesita más información sobre cómo hacerlo. - También puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y solicitar que se le cancele la inscripción. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. - su inscripción al VillageHealth se cancelará cuando empiece su cobertura en Medicare Original.

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

Hasta que finalice su membresía y su nueva cobertura de Medicare comienza la cobertura, usted debe seguir recibiendo sus artículos médicos y servicios, y medicamentos con receta a través de nuestro plan.

- Siga usando los proveedores de nuestra red para recibir atención médica.**
- Continúe utilizando nuestras farmacias de la red o pedido por correo obtener sus medicamentos con receta.**

- **Si está hospitalizado el día que se cancela su membresía, su hospitalización estará cubierta por nuestro plan hasta que le den el alta** (incluso si le dan el alta después de que comience su nueva cobertura médica).

SECCIÓN 5 VillageHealth debe cancelar su membresía en ciertas situaciones

VillageHealth debe cancelar su membresía en el plan si ocurre cualquiera de los siguientes casos:

- Si ya no tiene la Parte A y la Parte B de Medicare
- Si se muda fuera del área de servicio
- Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio durante más de seis meses
 - Si se muda o realiza un viaje largo, llamar a Servicios para Miembros en 1-800-399-7226 (TTY los usuarios llaman 711) para averiguar si el lugar al que se muda o al que viaja está en el área de nuestro plan
- Si usted no cumple con los requisitos especiales de elegibilidad del plan
 - Puede continuar su membresía después de un trasplante de riñón durante un período máximo de 36 meses O durante un período máximo de 12 meses después de suspender el tratamiento de diálisis, generalmente debido a la recuperación de la función renal.
- Si es encarcelado (va a prisión)
- Si no es ciudadano de los Estados Unidos o no está legalmente presente en los Estados Unidos.
- Si miente o encubre información sobre otro seguro que tenga que le ofrece cobertura para medicamentos con receta
- Si intencionalmente nos brinda información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan, y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
- Si permanentemente se comporta de una forma que es perturbadora y hace que sea difícil que les brindemos atención médica a usted y a otros miembros del plan. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
- Si deja que otra persona use su tarjeta de miembro para obtener atención médica. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
 - Si cancelamos su membresía por esta razón, es posible que Medicare haga que el Inspector general investigue su caso

- Si no paga las primas del plan durante tres meses calendario
 - Debemos avisarle por escrito que tiene tres meses calendario para pagar la prima del plan antes de que cancelemos su membresía
- Si usted debe pagar un monto adicional para la Parte D debido a sus ingresos y no lo hace, Medicare cancelará su inscripción en el plan y usted perderá la cobertura para medicamentos.

Si tiene alguna pregunta o desea recibir más información sobre cuándo podemos cancelar su membresía, llamar a Servicios para Miembros en 1-800-399-7226 (TTY los usuarios llaman 711).

Sección 5.1 No podemos pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud, a menos que ya no tenga una afección requerida para la inscripción en VillageHealth.

En la mayoría de los casos, VillageHealth no puede pedirle que cancele su inscripción en el plan por ningún motivo relacionado con su salud. El único momento en el que podemos hacer esto es si ya no tiene la afección médica requerida(s) para la inscripción en VillageHealth.

¿Qué debe hacer si sucede esto?

Si le parece que le están pidiendo que deje nuestro plan por un motivo relacionado con la salud, llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) TTY llamada 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 *Evidencia de cobertura* documento es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y las normas creadas bajo esta ley por parte de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS). Además, es posible que se apliquen otras leyes federales y, en determinadas circunstancias, las leyes del estado en el que vive. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades incluso si las leyes no están incluidas ni explicadas en este documento.

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación

No discriminamos por cuestiones de raza, origen étnico, nacionalidad, color, religión, sexo, edad, discapacidad física o mental, estado de salud, experiencia en quejas, 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 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 www.HHS.gov/ocr/index.html.

Si usted tiene una discapacidad y necesita ayuda con el acceso a la atención, llámenos a Servicios para Miembros en 1-800-399-7226 (los usuarios de TTY llaman a 711). Si usted tiene una queja, como un problema de acceso para sillas de ruedas, Servicios para Miembros puede ayudarlo.

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

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos por Medicare en los que Medicare no es el pagador principal. Según las regulaciones de los 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), VillageHealth, 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.

SECCIÓN 4 Arbitraje Competente

Los nuevos miembros que se inscriban en SCAN Health Plan con una fecha de vigencia que caiga el 1 de marzo de 2008 o después de esta fecha, reciben dentro de sus materiales posteriores a la inscripción una Tarjeta de exclusión de arbitraje que pueden usar para optar por no participar en el arbitraje vinculante. Estos miembros tienen una oportunidad de optar por no participar en el arbitraje vinculante devolviendo la Tarjeta de exclusión de arbitraje a SCAN Health Plan dentro de los 60 días posteriores a la fecha de su solicitud de inscripción en SCAN Health Plan de acuerdo con las instrucciones proporcionadas en la tarjeta.

La siguiente descripción del arbitraje vinculante se aplica a los siguientes miembros:

- Todos los miembros inscritos que se inscribieron en SCAN Health Plan con una fecha de vigencia anterior al 3/1/08; y
- Todos los miembros inscritos en SCAN Health Plan con una fecha de vigencia del 3/1/08 o posterior que no hayan optado expresamente por no participar en el proceso de arbitraje vinculante mediante la presentación de la Tarjeta de exclusión del arbitraje que se incluyó en sus materiales posteriores a la inscripción en el momento de la inscripción.
- Para todos los reclamos sujetos a esta disposición de “Arbitraje vinculante”, tanto los Demandantes como los Demandados (como se define a continuación) renuncian al derecho a un juicio por jurado o juicio en tribunal y aceptan el uso del arbitraje vinculante. En la medida en que esta disposición de “Arbitraje vinculante” se aplique a los reclamos presentados por las SCAN Health Plan Partes (como se define a continuación), se aplicará retroactivamente a todos los reclamos no resueltos que se hayan acumulado antes de la fecha de entrada en vigencia de esta *Evidencia de cobertura*. Dicha aplicación retroactiva será vinculante únicamente para las SCAN Health Plan Partes.

Alcance del arbitraje

Cualquier disputa se someterá a arbitraje vinculante si se cumplen todos los siguientes requisitos:

- El reclamo surge o está relacionado con una supuesta infracción de un deber incidental o que surja o se relacione con esta Evidencia de cobertura o la relación de una Parte miembro (como se define a continuación) con SCAN Health Plan, incluyendo cualquier reclamo por negligencia médica u hospitalaria (un reclamo de que los servicios médicos fueron innecesarios o no autorizados, o fueron prestados de manera inapropiada, negligente o incompetente), por responsabilidad de las instalaciones, o

relacionado con la cobertura o entrega de servicios, independientemente de las teorías legales sobre las cuales se afirma el reclamo.

- El reclamo es presentado por una o más Partes miembros contra una o más Partes SCAN Health Plan o por una o más Partes SCAN Health Plan contra una o más Partes miembros.
- El reclamo no está dentro de la jurisdicción del tribunal de reclamos menores.
- El reclamo no está sujeto a un procedimiento de apelación de Medicare.

Como se menciona en esta disposición de “Arbitraje vinculante”, las “Partes miembros” incluyen:

- Un miembro.
- El heredero, pariente o representante personal de un miembro.
- Cualquier persona que afirme que un deber para con él o ella surge de la relación de un miembro con una o más Partes SCAN Health Plan.

“Partes SCAN Health Plan” incluyen:

- SCAN Health Plan.
- SCAN Group y cualquiera de sus subsidiarias.
- Cualquier empleado o agente de cualquiera de los anteriores.

“Demandante” se refiere a una Parte miembro o una Parte SCAN Health Plan que hace valer un reclamo como se describe anteriormente. “Demandado” se refiere a una Parte miembro o una Parte SCAN Health Plan contra la cual se presenta un reclamo.

Arbitraje administrado por JAMS

Los Demandantes someterán cualquier disputa sujeta a arbitraje vinculante a JAMS (una organización que proporciona servicios de arbitraje) para su resolución mediante arbitraje final y vinculante ante un solo árbitro. Las disputas de este tipo no se resolverán por una demanda o proceso judicial, excepto cuando la ley de California disponga la revisión judicial de los procedimientos de arbitraje.

Los Demandantes iniciarán el arbitraje presentando una demanda de arbitraje a JAMS. Póngase en contacto con JAMS al número de teléfono o dirección de correo electrónico que se proporciona a continuación para presentar una demanda de arbitraje.

La demanda de arbitraje incluirá la base del reclamo contra los Demandados; el monto de los daños que los Demandantes buscan en el arbitraje; los nombres, direcciones y números de teléfono de los Demandantes y sus abogados, si los hubiere; y los nombres de todos los Demandados. Los Demandantes incluirán todos los reclamos contra los Demandados que se basen en el mismo incidente, transacción o circunstancias relacionadas en la demanda de arbitraje.

La administración del arbitraje será realizada por JAMS de acuerdo con las Reglas y procedimientos integrales de arbitraje de JAMS. Los Demandantes y los Demandados se esforzarán por acordar mutuamente el nombramiento del árbitro. Pero si no se puede llegar a un acuerdo dentro de los treinta (30) días a partir de la fecha en que se realiza la demanda de arbitraje, se utilizarán los procedimientos de nombramiento del árbitro en las Reglas y Procedimientos integrales de JAMS.

Las audiencias de arbitraje se celebrarán en Los Angeles, California o en otro lugar que los demandantes y los demandados acuerden por escrito. En el arbitraje, se podrá llevar a cabo el proceso de obtención de pruebas ("civil discovery") según lo dispuesto por la ley de California y el Código de Procedimiento Civil de California. El árbitro seleccionado tendrá el poder de controlar el momento, el alcance y la manera de la etapa de prueba. El árbitro también tendrá las mismas facultades para hacer cumplir los deberes respectivos de las partes con respecto a la etapa de prueba, como lo haría un Tribunal de Superior de California, que incluye, entre otros, la imposición de sanciones. El árbitro tendrá la facultad de otorgar todos los recursos previstos por la ley de California.

El árbitro preparará por escrito un laudo que incluya las razones legales y fácticas de la decisión. El laudo incluirá la asignación de los honorarios y gastos del procedimiento entre las partes. El requisito de arbitraje vinculante no impedirá que una parte solicite una orden de restricción temporal o una medida cautelar preliminar, ni otros recursos provisionales a un tribunal con jurisdicción. Sin embargo, cualquier otra demanda o causa de acción, que incluye, entre otros, a aquellos que buscan una indemnización por daños, estará sujeta a arbitraje vinculante como se estipula en el presente documento. Al arbitraje se aplicará la Ley Federal de Arbitraje, 9 U.S.C. §§ 1–16.

Si tiene alguna pregunta con respecto al inicio del arbitraje vinculante, comuníquese con JAMS al 1-800-352-5267 o en Internet ingrese en www.jamsadr.com.

CAPÍTULO 12: Definiciones

Apelación – una apelación es un recurso que usted presenta si no está de acuerdo con la decisión de denegarle una solicitud de servicios de atención médica o medicamentos con receta o pagos por servicios o medicamentos que ya recibió. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con una decisión de interrumpir los servicios que está recibiendo.

Área de servicio – área geográfica en la que debe vivir para inscribirse en un determinado plan de salud. Para los planes que limitan qué médicos y hospitales puede utilizar, también es, generalmente, el área donde puede obtener servicios de rutina (no emergencias). El plan debe cancelar su inscripción si se muda fuera del área de servicio del plan de manera permanente.

Asociación de práctica independiente (IPA) – un grupo independiente de médicos y otros proveedores de atención médica bajo contrato para brindar servicios a los miembros de SCAN Health Plan.

Atención de emergencia – servicios cubiertos que: 1) brinda un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia; y 2) son necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una afección de emergencia.

Atención médica en un centro de enfermería especializada (SNF) – servicios de enfermería especializada y de rehabilitación que se ofrece de manera continua y a diario en un centro de enfermería especializada. Entre algunos de los ejemplos de atención, podemos incluir fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo pueden ser administradas por un miembro del personal de enfermería o un médico. La atención especializada es la atención de enfermería y terapia que solo puede ser realizada de manera segura y efectiva por, o bajo la supervisión de, profesionales o personal técnico. Es la atención médica que recibe cuando necesita atención de enfermería especializada o terapia especializada para tratar, gestionar y observar su afección, y evaluar sus atención.

Autorización previa – aprobación por adelantado para obtener servicios o determinados medicamentos. Los servicios cubiertos que deben aprobarse por adelantado están marcados en la Tabla de beneficios en el Capítulo 4. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el Formulario y nuestros criterios están publicados en nuestro sitio web.

Auxiliar de atención de la salud a domicilio – una persona que brinda servicios que no necesitan las habilidades de enfermeros o terapeutas certificados, como ayudar con la atención personal (por ejemplo, bañarse, usar el baño, vestirse o realizar ejercicios prescritos).

Ayuda adicional – un programa 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.

Biosimilar – un producto biológico que es muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Los biosimilares son tan seguros y eficaces como el producto biológico original. Algunos biosimilares pueden sustituir al producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta médica (consulte “**Biosimilares intercambiables**”).

Biosimilar intercambiable – Un biosimilar que puede ser utilizado como sustituto de un producto biosimilar original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta porque cumple con requisitos adicionales relacionados con el potencial de sustitución automática. La sustitución automática en la farmacia está sujeta a la ley estatal.

Cancelar o cancelación de la inscripción – el proceso de cancelación de su membresía en nuestro plan.

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.

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 que esperan no pasar más de 24 horas en el centro asistencial.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) – es la agencia federal que administra Medicare.

Cobertura acreditable para medicamentos con receta – cobertura para medicamentos con receta (por ejemplo, de un empleador o un sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura, cuando pasan a ser elegibles para Medicare, pueden normalmente mantener esa cobertura sin pagar una multa si deciden inscribirse más tarde en un plan de cobertura para medicamentos con receta de Medicare.

Cobertura para medicamentos con receta de Medicare (Parte D de Medicare) – seguro que lo ayuda a pagar 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.

Copago – un monto que es posible que deba pagar como su parte del costo del servicio o el suministro médico, como una consulta con el médico, una consulta hospitalaria como paciente externo o un medicamento con receta. Un copago es, generalmente, un monto establecido (por ejemplo \$10) más que un porcentaje.

Coseguro – un monto que se le pedirá que pague, expresada como un porcentaje (por ejemplo, 20 %) como su parte de los costos por los servicios o medicamentos con receta después de que pague los deducibles.

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 para un suministro de un medicamento para un mes es de \$30, y un suministro para un mes en su plan tiene 30 días, su costo compartido diario es de \$1 por día.

Costo compartido estándar – es el costo compartido estándar que no es el costo compartido preferido que ofrece una farmacia de la red.

Costo compartido preferido – costo compartido preferido significa un costo compartido menor para determinados medicamentos cubiertos de la Parte D en determinadas farmacias de la red.

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 le insume al farmacéutico preparar y envolver el medicamento con receta.

Costos compartido – el costo compartido se refiere a los montos que un miembro tiene que pagar cuando obtiene servicios o medicamentos. (Esto es complementario a la prima mensual del plan). Los costos compartidos incluyen cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: 1) todo monto del deducible que pueda imponer un plan antes de que se cubran los servicios o medicamentos; 2) cualquier monto de copago fijo que un plan exija al recibir servicios o medicamentos específicos; o 3) cualquier monto de coseguro, un porcentaje del monto total pagado por un servicio o medicamento, que un plan exija al recibir servicios específicos o medicamentos específicos.

Costos que paga de su bolsillo – consulte la definición de costo compartido. 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 paga de su bolsillo un miembro.

Cuidado asistencial – el cuidado asistencial es la atención personal brindada en un centro de convalecencia, hospicio u otro centro cuando usted no necesita atención médica o de enfermería especializada. El cuidado asistencial es brindado por personas que no tienen habilidades ni preparación profesional e incluye actividades cotidianas como bañarse, vestirse, alimentarse, acostarse y levantarse de la cama o de la silla, desplazarse y utilizar el baño. Puede incluir el tipo de atención relacionada con la salud que la mayoría de las personas realizan por sí mismas, como por ejemplo, usar gotas para los ojos. Medicare no paga el cuidado asistencial.

Deducible – es el monto que debe pagar por los medicamentos con receta o por la atención médica antes de que nuestro plan pague.

Determinación de cobertura – una decisión para determinar si un medicamento que le recetaron está cubierto por el plan y el monto, si lo hubiera, que deberá pagar por el medicamento con receta. En general, si usted lleva su receta a la farmacia y allí le indican que el medicamento con receta no está cubierto por su plan, eso no es una determinación de cobertura. Deberá llamar o escribir a su plan para pedir una decisión de cobertura formal. Las determinaciones de cobertura también se llaman **decisiones de cobertura** en este documento.

Determinación de la organización – una decisión que toma nuestro plan sobre si los servicios o artículos están cubiertos o sobre cuánto le corresponde pagar a usted por servicios o artículos cubiertos. Las determinaciones de la organización se denominan decisiones de cobertura en este documento.

Dispositivos ortésicos y protésicos – dispositivos médicos que incluyen, entre otros, dispositivos ortopédicos para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o una función interna del cuerpo, como suministros para ostomía y terapia nutricional enteral y parenteral.

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 atención médica inmediata para evitar que usted pierda la vida (y, si es una mujer embarazada, la pérdida de un niño por nacer), la pérdida de un miembro o de la función de este, o la pérdida de una función corporal o su deterioro grave. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección médica que se agrava rápidamente.

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.

Etapas de cobertura catastrófica – es la etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D que comienza cuando usted (o alguna persona calificada en su nombre) ha gastado \$2,100 en medicamentos cubiertos de la Parte D durante el año de cobertura. Durante esta etapa de pago, usted no paga nada de los medicamentos cubiertos de la Parte D.

Etapas de cobertura inicial – esta es la etapa antes de que sus costos de desembolso para el año alcancen el monto umbral de desembolso.

Evidencia de cobertura (EOC) y Divulgación de información – en este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro documento adjunto, cláusula adicional u otra cobertura opcional seleccionada, se explica su cobertura, lo que debemos hacer 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 de costo compartido más bajo (una excepción de nivel).

También puede solicitar una excepción si el plan lo obliga a probar otro medicamento antes de recibir el medicamento que está solicitando, si nuestro plan requiere una autorización previa para un medicamento y usted desea que renunciemos a la restricción de criterios, o si el plan limita la cantidad o dosis del medicamento que está solicitando (una excepción al Formulario).

Facturación de saldos – cuando un proveedor (un médico o el hospital) factura al paciente más que el monto del costo compartido permitido del plan. Como miembro de VillageHealth, solo tiene que pagar los montos del costo compartido del plan cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores le **facturen el saldo** o cobren, de otra manera, más que el monto del costo compartido que su plan indica que debe pagar.

Farmacia de la red – una farmacia contratada por el plan donde 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.

Farmacia fuera de la red – farmacia que no tiene un contrato con el plan para coordinar o proporcionar los medicamentos cubiertos a los miembros del 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.

Grupo médico – grupo de médicos, hospitales, farmacias y otros expertos en atención médica contratados por un plan de salud para la atención de sus miembros. Consulte Capítulo 3, Sección 1.1 para obtener información adicional.

Herramienta de beneficio en tiempo real – una aplicación de computadora o portal en la que las personas inscritas pueden buscar información de beneficios y formularios completos, precisos, oportunos, clínicamente apropiados, específicos de las personas inscritas. Esto incluye montos de costo compartido, medicamentos del formulario alternativos que pueden usarse para la misma afección médica que un medicamento determinado, y restricciones de cobertura (autorización previa, límites de cantidad) que se aplican a los medicamentos alternativos.

Hospicio – un beneficio que ofrece un tratamiento especial a un miembro en quien se ha certificado médicamente una enfermedad terminal, es decir, que tiene una esperanza de vida de 6 meses o menos. Nosotros, su plan, debemos proporcionarle una lista de hospicios en su área geográfica. Si 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 – es cuando usted ha sido ingresado formalmente al hospital para recibir servicios médicos especializados. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente externo.

Indicación médicamente aceptada – un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o avalado por ciertos libros de referencias,

como la Información sobre medicamentos del Servicio de formulario del American Hospital y la Información DRUGDEX de Micromedex sistema.

Ingreso complementario administrado por el Seguro Social (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.

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

Lista de medicamentos cubiertos (formulario o Lista de medicamentos) – una lista de medicamentos con receta cubiertos por el plan.

Medi-Cal (Medicaid) (o asistencia médica) – programa conjunto estatal y federal, que ayuda a solventar costos médicos de ciertas personas con bajos ingresos y recursos limitados. Los programas estatales de Medi-Cal (Medicaid) varían, pero cubren la mayoría de los costos de atención médica si usted califica para Medicare y Medi-Cal (Medicaid).

Medicamento necesario – significa que los medicamentos, servicios o suministros son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.

Medicamento de marca – medicamento con receta fabricado y vendido por la compañía farmacéutica que originariamente investigó y desarrolló dicho medicamento. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de ingrediente activo que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otros fabricantes de medicamentos y, normalmente, no están disponibles hasta que haya vencido la patente del medicamento con nombre de marca.

Medicamento genérico – un medicamento con receta que está aprobado por la 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.

Medicamento seleccionado – un medicamento cubierto por la Parte D para el cual Medicare negoció un precio justo máximo.

Medicamentos cubiertos – es el término que se utiliza para referirse a todos los medicamentos con receta que cubre el plan.

Medicamentos de la Parte D – Medicamentos que pueden estar cubiertos por la Parte D. Podemos o no ofrecer todos los medicamentos de la Parte D. El Congreso ha excluido ciertas categorías de medicamentos de la cobertura de la Parte D. Ciertas categorías de medicamentos de la Parte D deben estar cubiertas por todos los planes.

Medicamentos preparados/Preparación de medicamentos – generalmente, la preparación de medicamentos se refiere a la práctica que realiza un farmacéutico autorizado, un médico autorizado o, en el caso de un centro externo, una persona bajo la dirección de un farmacéutico autorizado, combina, mezcla o altera los ingredientes de un medicamento para crear otro que se adapta a las necesidades de un paciente en particular.

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).

Médico de atención primaria de su (Primary Care Physician/Provider, PCP) – un médico u otro proveedor a quien usted consulta primero para la mayoría de los problemas de salud. En muchos planes de salud de Medicare, usted debe consultar con su proveedor de atención primaria antes de consultar con otro proveedor de atención médica.

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).

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.

Monto máximo que paga de su bolsillo – el monto máximo que paga de su bolsillo durante el año calendario para los servicios cubiertos dentro de la red de la Parte A y de la Parte B. Los montos que usted paga por las primas de su plan, las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare y los medicamentos con receta no se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo. Además del monto máximo que paga de su bolsillo para los servicios médicos cubiertos de la Parte A y la Parte B dentro de la red, también existe un monto máximo que paga de su bolsillo para determinados tipos de servicios.

Multa por inscripción tardía de la Parte D – monto que se suma a su prima mensual por la cobertura para medicamentos de Medicare si no tiene una cobertura acreditable (la cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura estándar para medicamentos con receta de Medicare) durante un período continuo de 63 días o más después que sea elegible por primera vez para inscribirse en un plan de la Parte D.

Nivel de costo compartido – cada medicamento de la Lista de medicamentos cubiertos está en uno de los cinco niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor sea el nivel de costo compartido, mayor será el costo del medicamento que le corresponderá pagar.

Organización para 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.

Original Medicare (Medicare tradicional o plan Medicare de 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 dos partes: La Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico), y está disponible en todas partes en los Estados Unidos.

Parte C – Consulte: Plan Medicare Advantage (MA).

Parte D – es el Programa voluntario de beneficios de medicamentos con receta de Medicare.

Período de beneficios – la manera en que Original Medicare mide su uso de los servicios de los hospitales y los centros de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF). El período de beneficios comienza el día en que usted va a un hospital o centro de atención de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza cuando no haya hospitalaria para pacientes internados para pacientes internados en un hospital (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si ingresa en el hospital o en el centro de atención de enfermería especializada después de que un período de beneficios haya terminado, comenzará un período de beneficios nuevo. 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.

Período de inscripción abierta – es el período comprendido entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año en el que los afiliados pueden cambiar su plan de salud o de medicamentos o pasarse a Medicare Original.

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 de 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 de medicamentos con receta separado de Medicare en ese momento. El período de inscripción abierta de Medicare Advantage es también está disponible durante un período de 3 meses después de que una persona es elegible para Medicare por primera vez.

Período de inscripción anual – el período que va del 15 de octubre al 7 de diciembre todos los años, en el que los miembros pueden modificar sus planes de salud o de medicamentos, o cambiarse a Original Medicare.

Período de inscripción especial – un tiempo determinado para que los miembros puedan cambiar sus planes de salud y de medicamentos o volver a Original Medicare. Situaciones en las que usted puede ser elegible para un Período de Inscripción Especial son: si se muda del área de servicio, si está recibiendo Ayuda adicional con los costos de sus medicamentos con receta, si se muda a un asilo de ancianos, o si rompemos nuestro contrato con usted.

Período de inscripción inicial – el tiempo en el que puede inscribirse en la Parte A y la Parte B de Medicare, cuando es elegible 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.

Personas doblemente elegible – Una persona que es elegible para la cobertura de Medicare y Medicaid.

Plan de necesidades especiales – un tipo especial de plan Medicare Advantage que proporciona una atención médica más específica para determinados grupos de personas, como aquellas que poseen Medicare y Medi-Cal (Medicaid), que viven en hogares de convalecencia o que tienen ciertas afecciones médicas crónicas.

Plan de necesidades especiales doble (D-SNP) – Los planes D-SNP inscriben a personas que tienen derecho tanto a Medicare (título XVIII de la Ley del Seguro Social) como a la asistencia médica de un plan estatal de Medicaid (título XIX). Los estados cubren algunos costos de Medicare, dependiendo del estado y de la elegibilidad del individuo.

Plan de necesidades especiales institucionales equivalentes (IE-SNP) – un IE-SNP restringe la inscripción a las personas elegibles para MA que viven en la comunidad pero necesitan el nivel de atención que ofrece un centro.

Plan de necesidades especiales para enfermedades crónicas (C-SNP) – los C-SNP son planes de necesidades especiales (SNP) que restringen la inscripción a personas elegibles para MA que tienen enfermedades graves y crónicas específicas.

Plan de salud de Medicare – un plan de salud de Medicare que ofrece una empresa privada que tiene un contrato con Medicare para brindar los beneficios de la Parte A y la Parte B a personas con Medicare que se inscriben en el plan. Incluye todos los planes Medicare Advantage, los planes Medicare Cost, planes de necesidades especiales, los Programas piloto/demostraciones y los Programas de atención integral para las personas de edad avanzada (Program of All inclusive Care for the Elderly, PACE).

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 por un monto de pago específico. Un plan de PPO debe cubrir todos los beneficios del plan, independientemente de si los brindan proveedores dentro o fuera de la red. El gastos compartidos del miembro será generalmente superior cuando recibe 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 que paga de su bolsillo por servicios de proveedores tanto dentro de la red (preferidos) como fuera de la red (no preferidos).

Plan institucional de necesidades especiales (I-SNP) – los I-SNP restringen la inscripción a personas elegibles para MA que viven en la comunidad pero necesitan el nivel de atención que ofrece un centro, o que viven (o se espera que vivan) durante al menos 90 días seguidos en ciertos centros a largo plazo. Los I-SNP incluyen los siguientes tipos de planes: SNP institucionales equivalentes (IE-SNP), SNP institucionales híbridos (HI-SNP) y SNP institucionales basados en las instalaciones (FI-SNP).

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 HMO, ii) una PPO, iii) un Plan privado de pago por servicio (PFFS) o iv) un plan de Cuenta de ahorro para gastos médicos de Medicare (MSA). Además de elegir entre estos tipos de planes, un plan HMO o PPO de Medicare Advantage también puede ser un Plan de Necesidades Especiales (SNP). En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D (cobertura para medicamentos con receta) de Medicare. Estos planes se llaman planes **Medicare Advantage con cobertura para medicamentos con receta**.

Plan Medicare Cost – un plan Medicare Cost es un plan operado por una Organización para el mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organization, HMO) o un Plan médico competitivo (Competitive Medical Plan, CMP) de conformidad con un contrato de reembolso de costos en virtud de la sección 1876(h) de la Ley.

Plan PACE – un plan Programa de atención integral para las personas de edad avanzada (Program of All-Inclusive Care for the Elderly, PACE) combina servicios médicos, sociales y de atención a largo plazo (LTSS) para personas vulnerables de manera que puedan conservar su independencia y continuar viviendo en sus comunidades (en lugar de mudarse a un hogar de convalecencia) tanto tiempo como sea posible. Las personas inscritas en los planes PACE reciben los beneficios de Medicare y Medi-Cal (Medicaid) a través del plan.

Póliza Medigap (seguro complementario de Medicare) – el seguro complementario de Medicare vendido por una compañía de seguros privada para cubrir los *períodos sin cobertura* de Original Medicare. Las pólizas Medigap solo funcionan con Original Medicare. (Un plan Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

Precio justo máximo – el precio que Medicare negoció para un medicamento seleccionado.

Prima – el pago periódico a Medicare, a una empresa de seguros o a un plan de salud para una cobertura de salud o de medicamentos con receta.

Producto biológico – Medicamento de venta con receta elaborado a partir de fuentes naturales y vivas, como células animales, células vegetales, bacterias o levaduras. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no pueden copiarse

exactamente, por lo cual las formas alternativas se denominan biosimilares. (Ver también **“Producto biológico original”** y **“Biosimilar”**).

Producto biológico original – Un producto biológico que ha sido aprobado por la FDA y sirve como comparación para los fabricantes que fabrican una versión biosimilar. También se le llama producto de referencia.

Programa de Administración de Terapia con Medicamentos (MTM) – un programa de Medicare Parte D para necesidades de salud complejas que se brinda a personas que cumplen con ciertos requisitos o están en un programa de administración medicamentos. Los servicios de MTM generalmente incluyen una conversación con un farmacéutico o profesional de la salud para revisar los medicamentos.

Programa de descuento del fabricante – Un programa bajo el cual los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total del plan por medicamentos y productos biológicos de marca de la Parte D cubiertos. Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y fabricantes de medicamentos.

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. **Proveedores de la red** tienen un contrato con nuestro plan y aceptan nuestro pago como pago total y, en algunos casos, para coordinar y prestar servicios cubiertos a los beneficiarios nuestro plan. Los proveedores de la red también se denominan **proveedores del plan**.

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red – un proveedor o centro que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar 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.

Punto de servicio (POS) – Una opción del Plan de atención administrado por Medicare que le permite la posibilidad de recibir servicios específicos fuera de la red de proveedores del plan. En algunas instancias puede haber un costo adicional por servicios.

Queja – el nombre formal para presentar una queja es **interponer un reclamo**. El proceso de quejas *solo* se aplica para determinados tipos de problemas. Entre ellos se incluyen los problemas relacionados con la calidad de la atención médica, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. También incluye las quejas si su plan no respeta los plazos en el proceso de apelación.

Reclamo – un tipo de queja que se presenta sobre nuestro plan, los proveedores o las farmacias, incluidas las quejas acerca de la calidad de su atención médica. Los reclamos no están relacionados con disputas de cobertura ni de pago.

Red – grupo de médicos, hospitales, farmacias y otros expertos en atención médica contratados por un plan de salud para la atención de sus miembros. Consulte Capítulo 3, Sección 1.1 para obtener información adicional.

Remisión – una orden por escrito de su médico de atención primaria para que visite a un especialista u obtenga ciertos servicios médicos. Sin una remisión, es posible que nuestro plan no pague los servicios de un especialista.

Servicios cubiertos – es el término que usamos para incluir todos los suministros y servicios de atención médica cubiertos por nuestro plan.

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 los beneficios dentales, para la visión o la audición, que puede ofrecer un plan Medicare Advantage.

Servicios de rehabilitación – estos servicios incluyen atención de rehabilitación para pacientes hospitalizados, fisioterapia (ambulatoria), terapia del habla y del lenguaje, y terapia ocupacional.

Servicios para Miembros – un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder a sus preguntas sobre su membresía y beneficios, reclamos y apelaciones.

Servicios preventivos – atención médica para prevenir enfermedades o detectar enfermedades en una etapa temprana, cuando es probable que el tratamiento funcione mejor (por ejemplo, los servicios preventivos incluyen pruebas de Papanicolaou, vacunas contra la gripe y mamografías de detección).

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

Subsidio por bajos ingresos (Low Income Subsidy, LIS) – consulte Ayuda adicional.

Umbral de gastos de bolsillo – el monto máximo que paga de su bolsillo por los medicamentos de la Parte D.

Aviso de no discriminación y accesibilidad

La discriminación es ilegal.

SCAN Health Plan cumple con las leyes federales de derechos civiles vigentes y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad ni sexo (según la definición en el Título 45, sección 92.101(a)(2) del Código de Regulaciones Federales [CFR]). **SCAN Health Plan** no excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

SCAN Health Plan:

- Proporciona modificaciones razonables y ayudas y servicios gratuitos a personas con discapacidades para garantizar una comunicación efectiva con nosotros, por ejemplo:
 - Intérpretes de lenguaje de señas calificados
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuyo idioma principal no es el inglés, por ejemplo:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, póngase en contacto con Servicios para Miembros de SCAN Health Plan entre las 8:00 a. m. y las 8:00 p. m., los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, el horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (los mensajes recibidos en días feriados y fuera del horario de atención se responderán en el plazo de un día hábil) llamando al número que se indica a continuación.

Servicios para Miembros de SCAN

SCAN Health Plan (California)	1-800-559-3500
SCAN Health Plan (Arizona)	1-855-650-7226
SCAN Health Plan (New Mexico)	1-855-826-7226
SCAN Health Plan (Nevada)	1-855-827-7226
SCAN Health Plan (Texas)	1-855-844-7226
SCAN Health Plan (Washington)	1-833-944-7226
VillageHealth	1-800-399-7226
TTY: 711	

Cómo presentar una queja

Si considera que SCAN Health Plan no le ha prestado estos servicios o lo ha discriminado por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo ante: **Peter Yanez, Civil Rights Coordinator, Attn: Grievance and Appeals Department, P.O. Box 22616, Long Beach, CA 90801-5616, 562-989-5140, o FAX (562) 989-0958**. Puede presentar un reclamo en persona, por correo o por fax. Si necesita ayuda para presentar un reclamo, **Peter Yanez, Coordinador de Derechos Civiles**, está disponible para ayudarle.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. de manera electrónica a través del Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles (OCR), disponible en: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o teléfono al:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
Teléfono: 1-800-368-1019, TDD 1-800-537-7697

Los formularios de quejas están disponibles en: <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

English - ATTENTION: If you speak English, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 1-800-399-7226 (TTY: 711) or speak to your provider."

Spanish - ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles de forma gratuita ayuda y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 1-800-399-7226 (TTY: 711) o hable con su proveedor.

Simplified Chinese - 中文 - 注意: 如果您说中文，我们将免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务，以无障碍格式提供信息。致电 1-800-399-7226（文本电话：711）或咨询您的服务提供商。”

Traditional Chinese - 台語

注意：如果您說台語，我們可以為您提供免費語言協助服務。也可以免費提供適當的輔助工具與服務，以無障礙格式提供資訊。請致電 1-800-399-7226（TTY：711）或與您的提供者討論。」

Korean – 한국어 - 주의: 한국어를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 1-800-399-7226(TTY: 711)번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오."

Vietnamese - Việt - LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp miễn phí các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ. Các hỗ trợ dịch vụ phù hợp để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Vui lòng gọi theo số 1-800-399-7226 (Người khuyết tật: 711) hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn."

Arabic

العربية

تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما تتوفر وسائل مساعدة وخدمات مناسبة لتوفير المعلومات بتنسيقات يمكن الوصول إليها مجانًا. اتصل على الرقم 1-800-399-7226 (711) أو تحدث إلى مقدم الخدمة".

French - ATTENTION : Si vous parlez Français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 1-800-399-7226 (TTY: 711) ou parlez à votre fournisseur.

Tagalog - PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyong tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format. Tumawag sa 1-800-399-7226 (TTY: 711) o makipag-usap sa iyong provider."

German - ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistentendienste zur Verfügung. Entsprechende Hilfsmittel und Dienste zur Bereitstellung von Informationen in barrierefreien Formaten stehen ebenfalls kostenlos zur Verfügung. Rufen Sie 1-800-399-7226 (TTY: 711) an oder sprechen Sie mit Ihrem Provider.

Hindi - हिंदी - ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध होती हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक साधन और सेवाएँ भी निःशुल्क उपलब्ध हैं। 1-800-399-7226 (TTY: 711) पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।"

Japanese - 日本語 - 注: 日本語を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。アクセシブル(誰もが利用できるよう配慮された)な形式で情報を提供するための適切な補助支援やサービスも無料でご利用いただけます。1-800-399-7226 (TTY: 711)までお電話ください。または、ご利用の事業者にご相談ください。

Farsi

فارسی

توجه: اگر وارد کردن زبان صحبت می کنید، خدمات پشتیبانی زبانی رایگان در دسترس شما قرار دارد. همچنین کمک ها و خدمات پشتیبانی مناسب برای ارائه اطلاعات در قالب های قابل دسترس، به طور رایگان موجود می باشند. با شماره 1-800-399-7226 (تله تایپ: 711) تماس بگیرید یا با ارائه دهنده خود صحبت کنید.

Russian – РУССКИЙ - ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русский, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону 1-800-399-7226 (TTY: 711) или обратитесь к своему поставщику услуг.

Telugu – తెలుగు - సావధానం: మీరు తెలుగు మాట్లాడితే, మీకు ఉచిత భాషా సహాయ సేవలు అందుబాటులో ఉంటాయి. యాక్సెస్ చేయగల ఫార్మాట్లలో సమాచారాన్ని అందించడానికి తగిన సహాయక సహాయాలు మరియు సేవలు కూడా ఉచితంగా అందుబాటులో ఉంటాయి. 1-800-399-7226 (TTY: 711)కి కాల్ చేయండి లేదా మీ ప్రొవైడర్ తో మాట్లాడండి.

Portuguese - ATENÇÃO: Se você fala [inserir idioma], serviços gratuitos de assistência linguística estão disponíveis para você. Auxílios e serviços auxiliares apropriados para fornecer informações em formatos acessíveis também estão disponíveis gratuitamente. Ligue para 1-800-399-7226 (TTY: 711) ou fale com seu provedor.

Esta página se dejó en blanco intencionalmente

Servicios para Miembros de VillageHealth (HMO POS C-SNP)

Servicios para Miembros – Información de contacto

LLAME A	1-800-399-7226 Las llamadas a este número son gratuitas. 8 a. m. - 8 p. m., 7 días a la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. Servicios para Miembros también dispone de servicios gratuitos de interpretación para personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. 8 a. m. - 8 p. m., 7 días a la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre.
Fax	1-562-989-5181
ESCRIBIR	VillageHealth Attention: Member Services Department P.O. Box 22616 Long Beach, CA 90801-5616
Sitio web	www.villagehealthca.com

Programa de Consejería y Abogacía de Seguros de Salud (HICAP): SHIP de California

HICAP Es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros de salud, a nivel local y en forma gratuita, a las personas que tienen Medicare.

California Programa de Consejería y Abogacía de Seguros de Salud (HICAP) – Información de contacto

Llame al	1-800-434-0222
Escriba a	California Department of Aging 2880 Gateway Oaks Dr, Suite 200 Sacramento, CA 95833
Sitio web	aging.ca.gov/hicap/

Declaración sobre divulgación de la PRA Según la Ley de Reducción de Trámites de 1995 (Paperwork Reduction Act of 1995, PRA), nadie está obligado a responder a una recopilación de información, a menos que esta incluya un número de control de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB) válido. El número de control OMB válido 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.