



Plan Medicare Advantage
con cobertura de
medicamentos con receta

Evidencia de Cobertura 2024

UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP)



Número gratuito **1-800-690-1606**, TTY **711**

De 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes,
de abril a septiembre.



es.myuhc.com/CommunityPlan

United
Healthcare®

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2024

Evidencia de Cobertura

Su Cobertura de Beneficios y Servicios de Salud, y de Medicamentos con Receta de Medicare como Miembro de nuestro plan

Este documento proporciona información detallada de su cobertura de cuidado de la salud y de medicamentos con receta de Medicare del 1 de enero al 31 de diciembre de 2024. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

Si tiene preguntas sobre este documento, comuníquese con Servicio al Cliente al 1-800-690-1606. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. Esta llamada es gratuita.

Este plan, UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP), es ofrecido por **UnitedHealthcare Insurance Company** o una de sus compañías afiliadas. (Siempre que usted encuentre las expresiones “nosotros”, “nos”, “nuestro[s]” o “nuestra[s]” en esta **Evidencia de Cobertura**, se refieren a **UnitedHealthcare**. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, se refiere a **UHC Dual Complete TN-Y001 [HMO-POS D-SNP]**.)

Los planes están asegurados a través de UnitedHealthcare Insurance Company o una de sus compañías afiliadas, una organización de planes Medicare Advantage que tiene un contrato con Medicare y un contrato con el Programa Estatal de Medicaid. La inscripción en el plan depende de la renovación del contrato del plan con Medicare.

La compañía no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, edad o discapacidad en sus programas y actividades relacionados con la salud.

Ofrecemos servicios gratuitos para ayudarle a que se comunique con nosotros. Por ejemplo, cartas en otros idiomas o en letra grande. O bien, usted puede pedir un intérprete. Para pedir ayuda, llame al número de teléfono gratuito para miembros que se encuentra en su tarjeta de ID de miembro.

ATENCIÓN: Si habla español (Spanish), hay servicios de asistencia de idiomas, sin cargo, a su disposición. Llame al número de teléfono gratuito que aparece en su tarjeta de identificación.

請注意：如果您說中文 (Chinese)，我們免費為您提供語言協助服務。請撥打會員卡所列的免付費會員電話號碼

Los beneficios pueden cambiar el 1 de enero de 2024.

El formulario, la red de farmacias y la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Usted recibirá un aviso cuando esto ocurra. Notificaremos los cambios a los miembros afectados con al menos 30 días de anticipación.

No ofrecemos todos los planes disponibles en su área. La información que proporcionamos se limita a los planes que ofrecemos en su área. Para obtener información sobre todas sus opciones, visite **es.Medicare.gov** o llame al **1-800-MEDICARE**.

Aviso: TennCare no es responsable del pago de estos beneficios, excepto del costo compartido correspondiente. TennCare no es responsable de garantizar la disponibilidad ni la calidad de estos beneficios. Todo beneficio adicional de Medicare mencionado en esta comunicación, por encima de Medicare Original, se aplica solamente al beneficio de Medicare y no indica que existan mayores beneficios de Medicaid.

La participación en el programa Renew Active® es voluntaria. Antes de empezar un programa de ejercicios o de hacer cambios en su estilo de vida o en su rutina de cuidado de la salud, consulte a su médico. El programa Renew Active incluye una membresía estándar en un programa de acondicionamiento físico y otras ofertas. La membresía en un programa de acondicionamiento físico, el equipo, las clases, los planes de acondicionamiento físico personalizados, el acceso para los cuidadores y los eventos pueden variar según el sitio. Ciertos servicios, descuentos, clases, eventos y ofertas de acondicionamiento físico por Internet son proporcionados por compañías afiliadas de UnitedHealthcare Insurance Company o por otros terceros que no están afiliados a UnitedHealthcare. La participación en estos servicios externos está sujeta a su aceptación de sus respectivas condiciones y normas. AARP® Staying Sharp® es la marca registrada de AARP. Staying Sharp, incluido todo el contenido y las características, se ofrece para su conocimiento y para educar a los usuarios sobre el cuidado de la agudeza mental y los problemas médicos que pueden afectar a sus vidas diarias. Staying Sharp se basa en un enfoque holístico de estilo de vida para la agudeza mental que anima a los usuarios a incorporar en su vida diaria actividades asociadas con el bienestar general. Nada del servicio se debe considerar ni usar como sustituto del consejo, diagnóstico o tratamiento médico. Las características, que incluyen Cognitive Assessment and Lifestyle Check-Ins (Evaluación Cognitiva y Consultas de Estilo de Vida), Additional Tests (Pruebas Adicionales), los ejercicios y los desafíos, evalúan el desempeño en un momento particular en ciertas tareas cognitivas específicas. Los juegos de Staying Sharp están destinados únicamente a fines recreativos y de entretenimiento. Varios factores pueden afectar al desempeño, incluido el sueño, el cansancio, la concentración y otros factores sociales, ambientales o emocionales. El desempeño no es indicativo de la salud cognitiva ni predice el futuro desempeño ni las condiciones médicas. UnitedHealthcare no es responsable de los servicios prestados ni de la información proporcionada por terceros. La información proporcionada a través de estos servicios es para su conocimiento solamente y no sustituye el consejo de un médico. El programa Renew Active® varía según el plan o el área y es posible que no esté disponible en todos los planes. El acceso a la red de gimnasios y centros de acondicionamiento físico puede variar según el sitio y el plan.

Fitbit, el logotipo de Fitbit y las marcas y los logotipos relacionados son marcas comerciales de Google LLC o de sus compañías afiliadas.

El servicio de Nurse Hotline no se debe usar para necesidades de cuidado de urgencia ni de emergencia. En situaciones de emergencia, llame al 911 o vaya a la sala de emergencias más cercana. La información proporcionada a través de este servicio es para su conocimiento solamente. El personal de enfermería no puede diagnosticar problemas ni recomendar tratamientos; tampoco sustituye el cuidado que le proporciona su médico. La confidencialidad de su información de salud se mantiene según la ley. El acceso a este servicio está sujeto a las

condiciones de uso.

Cada año, Medicare evalúa los planes según un sistema de calificación de 5 estrellas.

Este documento explica sus beneficios y derechos. Use este documento para entender lo siguiente:

- Sus beneficios médicos y de medicamentos con receta;
- Cómo presentar una queja si no está satisfecho con un servicio o tratamiento;
- Cómo comunicarse con nosotros si necesita más ayuda; y,
- Otras protecciones exigidas por la ley de Medicare.

Evidencia de Cobertura 2024

Índice

Capítulo 1	Información básica para el miembro	1
Sección 1	Introducción	2
Sección 2	¿Qué requisitos debe cumplir para ser miembro del plan?.....	4
Sección 3	Materiales importantes de membresía que recibirá.....	5
Sección 4	El costo mensual del plan	8
Sección 5	Mantenga actualizado su registro de membresía del plan	8
Sección 6	Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan	9
Capítulo 2	Números de teléfono y recursos importantes	11
Sección 1	Contactos de UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) (cómo comunicarse con nosotros, incluso con Servicio al Cliente).....	12
Sección 2	Medicare (cómo recibir ayuda e información directamente del programa Federal de Medicare).....	18
Sección 3	Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare).....	20
Sección 4	Organización para el Mejoramiento de la Calidad	21
Sección 5	Seguro Social.....	22
Sección 6	Medicaid	23
Sección 7	Información sobre programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos con receta	26
Sección 8	Cómo comunicarse con la Junta de Retiro Ferroviario	27
Sección 9	¿Tiene un seguro de grupo u otro seguro de salud de un empleador?.....	28
Capítulo 3	Cómo usar el plan para recibir sus servicios médicos y otros servicios cubiertos	29
Sección 1	Información sobre cómo recibir su cuidado médico y otros servicios como miembro de nuestro plan.....	30
Sección 2	Use proveedores dentro de la red del plan para recibir su cuidado médico y otros servicios.....	32
Sección 3	Cómo recibir servicios cuando tiene una emergencia o necesita cuidado de urgencia, o durante una catástrofe.....	34
Sección 4	¿Qué puede hacer si le facturan directamente el costo total de sus servicios?.....	36

Sección 5	¿Cómo se cubren sus servicios médicos cuando usted participa en un estudio de investigación clínica?.....	37
Sección 6	Reglas para recibir cuidado en una institución religiosa no médica para servicios de salud	38
Sección 7	Reglas sobre la propiedad del equipo médico duradero.....	39
Capítulo 4	Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto)	41
Sección 1	Explicación de los servicios cubiertos	42
Sección 2	Use la Tabla de Beneficios Médicos para saber qué está cubierto.....	42
Sección 3	¿Qué servicios están cubiertos fuera de UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP)?	104
Sección 4	¿Qué servicios no cubre el plan?	104
Capítulo 5	Cómo usar la cobertura del plan para obtener medicamentos con receta de la Parte D.....	111
Sección 1	Introducción	112
Sección 2	Surta sus recetas en una farmacia de la red o a través del servicio de pedidos por correo del plan	113
Sección 3	Sus medicamentos deben estar en la “Lista de Medicamentos” del plan	116
Sección 4	Hay restricciones en la cobertura de algunos medicamentos	118
Sección 5	¿Qué puede hacer si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera que usted desea?	120
Sección 6	¿Qué sucede si cambia la cobertura de uno de sus medicamentos?	122
Sección 7	¿Qué tipos de medicamentos no cubre el plan?.....	124
Sección 8	Cómo surtir una receta	125
Sección 9	Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales.....	126
Sección 10	Programas sobre la administración y la seguridad de los medicamentos	128
Capítulo 6	Cómo pedirnos que paguemos una factura que recibí por servicios médicos o medicamentos cubiertos	131
Sección 1	Situaciones en las que nos debe pedir que paguemos sus servicios o medicamentos cubiertos	132
Sección 2	Cómo pedirnos que le hagamos un reembolso o que paguemos una factura que ha recibido	134
Sección 3	Consideraremos su solicitud de pago y la aceptaremos o denegaremos.....	135

Capítulo 7	Sus derechos y responsabilidades.....	136
	Sección 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales como miembro del plan	137
	Sección 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan	150
Capítulo 8	Qué puede hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)	152
	Sección 1 Introducción	153
	Sección 2 Dónde obtener más información y ayuda personalizada	153
	Sección 3 Explicación de las quejas y apelaciones de Medicare y de Medicaid en nuestro plan.....	154
	Sección 4 Decisiones de cobertura y apelaciones	154
	Sección 5 Guía de los conceptos básicos de decisiones de cobertura y apelaciones	155
	Sección 6 Su cuidado médico: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura.....	158
	Sección 7 Sus medicamentos con receta de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.....	168
	Sección 8 Cómo pedirnos que cubramos una estadía en el hospital como paciente hospitalizado más prolongada si piensa que le darán de alta demasiado pronto	176
	Sección 9 Cómo pedirnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si usted piensa que su cobertura terminará demasiado pronto.....	183
	Sección 10 Cómo presentar una apelación de Nivel 3 y de niveles superiores	189
	Sección 11 Cómo presentar una queja sobre la calidad del cuidado, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otros problemas.....	192
	Sección 12 Cómo resolver problemas sobre sus beneficios de Medicaid	195
Capítulo 9	Cómo terminar su membresía en el plan.....	197
	Sección 1 Introducción sobre cómo terminar su membresía en nuestro plan.....	198
	Sección 2 ¿Cuándo puede terminar su membresía en nuestro plan?.....	198
	Sección 3 ¿Cómo puede terminar su membresía en nuestro plan?	201
	Sección 4 Hasta que termine su membresía, debe seguir recibiendo sus artículos y servicios médicos, y sus medicamentos a través de nuestro plan	202
	Sección 5 UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) debe terminar su membresía en el plan en ciertas situaciones	203

Capítulo 10 Avisos legales.....	205
Sección 1 Aviso sobre las leyes vigentes.....	206
Sección 2 Aviso sobre antidiscriminación.....	206
Sección 3 Aviso sobre los derechos de subrogación de Pagador Secundario de Medicare	206
Sección 4 Responsabilidad civil ante terceros y subrogación.....	207
Sección 5 Responsabilidad civil del miembro.....	207
Sección 6 Los servicios cubiertos por Medicare deben cumplir el requisito de ser razonables y necesarios	208
Sección 7 Prevención de duplicación de beneficios con cobertura de Seguro de Automóvil, contra Accidentes o de Responsabilidad Civil	208
Sección 8 Motivos de fuerza mayor	209
Sección 9 Los proveedores médicos y hospitales de la red contratantes son contratistas independientes.....	209
Sección 10 Evaluación de la tecnología	209
Sección 11 Declaraciones del miembro	210
Sección 12 Información disponible a solicitud	210
Sección 13 Comunicación de Parte de un Miembro de Casos de Fraude y Abuso en el Año 2024	210
Sección 14 Cómo se remunera generalmente a los proveedores de nuestra red	211
Sección 15 Términos y Condiciones del Programa Renew Active®	211
Capítulo 11 Definiciones de palabras importantes.....	214

Capítulo 1

Información básica para el miembro

Sección 1 Introducción

Sección 1.1 **Usted está inscrito en UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP), que es un Plan Medicare Advantage especializado (Plan para Personas con Necesidades Especiales)**

Usted tiene cobertura tanto de Medicare como de Medicaid:

- **Medicare** es el programa federal de seguro de salud para personas mayores de 65 años, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas con enfermedad renal en etapa terminal (insuficiencia renal).
- **Medicaid** es un programa conjunto del gobierno federal y estatal que ayuda a pagar los costos médicos de ciertas personas con ingresos y recursos limitados. La cobertura de Medicaid varía según el estado y el tipo de Medicaid que usted tenga. Algunos beneficiarios de Medicaid reciben ayuda para pagar las primas y otros costos de Medicare. Otras personas también reciben cobertura de servicios y medicamentos adicionales que no cubre Medicare.

Usted eligió obtener su cobertura de cuidado de la salud y de medicamentos con receta de Medicare y de TennCare (Medicaid) a través de nuestro plan, UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP). Estamos obligados a cubrir todos los servicios de la Parte A y de Parte B. Sin embargo, los costos compartidos y el acceso a los proveedores de este plan difieren de los de Medicare Original.

UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) es un Plan Medicare Advantage especializado (un Plan para Personas con Necesidades Especiales de Medicare), lo que significa que los beneficios están diseñados para personas con necesidades de cuidado de la salud especiales. UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) está diseñado para personas que tienen Medicare y que también tienen derecho a recibir ayuda de Medicaid.

Debido a que usted recibe ayuda de Medicaid con los costos compartidos de las Partes A y B de Medicare (deducibles, copagos y coseguros), no pagará nada por sus servicios para el cuidado de la salud de Medicare. Es posible que Medicaid también le ofrezca otros beneficios al cubrir servicios para el cuidado de la salud y medicamentos con receta que, por lo general, Medicare no cubre. Además, recibirá el programa “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos con receta de Medicare. UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) ayudará a administrar todos estos beneficios para usted, de manera que usted reciba los servicios para el cuidado de la salud y la ayuda con los pagos a los que tiene derecho.

Nuestro plan es un Plan Medicare Advantage de una Organización para el Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization, HMO) con una opción de Punto de Servicio (Point-of-Service, POS) aprobada por Medicare y administrada por una compañía privada. “Punto de Servicio” significa que usted puede usar proveedores fuera de la red del plan por un costo adicional.

UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) es administrado por una compañía privada. Al igual que todos los Planes Medicare Advantage, este Plan para Personas con Necesidades Especiales de Medicare está aprobado por Medicare. El plan también tiene un contrato con el programa Tennessee Medicaid para coordinar sus beneficios de Medicaid. Nos complace proporcionarle su cobertura de cuidado de la salud de Medicare, que incluye su cobertura de medicamentos con receta.

La cobertura de este Plan califica como Cobertura de Salud que Califica (Qualifying Health Coverage, QHC) y cumple el requisito de responsabilidad individual compartida de la Ley de Protección al Paciente y del Cuidado de Salud a Bajo Precio (Affordable Care Act, ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en: irs.gov/es/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información.

Sección 1.2 ¿Qué información contiene el documento Evidencia de Cobertura?

Este documento **Evidencia de Cobertura** le indica cómo recibir su cuidado médico y sus medicamentos con receta de Medicare y de TennCare (Medicaid). Explica sus derechos y responsabilidades, lo que está cubierto, lo que usted paga como miembro del plan y cómo presentar una queja si no está satisfecho con una decisión o un tratamiento.

Las palabras **cobertura** y **servicios cubiertos** se refieren al cuidado y a los servicios médicos, así como a los medicamentos con receta disponibles para usted como miembro del plan.

Es importante que conozca las reglas del plan y los servicios disponibles para usted. Le recomendamos que dedique algo de tiempo para revisar este documento **Evidencia de Cobertura**.

Si está confundido o preocupado, o simplemente tiene una pregunta, comuníquese con Servicio al Cliente de nuestro plan.

Sección 1.3 Información legal sobre la Evidencia de Cobertura

Esta **Evidencia de Cobertura** forma parte de nuestro contrato con usted sobre cómo el plan cubre su cuidado. Otras partes de este contrato incluyen su solicitud de inscripción, la **Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)** y cualquier aviso que usted reciba de nosotros sobre cambios en su cobertura o en las condiciones que afectan a su cobertura. Estos avisos a veces reciben el nombre de **cláusulas adicionales** o **enmiendas**.

El contrato tiene vigencia durante los meses en que usted esté inscrito en el plan, entre el 1 de enero de 2024 y el 31 de diciembre de 2024.

Cada año calendario, Medicare nos permite hacer cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y los beneficios del plan después del 31 de diciembre de 2024. También podemos decidir dejar de ofrecer el plan en su área de servicio, u ofrecerlo en un área de servicio diferente, después del 31 de diciembre de 2024.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) y TennCare (Medicaid) deben aprobar nuestro plan cada año. Cada año, usted puede seguir obteniendo la cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan siempre y cuando decidamos seguir ofreciendo el plan y Medicare renueve la aprobación del plan.

Sección 2 ¿Qué requisitos debe cumplir para ser miembro del plan?

Sección 2.1 Sus requisitos de participación

Usted cumple los requisitos de membresía de nuestro plan siempre y cuando:

- Tenga tanto la Parte A de Medicare como la Parte B de Medicare
- — **y** — Viva en nuestra área geográfica de servicio (la Sección 2.3 a continuación describe nuestra área de servicio). No se considera que las personas encarceladas vivan en el área de servicio geográfica, aunque se encuentren físicamente en ella.
- — **y** — Sea ciudadano estadounidense o residente legal en los Estados Unidos
- — **y** — Cumpla los requisitos de participación especiales que se describen a continuación.

Requisitos de participación especiales de nuestro plan

Nuestro plan está diseñado para satisfacer las necesidades de las personas que reciben ciertos beneficios de Medicaid. (Medicaid es un programa conjunto del gobierno federal y estatal que ayuda a pagar los costos médicos de ciertas personas con ingresos y recursos limitados.) Para cumplir los requisitos de nuestro plan, usted debe cumplir los requisitos para recibir los beneficios de Medicare y los beneficios completos de Medicaid, incluidos los beneficios de CHOICES de Cuidado a Largo Plazo (para todos los miembros que actualmente reciben los beneficios cubiertos del Grupo 1, 2 o 3 de CHOICES con UnitedHealthcare).

Tenga en cuenta que: Si pierde su categoría de participación en Medicaid, específicamente en relación con el Grupo 1, 2 o 3 de CHOICES de Apoyos y Servicios a Largo Plazo (Long-Term Services and Supports, LTSS) con UnitedHealthcare, pero se puede esperar razonablemente que vuelva a tenerla en un plazo no mayor de 90 días, seguirá cumpliendo los requisitos para ser miembro de nuestro plan (la Sección 2.1 del Capítulo 4 explica la cobertura y los costos compartidos durante un período en el que se considera que sigue cumpliendo los requisitos de participación).

Sección 2.2 ¿Qué es Medicaid?

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

Sección 2.3 Área de servicio del plan UnitedHealthcare Dual Complete® ONE (HMO-POS D-SNP)

UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) está disponible solamente para las personas que viven en el área de servicio de nuestro plan. Para seguir siendo miembro de nuestro plan, usted debe seguir viviendo en el área de servicio del plan. A continuación, se describe el área de servicio.

Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados de Tennessee: Anderson, Bedford, Benton, Bledsoe, Blount, Bradley, Campbell, Cannon, Carroll, Carter, Cheatham, Chester, Claiborne, Clay, Cocke, Coffee, Crockett, Cumberland, Davidson, Decatur, DeKalb, Dickson, Dyer, Fayette, Fentress, Franklin, Gibson, Giles, Grainger, Greene, Grundy, Hamblen, Hamilton, Hancock, Hardeman, Hardin, Hawkins, Haywood, Henderson, Henry, Hickman, Houston, Humphreys, Jackson, Jefferson, Johnson, Knox, Lake, Lauderdale, Lawrence, Lewis, Lincoln, Loudon, Macon, Madison, Marion, Marshall, Maury, McMinn, McNairy, Meigs, Monroe, Montgomery, Moore, Morgan, Obion, Overton, Perry, Pickett, Polk, Putnam, Rhea, Roane, Robertson, Rutherford, Scott, Sequatchie, Sevier, Shelby, Smith, Stewart, Sullivan, Sumner, Tipton, Trousdale, Unicoi, Union, Van Buren, Warren, Washington, Wayne, Weakley, White, Williamson, Wilson.

Si usted planea mudarse fuera del área de servicio, no podrá seguir siendo miembro de este plan. Comuníquese con Servicio al Cliente para saber si tenemos un plan en su nueva área. Cuando se mude, tendrá un Período de Inscripción Especial que le permitirá cambiarse a Medicare Original o inscribirse en un plan de salud o de medicamentos de Medicare que esté disponible en su nuevo sitio.

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

Sección 2.4 Ciudadanía Estadounidense o Residencia Legal

Los miembros de planes de salud de Medicare deben ser ciudadanos estadounidenses o residentes legales en los Estados Unidos. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificará a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) si usted no cumple los requisitos para seguir siendo miembro por esta razón. UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) debe cancelar su inscripción si usted no cumple este requisito.

Sección 3 Materiales importantes de membresía que recibirá

Sección 3.1 Su tarjeta de ID de miembro de UnitedHealthcare

Mientras sea miembro de nuestro plan, debe usar su tarjeta de ID de miembro de UnitedHealthcare cada vez que reciba servicios cubiertos por este plan y medicamentos con receta que obtenga en farmacias de la red. **IMPORTANTE**—Si usted tiene Medicare y TennCare (Medicaid), asegúrese de mostrar solamente su tarjeta de ID de miembro de UnitedHealthcare y no su tarjeta de ID de Medicaid estatal cada vez que acceda a servicios. Esto ayudará a que su proveedor facture correctamente. Esta es una tarjeta de ID de miembro de UnitedHealthcare de muestra. La suya será muy parecida:



NO use su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para recibir los servicios médicos cubiertos mientras sea miembro de este plan. Si usa su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de membresía de UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP), es posible que tenga que pagar el costo total de los servicios médicos. Guarde su tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Es posible que le pidan que la muestre si necesita servicios hospitalarios o servicios de cuidados paliativos, o si participa en estudios de investigación clínica aprobados de Medicare, también llamados ensayos clínicos.

Le explicamos por qué es tan importante: Si usa su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare en lugar de su tarjeta de ID de miembro del plan de UnitedHealthcare para recibir servicios cubiertos mientras sea miembro del plan, es posible que usted tenga que pagar el costo total.

Si su tarjeta de ID de miembro del plan de UnitedHealthcare se daña, se pierde o se la roban, llame de inmediato a Servicio al Cliente y le enviaremos una nueva.

Sección 3.2 Directorio de Proveedores

El **Directorio de Proveedores** indica los proveedores de servicios y distribuidores actuales de equipo médico duradero de nuestra red. **Proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de cuidado de la salud, grupos médicos, distribuidores de equipo médico duradero, hospitales y otros centros de cuidado de la salud que tienen un convenio con nosotros para aceptar nuestro pago y cualquier costo compartido del plan como pago total.

Usted debe usar los proveedores de la red para recibir cuidado y servicios médicos. Si va a otro lugar sin la debida autorización, tendrá que pagar la totalidad. Las únicas excepciones son las emergencias, los servicios requeridos de urgencia cuando la red no está disponible (es decir, en situaciones en las que no es razonable o no es posible obtener servicios dentro de la red), los servicios de diálisis fuera del área de servicio y los casos en que UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) autoriza el uso de proveedores fuera de la red. Es posible que este directorio también identifique a los proveedores que participan en TennCare (Medicaid). Usted puede consultar a cualquier proveedor del directorio para recibir los servicios cubiertos por el plan, aunque no participen en TennCare (Medicaid). Para obtener más información sobre los proveedores participantes de TennCare (Medicaid), comuníquese con TennCare (Medicaid).

¿Por qué debe saber qué proveedores forman parte de nuestra red?

Es importante saber qué proveedores forman parte de nuestra red porque, excepto en excepciones limitadas, mientras usted sea miembro de nuestro plan, debe usar los proveedores de la red para recibir cuidado y servicios médicos. Las únicas excepciones son las emergencias, los servicios requeridos de urgencia cuando la red no está disponible (normalmente, si usted se encuentra fuera del área), los servicios de diálisis fuera del área de servicio y los casos en que nuestro plan autoriza el uso de proveedores fuera de la red. Consulte el Capítulo 3 (**Cómo usar la cobertura del plan para recibir sus servicios médicos**) para obtener información más específica sobre la cobertura en situaciones de emergencia, fuera de la red y fuera del área de servicio. Los miembros de este plan pueden usar sus beneficios de Punto de Servicio (POS) únicamente para consultar a proveedores fuera de la red para recibir servicios dentales de rutina.

Si usted no tiene su copia del **Directorio de Proveedores**, puede solicitar una (impresa o en formato electrónico) a Servicio al Cliente. Las copias impresas del Directorio de Proveedores que usted solicite se le enviarán por correo en un plazo no mayor de tres días hábiles.

Sección 3.3 Directorio de Farmacias

El directorio de farmacias indica las farmacias de nuestra red. Las **farmacias de la red** son todas las farmacias que han convenido surtir los medicamentos con receta cubiertos a los miembros de nuestro plan. Usted puede consultar el **Directorio de Farmacias** para buscar la farmacia de la red que desee usar. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para obtener información sobre cuándo puede usar farmacias que no estén dentro de la red del plan.

Si no tiene el **Directorio de Farmacias**, puede pedir una copia a Servicio al Cliente. También puede encontrar esta información en nuestro sitio web en es.myuhc.com/CommunityPlan.

Sección 3.4 La Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario) del plan

El plan tiene una **Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)**. Para abreviar, la llamamos “Lista de Medicamentos”. Indica los medicamentos con receta de la Parte D que están cubiertos por el beneficio de la Parte D que incluye nuestro plan.

Además de los medicamentos cubiertos por la Parte D, usted tiene algunos medicamentos con receta cubiertos por sus beneficios de Medicaid. La “Lista de Medicamentos” le indica cómo saber qué medicamentos están cubiertos por Medicaid. El plan elige los medicamentos de esta lista con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista debe cumplir los requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la “Lista de Medicamentos” del plan.

La “Lista de Medicamentos” también indica si hay alguna regla que limite la cobertura de sus medicamentos.

Le proporcionaremos una copia de la “Lista de Medicamentos”. Para obtener la información más completa y actualizada sobre qué medicamentos están cubiertos, puede visitar el sitio web del plan (es.myuhc.com/CommunityPlan) o llamar a Servicio al Cliente.

Sección 4 El costo mensual del plan

Sección 4.1 Prima del plan

Usted no paga una prima mensual del plan aparte por UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP). Medicaid paga la prima de la Parte B de Medicare por usted.

Sección 4.2 ¿Podemos cambiar la prima mensual del plan durante el año?

No. No se nos permite comenzar a cobrar una prima mensual del plan durante el año.

Sección 5 Mantenga actualizado su registro de membresía del plan

Sección 5.1 Cómo asegurarse de que tengamos su información correcta

Su registro de membresía tiene información de su solicitud de inscripción, que incluye su dirección y número de teléfono. También indica la cobertura específica de su plan, incluido su Proveedor de Cuidado Primario.

Los médicos, hospitales, farmacéuticos y otros proveedores dentro de la red del plan necesitan tener información correcta sobre usted. **Estos proveedores de la red usan su registro de membresía para saber los servicios y medicamentos que tienen cobertura, además de los costos compartidos que le corresponden a usted.** Por esta razón, es muy importante que usted nos ayude a mantener su información actualizada.

Infórmenos estos cambios:

- Cambios en su nombre, su dirección o su 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 unión libre, del Seguro de Accidentes Laborales o de Medicaid).
- Si tiene reclamos por responsabilidad civil, como reclamos debido a un accidente de tránsito.
- Si ha sido admitido en un asilo de convalecencia.
- Si recibe cuidado en una sala de emergencias o en un hospital fuera del área de servicio o fuera de la red.
- Si cambia su tercero responsable designado (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 pretende participar, pero le recomendamos que lo haga).

Si alguno de estos datos cambia, llame a Servicio al Cliente para avisarnos.

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

Sección 6 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

Otros seguros

Medicare nos exige que recopilemos información suya sobre cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos que usted tenga. Esto es porque debemos coordinar cualquier otra cobertura que usted tenga con sus beneficios de nuestro plan. Esto se llama **Coordinación de los Beneficios**.

Una vez al año, le enviaremos una carta que indique cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos de las que tengamos conocimiento. Lea detenidamente esta información. Si es correcta, no tiene que hacer nada. Si es incorrecta o si usted tiene otra cobertura que no se haya indicado, llame a Servicio al Cliente. Es posible que tenga que dar su número de ID de miembro del plan a sus otras compañías de seguros (una vez que haya confirmado su identidad) para que sus facturas se paguen correcta y puntualmente.

Si usted tiene otro seguro (como una cobertura de salud de grupo del empleador), existen reglas establecidas por Medicare para determinar si paga primero nuestro plan o su otro seguro. El seguro que paga primero se llama pagador primario y paga hasta los límites de su cobertura. El seguro que paga segundo, llamado pagador secundario, solamente paga si hay costos que la cobertura primaria no cubrió. Es posible que el pagador secundario no pague todos los costos que no han sido cubiertos. Si usted tiene otro seguro, informe a su médico, hospital y farmacia.

Las siguientes reglas se aplican a la cobertura de planes de salud de grupo de empleadores o sindicatos:

- Si tiene cobertura para jubilados, Medicare paga primero.
- Si la cobertura de su plan de salud de grupo se basa en su empleo actual o en el de un familiar, se determina quién paga primero según su edad, el número de empleados de su empleador y si usted tiene Medicare debido a su edad, discapacidad o Enfermedad Renal en Etapa Terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD):
 - Si es menor de 65 años y es discapacitado, y usted o su familiar aún trabajan, su plan de salud de grupo paga primero si el empleador tiene 100 empleados o más, o si hay al menos un empleador en un plan de varios empleadores que tiene más de 100 empleados.
 - Si es mayor de 65 años y usted o su cónyuge o pareja de unión libre aún trabajan, su plan de salud de grupo paga primero si el empleador tiene 20 empleados o más, o si hay al menos un empleador en un plan de varios empleadores que tiene más de 20 empleados.
- Si usted tiene Medicare debido a que tiene Enfermedad Renal en Etapa Terminal, su plan de salud de grupo pagará primero durante los primeros 30 meses después de que usted comience a cumplir los requisitos de Medicare.

Por lo general, los siguientes tipos de cobertura pagan primero los servicios relacionados con cada tipo:

- Seguro Sin Culpa (incluso el Seguro de Automóvil)
- Seguro de Responsabilidad Civil (incluso el Seguro de Automóvil)
- Seguro por Neumoconiosis del Minero (pulmón negro)

- Seguro de Accidentes Laborales

TennCare (Medicaid) y TRICARE nunca pagan primero los servicios cubiertos por Medicare. Solo pagan después de que hayan pagado Medicare o los planes de salud de grupo de empleadores.

Capítulo 2

Números de teléfono y recursos importantes

Sección 1 **Contactos de UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) (cómo comunicarse con nosotros, incluso con Servicio al Cliente)**

Cómo comunicarse con Servicio al Cliente de nuestro plan

Para recibir ayuda con preguntas sobre reclamos, facturación o tarjetas de ID de miembro de UnitedHealthcare, llame o escriba a Servicio al Cliente de nuestro plan. Nos complacerá ayudarle.

Método	Servicio al Cliente — Información de contacto
Llame al	1-800-690-1606 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. Servicio al Cliente también ofrece servicios gratuitos de interpretación de idiomas para personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre.
Escriba a	UnitedHealthcare Customer Service Department P.O. Box 30769, Salt Lake City, UT 84130-0769
Sitio web	es.myuhc.com/CommunityPlan

Cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura relacionada con su cuidado médico

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y su cobertura, o sobre lo que pagaremos por sus servicios médicos o medicamentos con receta de la Parte D. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura sobre su cuidado médico o sus medicamentos con receta de la Parte D, consulte el Capítulo 8 (**Qué puede hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]**).

Método	Decisiones de Cobertura Relacionadas con el Cuidado Médico — Información de contacto
Llame al	1-800-690-1606 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre.
Escriba a	UnitedHealthcare Customer Service Department (Organization Determinations) P.O. Box 30769, Salt Lake City, UT 84130-0769
Sitio web	es.myuhc.com/CommunityPlan

Cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación relacionada con su cuidado médico

Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado. Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación sobre su cuidado médico, consulte el Capítulo 8 (**Qué puede hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]**).

Método	Apelaciones Relacionadas con el Cuidado Médico – Información de contacto
Llame al	<p>1-800-690-1606</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>Disponible de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre.</p> <p>Para presentar apelaciones rápidas relacionadas con el cuidado médico:</p> <p>1-800-690-1606</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>Disponible de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre.</p>
TTY	<p>711</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>Disponible de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre.</p>
Fax	<p>Para presentar apelaciones rápidas solamente:</p> <p>1-866-373-1081</p>
Escriba a	<p>UnitedHealthcare Appeals and Grievances Department P.O. Box 6103, MS CA124-0187, Cypress, CA 90630-0023</p>
Sitio web	<p>es.myuhc.com/CommunityPlan</p>

Método	Apelaciones Relacionadas con la Parte D – Información de Contacto
Llame al	1-800-690-1606 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. Para apelaciones rápidas por la Parte D: 1-855-409-7041 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre.
Fax	Para presentar apelaciones rápidas solamente: 1-877-960-8235
Escriba a	UnitedHealthcare Appeals and Grievances Department P.O. Box 6103, MS CA124-0187, Cypress, CA 90630-0023
Sitio web	es.myuhc.com/CommunityPlan

Cómo comunicarse con nosotros para presentar una queja sobre su cuidado médico

Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre uno de los proveedores o de las farmacias de nuestra red, incluso una queja sobre la calidad del cuidado que ha recibido. Este tipo de queja no incluye disputas sobre la cobertura ni el pago. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre su cuidado médico, consulte el Capítulo 8 (**Qué puede hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]**).

Método	Quejas sobre el Cuidado Médico – Información de contacto
<p>Llame al</p>	<p>1-800-690-1606</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>Disponible de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre.</p> <p>Para presentar quejas rápidas sobre el cuidado médico:</p> <p>1-800-690-1606</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>Disponible de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre.</p>
<p>TTY</p>	<p>711</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>Disponible de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre.</p>
<p>Fax</p>	<p>Para presentar quejas rápidas solamente:</p> <p>1-844-226-0356</p>
<p>Escriba a</p>	<p>UnitedHealthcare Appeals and Grievance Department P.O. Box 6103, MS CA124-0187, Cypress, CA 90630-0023</p>
<p>Sitio web de Medicare</p>	<p>Usted puede presentar una queja sobre UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare por Internet, visite es.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.</p>

A dónde debe enviar una solicitud para pedirnos el pago del costo del cuidado médico o de un medicamento que usted recibió

Si recibió una factura o pagó 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. Consulte el Capítulo 6 (**Cómo pedirnos que paguemos una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos**).

Tenga en cuenta que: Si nos envía una solicitud de pago y denegamos cualquier parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Para obtener más información, consulte el Capítulo 8 (**Qué puede hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]**).

Método	Solicitudes de Pago – Información de contacto
Escriba a	UnitedHealthcare P.O. Box 5290, Kingston, NY 12402-5290
Sitio web	es.myuhc.com/CommunityPlan

Sección 2 Medicare (cómo recibir ayuda e información directamente del programa Federal de Medicare)

Medicare es el programa federal de seguro de salud para personas mayores de 65 años, algunas personas menores de 65 años con discapacidades y personas con Enfermedad Renal en Etapa Terminal (insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o trasplante de riñón).

La agencia federal a cargo de Medicare se denomina Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS). Esta agencia tiene contratos con organizaciones de planes Medicare Advantage, incluso con nosotros.

Método	Medicare – Información de contacto
Llame al	1-800-MEDICARE o al 1-800-633-4227 Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 Este número requiere un equipo telefónico especial y está habilitado solo para personas con dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas.

Método	Medicare – Información de contacto
<p>Sitio web</p>	<p>es.medicare.gov</p> <p>Este es el sitio web oficial del gobierno para Medicare. Le ofrece información actualizada sobre Medicare y asuntos actuales de Medicare. También tiene información sobre hospitales, asilos de convalecencia, médicos, agencias de asistencia médica a domicilio y centros de diálisis. Incluye documentos que usted puede imprimir directamente desde su computadora. También puede encontrar contactos de Medicare en su estado.</p> <p>El sitio web de Medicare también tiene información detallada sobre sus requisitos de participación y opciones de inscripción en Medicare mediante las siguientes herramientas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Herramienta para Determinar si Cumple los Requisitos de Medicare: Proporciona información sobre si usted cumple los requisitos de Medicare. • Buscador de Planes de Medicare: Proporciona información personalizada sobre los planes de medicamentos con receta de Medicare, los planes de salud de Medicare y las pólizas Medigap (Seguro Complementario de Medicare) disponibles en el área donde usted vive. Estas herramientas ofrecen un cálculo aproximado de los gastos de su bolsillo que podría tener en diferentes planes de Medicare. <p>También puede usar el sitio web para presentar ante Medicare cualquier queja que tenga sobre UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informe a Medicare sobre su queja: Usted puede presentar una queja sobre UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, visite es.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma sus quejas con seriedad y usará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa Medicare. <p>Si usted no tiene computadora, en su biblioteca o centro para adultos de edad avanzada local, posiblemente le permitan usar una computadora para visitar este sitio web. O puede llamar a Medicare y decirles qué información está buscando. Buscarán la información en el sitio web y la revisarán con usted. (Puede llamar a Medicare 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.)</p>

Sección 3 Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)

El Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa del gobierno que cuenta con asesores capacitados en todos los estados. En su estado, el Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud se llama Comisión sobre el Envejecimiento y la Discapacidad de Tennessee (Tennessee Commission on Aging and Disability).

Su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud es un programa estatal independiente (no tiene relación con ninguna compañía de seguros ni con ningún plan de salud) que recibe fondos del gobierno federal para proporcionar asesoramiento gratuito sobre el seguro de salud local a los beneficiarios de Medicare.

Los asesores de este programa pueden ayudarle a comprender sus derechos en Medicare, a presentar quejas sobre su cuidado o tratamiento médico, y a resolver problemas con sus facturas de Medicare. Además, pueden ayudarle con las preguntas o problemas de Medicare, explicarle sus opciones de planes de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan.

Método para acceder al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud y otros recursos:

- Visite shiphelp.org (haga clic en **SHIP LOCATOR [BUSCADOR DE PROGRAMAS ESTATALES DE ASISTENCIA CON EL SEGURO DE SALUD]** en el medio de la página)
- Haga clic en “**Hablar con Alguien**” en el medio de la página de inicio
- Aparecerán las siguientes opciones
 - Opción n.º 1: Puede tener **una conversación en vivo con un representante del 1-800-MEDICARE**
 - Opción n.º 2: Puede elegir su **ESTADO** en el menú desplegable y hacer clic en IR. Esto le dirigirá a una página con números de teléfono y recursos específicos de su estado.

Método	Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (SHIP)–Información de contacto Tennessee Comisión sobre el Envejecimiento y la Discapacidad de Tennessee
Llame al	1-877-801-0044
TTY	711
Escriba a	Andrew Jackson BLDG, 502 Deaderick ST, FL 9, Nashville, TN 37243-0860
Sitio web	tn.gov/aging/our-programs/state-health-insurance-assistance-program-ship-.html

Sección 4 Organización para el Mejoramiento de la Calidad

En cada estado, hay una Organización para el Mejoramiento de la Calidad designada para atender a los beneficiarios de Medicare. Para Tennessee, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se llama KEPRO.

La Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado tiene un grupo de médicos y otros profesionales de cuidado de la salud que reciben pagos de Medicare para que verifiquen la calidad del cuidado que reciben los beneficiarios de Medicare y ayuden a mejorarla. La Organización para el Mejoramiento de la Calidad del estado es una organización independiente. No tiene relación con nuestro plan.

Usted debe comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado en las siguientes situaciones:

- Tiene una queja sobre la calidad del cuidado que ha recibido.
- Cree que la cobertura de su estadía en el hospital terminará demasiado pronto.
- Cree que la cobertura de su cuidado de asistencia médica a domicilio, su cuidado en un centro de enfermería especializada o sus servicios en un Centro para Rehabilitación Integral de Pacientes Ambulatorios (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) terminará demasiado pronto.

Método	Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO)–Información de contacto Tennessee KEPRO
Llame al	1-888-317-0751 Disponible de 9 a.m. a 5 p.m., hora local, de lunes a viernes; de 11 a.m. a 3 p.m., hora local, los fines de semana y días festivos
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y está habilitado solo para personas con dificultades para oír o hablar.
Escriba a	KEPRO 5201 W Kennedy BLVD, STE 900 Tampa, FL 33609
Sitio web	keproqio.com

Sección 5 Seguro Social

El Seguro Social es responsable de determinar el cumplimiento de los requisitos y de administrar las inscripciones para Medicare. Los ciudadanos estadounidenses y los residentes permanentes legales que son mayores de 65 años o que tienen una discapacidad o Enfermedad Renal en Etapa Terminal y reúnen ciertas condiciones, cumplen los requisitos de Medicare. Si usted ya recibe cheques del Seguro Social, la inscripción en Medicare es automática. Si no recibe cheques del Seguro Social, debe inscribirse en Medicare. Para solicitar la inscripción en Medicare, puede llamar al Seguro Social o visitar su oficina local del Seguro Social.

El Seguro Social también es responsable de determinar quiénes deben pagar una cantidad adicional por su cobertura de medicamentos de la Parte D debido a que tienen ingresos más altos. Si recibió una carta del Seguro Social que le informaba que usted tiene que pagar la cantidad adicional y tiene preguntas sobre la cantidad, o si sus ingresos disminuyeron debido a un evento que ha cambiado su vida, puede llamar al Seguro Social y solicitar una reconsideración.

Si se muda o cambia de dirección postal, es importante que se comuniquen con el Seguro Social para informarles.

Método	Seguro Social–Información de contacto
Llame al	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de 8 a.m. a 7 p.m., hora local, de lunes a viernes Puede usar el sistema telefónico automatizado del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunas operaciones las 24 horas del día.
TTY	1-800-325-0778 Este número requiere un equipo telefónico especial y está habilitado solo para personas con dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de 8 a.m. a 7 p.m., hora local, de lunes a viernes
Sitio web	ssa.gov/espanol/

Sección 6 Medicaid

Medicaid es un programa conjunto del gobierno federal y estatal que ayuda a pagar los costos médicos de ciertas personas con ingresos y recursos limitados.

Además, hay programas ofrecidos a través de Medicaid que ayudan a los beneficiarios de Medicare a pagar sus costos de Medicare, por ejemplo, las primas de Medicare. Estos “Programas de Ahorros de Medicare” ayudan a que las personas con ingresos y recursos limitados ahorren dinero cada año:

- **Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare, y otros costos compartidos (como los deducibles, los coseguros y los copagos). (Algunas personas que reciben este programa también cumplen los requisitos para recibir los beneficios completos de Medicaid [Beneficiario Calificado de Medicare Plus {Qualified Medicare Beneficiary Plus, QMB+}].)
- **Beneficiario de Medicare de Bajos Ingresos (Specified Low-Income Medicare Beneficiary, SLMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunas personas que reciben este programa también cumplen los requisitos para recibir los beneficios completos de Medicaid [Beneficiario de Medicare de Bajos Ingresos Plus {Specified Low-Income Medicare Beneficiary Plus, SLMB+}].)
- **Individuos Calificados (Qualifying Individuals, QI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Individuos Incapacitados y Empleados Calificados (Qualified Disabled & Working Individuals, QDWI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Si tiene preguntas sobre la ayuda que recibe de Medicaid, comuníquese con TennCare (Medicaid).

Método	Programa Estatal de Medicaid–Información de contacto Tennessee División de TennCare
Llame al	1-800-342-3145 Disponibile de 8 a.m. a 4:30 p.m., hora del Centro, de lunes a viernes
TTY	711
Escriba a	310 Great Circle RD, Nashville, TN 37243
Sitio web	tn.gov/tenncare/

Método	Oficina Estatal de Medicaid (para obtener información sobre los requisitos de participación)–Información de contacto Tennessee División de TennCare
Llame al	1-800-342-3145 Disponible de 8 a.m. a 4:30 p.m., hora del Centro, de lunes a viernes
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y está habilitado solo para personas con dificultades para oír o hablar.
Escriba a	310 Great Circle RD, Nashville, TN 37243
Sitio web	tn.gov/tenncare/members-applicants/eligibility/tenncare-medicaid.html

Método	Oficina Estatal de Medicaid (para obtener información sobre la cobertura y los servicios)–Información de contacto Tennessee División de TennCare
Llame al	1-800-342-3145 Disponible de 8 a.m. a 4:30 p.m., hora del Centro, de lunes a viernes
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y está habilitado solo para personas con dificultades para oír o hablar.
Escriba a	310 Great Circle RD, Nashville, TN 37243
Sitio web	tn.gov/tenncare/

El programa del Ombudsman ayuda a las personas inscritas en Medicaid con problemas de servicio o facturación. Puede ayudarle a presentar una queja formal o una apelación ante nuestro plan.

Método	Programa del Ombudsman del Estado–Información de contacto Tennessee Oficina del Ombudsman de la Comisión sobre Niños y Jóvenes de Tennessee (Tennessee Commission on Children and Youth)
Llame al	1-615-741-2633 Disponibile de 8 a.m. a 4:30 p.m., hora local, de lunes a viernes
TTY	1-615-532-3893 Este número requiere un equipo telefónico especial y está habilitado solo para personas con dificultades para oír o hablar.
Escriba a	502 Deaderick ST, FL 9, Nashville, TN 37243-0800
Sitio web	tn.gov/content/tn/tccy/programs0/ombuds.html

El programa del ombudsman para el cuidado a largo plazo ayuda a las personas a obtener información sobre asilos de convalecencia y a resolver problemas entre los asilos de convalecencia y los residentes o sus familiares.

Método	Programa del Ombudsman para el Cuidado a Largo Plazo del Estado Tennessee Oficina del Ombudsman de la Comisión sobre el Envejecimiento y la Discapacidad de Tennessee
Llame al	1-877-236-0013 Disponibile de 8 a.m. a 4:30 p.m., hora local, de lunes a viernes
TTY	1-615-532-3893 Este número requiere un equipo telefónico especial y está habilitado solo para personas con dificultades para oír o hablar.
Escriba a	502 Deaderick ST, FL 9, Nashville, TN 37243-0860
Sitio web	tn.gov/aging/our-programs/long-term-care-ombudsman.html

Sección 7 Información sobre programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos con receta

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

Programa “Ayuda Adicional” de Medicare

Dado que cumple los requisitos de Medicaid, usted califica para el programa “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos con receta, y lo está recibiendo. No necesita hacer nada más para recibir este programa “Ayuda Adicional”.

Si tiene preguntas sobre el programa “Ayuda Adicional”, llame:

- Al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048** (solicitudes), las 24 horas del día, los 7 días de la semana;
- A la Oficina del Seguro Social al **1-800-772-1213**, de 8 a.m. a 7 p.m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-325-0778** (solicitudes); o
- A su Oficina Estatal de Medicaid (solicitudes). (Consulte la información de contacto en la Sección 6 de este capítulo.)

¿Qué sucede si tiene cobertura de un Programa de Ayuda de Medicamentos para el Sida (ADAP)? ¿Qué es el Programa de Ayuda de Medicamentos para el Sida (ADAP)?

El Programa de Ayuda de Medicamentos para el Sida (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a las personas que cumplen los requisitos de dicho programa y que viven con el virus de inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA) a tener acceso a medicamentos para el VIH que salvan la vida. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también están en el formulario del Programa de Ayuda de Medicamentos para el Sida califican para recibir ayuda con los costos compartidos de los medicamentos con receta.

Nota: Para cumplir los requisitos del Programa de Ayuda de Medicamentos para el Sida de su estado, las personas deben cumplir ciertos criterios, que incluyen contar con comprobantes de residencia en el estado, de diagnóstico de VIH, de bajos ingresos según lo define el estado y de ser una persona no asegurada o subaseguradas.

Si usted cambia de plan, notifique a su trabajador de inscripción del Programa de Ayuda de Medicamentos para el Sida local para que pueda seguir recibiendo ayuda. Para obtener información sobre los criterios de participación, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al **1-615-741-7500**, disponible de 8 a.m. a 4:30 p.m., hora local, de lunes a viernes.

Método	Programa de Ayuda de Medicamentos para el Sida (ADAP)–Información de contacto Programa de Ayuda de Medicamentos para el VIH (HDAP) de Tennessee
Llame al	1-615-741-7500 Disponible de 8 a.m. a 4:30 p.m., hora local, de lunes a viernes
Sitio web	tn.gov/health/health-program-areas/std/std/ryanwhite.html

¿Qué sucede si recibe el programa “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos con receta? ¿Puede obtener los descuentos?

La mayoría de nuestros miembros reciben el programa “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos con receta. Si usted recibe el programa “Ayuda Adicional”, el Programa de Descuento para la Etapa Sin Cobertura de Medicare no se aplica a usted. Si recibe el programa “Ayuda Adicional”, ya tiene cobertura de los costos de sus medicamentos con receta durante la Etapa Sin Cobertura.

¿Qué sucede si no obtiene un descuento y usted cree que debería recibirlo?

Si usted cree que llegó a la Etapa Sin Cobertura y no obtuvo un descuento cuando pagó su medicamento de marca, debe revisar su próximo aviso **Explicación de Beneficios de la Parte D** (Part D Explanation of Benefits, Part D EOB). Si el descuento no aparece en su **Explicación de Beneficios de la Parte D**, debe comunicarse con nosotros para confirmar que los registros de sus medicamentos con receta sean correctos y estén actualizados. Si no estamos de acuerdo en que le adeudamos un descuento, usted puede apelar. Para recibir ayuda para presentar una apelación, puede pedírsela al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (SHIP) (los números de teléfono se encuentran en la Sección 3 de este capítulo) o llamar 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**.

Sección 8 Cómo comunicarse con la Junta de Retiro Ferroviario

La Junta de Retiro Ferroviario es una agencia federal independiente que administra programas de beneficios integrales para los empleados ferroviarios del país y sus familias. Si usted recibe Medicare a través de la Junta de Retiro Ferroviario, es importante que les informe si se muda o cambia de dirección postal. Si tiene preguntas sobre sus beneficios de la Junta de Retiro Ferroviario, comuníquese con la agencia.

Método	Junta de Retiro Ferroviario–Información de contacto
Llame al	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Si presiona “0”, puede hablar con un representante de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB) de 9:00 a.m. a 3:30 p.m., los lunes, martes, jueves y viernes; y de 9:00 a.m. a 12:00 p.m., los miércoles. Si presiona “1”, puede acceder a la Línea de Ayuda de la Junta de Retiro Ferroviario automatizada con información grabada, las 24 horas del día, incluso los fines de semana y días festivos.
TTY	1-312-751-4701 Este número requiere un equipo telefónico especial y está habilitado solo para personas con dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número no son gratuitas.
Sitio web	rrb.gov/

Sección 9 ¿Tiene un seguro de grupo u otro seguro de salud de un empleador?

Si usted (o su cónyuge o pareja de unión libre) recibe beneficios del grupo del empleador o grupo para jubilados de usted (o de su cónyuge o pareja de unión libre) como parte de este plan, puede llamar al administrador de beneficios del empleador o sindicato, o a Servicio al Cliente si tiene alguna pregunta. Puede preguntar sobre los beneficios de salud, las primas o el período de inscripción del grupo del empleador o grupo para jubilados de usted (o de su cónyuge o pareja de unión libre). (Los números de teléfono de Servicio al Cliente aparecen en la contraportada de este documento.) También puede llamar al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY: 1-877-486-2048)** si tiene preguntas relacionadas con su cobertura de Medicare conforme a este plan.

Si usted tiene otra cobertura de medicamentos con receta a través del grupo del empleador o grupo para jubilados de usted (o de su cónyuge o pareja de unión libre), comuníquese con el **administrador de beneficios de ese grupo**, quien puede ayudarle a determinar cómo funcionará su cobertura de medicamentos con receta actual con nuestro plan.

Capítulo 3

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

Sección 1 Información sobre cómo recibir su cuidado médico y otros servicios como miembro de nuestro plan

Este capítulo explica lo que debe saber sobre cómo usar el plan para recibir su cuidado médico cubierto. Proporciona definiciones de términos y explica las reglas que deberá seguir para recibir los tratamientos médicos, servicios, equipos, medicamentos con receta y otro cuidado médico que están cubiertos por el plan.

Para obtener información detallada sobre qué cuidado médico cubre nuestro plan, consulte la Tabla de Beneficios Médicos del capítulo siguiente, el Capítulo 4 (**Tabla de Beneficios Médicos, qué está cubierto**).

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

- **Proveedores** son médicos y otros profesionales de cuidado de la salud que tienen una licencia del estado para prestar servicios y cuidado médico. El término proveedores también incluye hospitales y otros centros de cuidado de la salud.
- **Proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de cuidado de la salud, grupos médicos, hospitales y otros centros de cuidado de la salud que tienen un convenio con nosotros para aceptar nuestro pago como pago total.
- **Servicios cubiertos** incluyen todo el cuidado médico, los servicios para el cuidado de la salud, los suministros, los equipos y los medicamentos con receta que están cubiertos por nuestro plan.

Sección 1.2 Reglas básicas para recibir su cuidado médico cubierto por el plan

Como plan de salud de Medicare y Medicaid, UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) debe cubrir todos los servicios cubiertos por Medicare Original y puede ofrecer otros servicios además de los que están cubiertos por Medicare Original, según se indica en el Capítulo 4.

El plan generalmente cubrirá su cuidado médico siempre y cuando:

- **El cuidado que usted reciba esté incluido en la Tabla de Beneficios Médicos del plan** (esta tabla aparece en el Capítulo 4 de este documento).
- **El cuidado que reciba se considere médicamente necesario.** Médicamente necesario significa que los servicios, suministros, equipos o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su condición médica, y que cumplen los estándares de la medicina aceptados.
- **Usted tenga un proveedor de cuidado primario (primary care provider, PCP) de la red que proporcione y supervise su cuidado.** Como miembro de nuestro plan, debe elegir un proveedor de cuidado primario de la red (para obtener más información al respecto, consulte la Sección 2.1 de este capítulo).

-
- En la mayoría de las situaciones, su proveedor de cuidado primario de la red debe darle la preaprobación antes de que usted pueda usar otros proveedores dentro de la red del plan, tales como especialistas, hospitales, centros de enfermería especializada o agencias de asistencia médica a domicilio. Esto se llama darle una referencia. Para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2.3 de este capítulo.
 - No necesita una referencia de su proveedor de cuidado primario para recibir cuidado de emergencia ni servicios requeridos de urgencia. También hay algunos otros tipos de cuidado que usted puede recibir sin la preaprobación de su proveedor de cuidado primario (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2.2 de este capítulo).
 - **Debe recibir su cuidado de un proveedor de la red** (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2 de este capítulo). En la mayoría de los casos, el cuidado que reciba de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no forma parte de la red de nuestro plan) no tendrá cobertura. Esto significa que usted tendrá que pagarle al proveedor la totalidad de los servicios prestados. **Las siguientes son tres excepciones:**
 - El plan cubre el cuidado de emergencia o los servicios requeridos de urgencia que usted reciba de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información sobre este tema y para saber qué significan servicios para emergencias o servicios requeridos de urgencia, consulte la Sección 3 de este capítulo.
 - Si usted necesita cuidado médico que Medicare o Medicaid exige que nuestro plan cubra, pero no hay ningún especialista dentro de nuestra red que proporcione este cuidado, usted puede recibirlo de un proveedor fuera de la red al mismo costo compartido que normalmente paga dentro de la red. En esta situación, cubriremos estos servicios como si usted hubiera obtenido el cuidado de un proveedor de la red. Para obtener información sobre cómo obtener una aprobación para consultar a un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.3 de este capítulo.
 - El plan cubre los servicios de diálisis renal que usted reciba en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentre temporalmente fuera del área de servicio del plan o cuando el proveedor que le presta este servicio no esté a su disposición o no esté accesible temporalmente. El costo compartido que usted paga al plan por la diálisis nunca puede exceder el costo compartido de Medicare Original. Si se encuentra fuera del área de servicio del plan y recibe la diálisis de un proveedor que no forma parte de la red del plan, su costo compartido no puede exceder el costo compartido que usted paga dentro de la red. Sin embargo, si su proveedor habitual de diálisis dentro de la red no está a su disposición temporalmente y usted decide obtener los servicios dentro del área de servicio de un proveedor fuera de la red del plan, el costo compartido de la diálisis puede ser mayor.
- Mientras usted sea miembro de nuestro plan de Punto de Servicio (POS), puede usar proveedores dentro o fuera de la red para recibir servicios dentales de rutina cubiertos.

Sección 2 Use proveedores dentro de la red del plan para recibir su cuidado médico y otros servicios

Sección 2.1 Debe elegir un Proveedor de Cuidado Primario (PCP) para que proporcione y supervise su cuidado

¿Qué es un proveedor de cuidado primario y qué hace por usted?

¿Qué es un proveedor de cuidado primario?

Un Proveedor de Cuidado Primario (PCP) es un médico de la red que usted elige para prestar y coordinar los servicios cubiertos que usted recibe.

¿Qué tipos de proveedores pueden actuar como proveedor de cuidado primario?

Por lo general, los proveedores de cuidado primario son médicos especializados en Medicina Interna, Medicina Familiar o Medicina General.

¿Cuál es el rol de mi proveedor de cuidado primario?

La relación con su proveedor de cuidado primario es importante porque este médico es responsable de la coordinación del cuidado de su salud y, además, es responsable de sus necesidades de cuidado de la salud de rutina. Le recomendamos que le pida ayuda a su proveedor de cuidado primario para elegir un especialista de la red y que, después de una visita a un especialista, realice un seguimiento con su proveedor de cuidado primario. Es importante que entable y mantenga una buena relación con su proveedor de cuidado primario.

¿Cómo elige a su proveedor de cuidado primario?

Usted debe elegir un proveedor de cuidado primario del **Directorio de Proveedores** en el momento de su inscripción. Sin embargo, puede visitar a cualquier proveedor de la red que elija.

Para obtener una copia del **Directorio de Proveedores** más reciente o recibir ayuda para elegir un proveedor de cuidado primario, llame a Servicio al Cliente o visite el sitio web que se indica en el Capítulo 2 de este documento para obtener la información más actualizada sobre los proveedores de nuestra red.

Si no elige un proveedor de cuidado primario en el momento de inscribirse, podemos elegir uno por usted. Puede cambiar de proveedor de cuidado primario en cualquier momento. Consulte “Cómo cambiar de proveedor de cuidado primario” a continuación.

Cómo cambiar de proveedor de cuidado primario

Puede cambiar de proveedor de cuidado primario por cualquier motivo, en cualquier momento. También es posible que su proveedor de cuidado primario deje la red de proveedores de nuestro plan y usted tendría que buscar uno nuevo de nuestro plan.

Si desea cambiar de proveedor de cuidado primario, llame a Servicio al Cliente o puede hacerlo por Internet. Si el proveedor de cuidado primario está aceptando miembros adicionales del plan, el cambio entrará en vigencia el primer día del mes siguiente. Usted recibirá una nueva tarjeta de ID de miembro de UnitedHealthcare que incluirá este cambio.

Sección 2.2 **Cómo recibir cuidado de especialistas y otros proveedores de la red**

Un especialista es un médico que presta servicios para el cuidado de la salud para una enfermedad o una parte del cuerpo específicas. Hay muchas clases de especialistas. Los siguientes son algunos ejemplos:

- Oncólogos, que atienden a pacientes con cáncer.
- Cardiólogos, que atienden a pacientes con condiciones cardíacas.
- Ortopedistas, que atienden a pacientes con determinadas condiciones óseas, articulares o musculares.

Aunque su proveedor de cuidado primario está capacitado para tratar la mayoría de las necesidades frecuentes de cuidado de la salud, es posible que en algún momento considere que usted necesita consultar a un especialista de la red. **Usted no necesita una referencia de su proveedor de cuidado primario para consultar a un especialista o un proveedor de salud del comportamiento o de servicios de salud mental de la red.** Aunque no necesita una referencia de su proveedor de cuidado primario para consultar a un especialista de la red, su proveedor de cuidado primario puede recomendarle un especialista de la red apropiado para su condición médica, responder las preguntas que usted tenga sobre el plan de tratamiento de un especialista de la red y proporcionar cuidado de la salud de seguimiento según sea necesario. Para la coordinación del cuidado de la salud, le recomendamos que, cuando consulte a un especialista de la red, le avise a su proveedor de cuidado primario.

Consulte el **Directorio de Proveedores**, que contiene una lista de los especialistas del plan a su disposición a través de su red. O bien, puede consultar el **Directorio de Proveedores** en Internet en el sitio web que se indica en el Capítulo 2 de este documento.

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

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

- Aunque nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare nos exige que le proporcionemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Le notificaremos que su proveedor dejará nuestro plan para que usted tenga tiempo de elegir un nuevo proveedor.
 - Si su proveedor de cuidado primario o de salud del comportamiento deja nuestro plan, le notificaremos si usted ha consultado a ese proveedor en los últimos tres años.
 - Si alguno de sus otros proveedores deja nuestro plan, le notificaremos si se le asigna al proveedor, si actualmente recibe cuidado de él o si le ha consultado en los últimos tres meses.
- Le ayudaremos a elegir un nuevo proveedor calificado dentro de la red al que puede acceder para seguir con su cuidado.
- Si usted está recibiendo tratamiento médico o terapias de su proveedor actual, tiene derecho a solicitar que continúen si son médicamente necesarios, y colaboraremos con usted para asegurarnos de que así sea.

- Le proporcionaremos información sobre los diferentes períodos de inscripción disponibles para usted y las opciones que podría tener para cambiar de plan.
- Si usted cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su cuidado no está siendo administrado apropiadamente, tiene derecho a presentar una queja sobre la calidad del cuidado ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (Quality Improvement Organization, QIO), una queja formal sobre la calidad del cuidado ante el plan, o ambas. Consulte el Capítulo 8.

Sección 2.3 **Cómo recibir cuidado de proveedores fuera de la red**

El cuidado que usted reciba de proveedores fuera de la red no estará cubierto, a menos que dicho cuidado cumpla una de las tres excepciones que se describen en la Sección 1.2 de este capítulo. Para obtener información sobre cómo recibir cuidado fuera de la red cuando tiene una emergencia médica o necesita cuidado de urgencia, consulte la Sección 3 de este capítulo.

Sección 3 **Cómo recibir servicios cuando tiene una emergencia o necesita cuidado de urgencia, o durante una catástrofe**

Sección 3.1 **Cómo recibir cuidado si tiene una emergencia médica**

¿Qué es una emergencia médica y qué debería hacer si tiene una?

Una **emergencia médica** se da cuando usted o cualquier otra persona prudente con conocimientos promedio de salud y medicina creen que usted tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para prevenir su muerte (y, si está embarazada, la pérdida de un feto), la pérdida de una extremidad o la función de una extremidad, o la pérdida o limitación grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, dolor grave o una condición médica que está empeorando rápidamente.

Si tiene una emergencia médica:

- **Reciba ayuda lo antes posible.** Llame al 911 para pedir ayuda o vaya a la sala de emergencias o al hospital más cercano. Llame a una ambulancia si la necesita. **No** necesita obtener primero la aprobación ni una referencia de su proveedor de cuidado primario. No es necesario usar un médico de la red. Puede recibir cuidado médico de emergencia cubierto siempre que lo 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.
- En cuanto sea posible, asegúrese de que nuestro plan se entere de su emergencia. Debemos realizar un seguimiento de su cuidado de emergencia. Usted u otra persona deben llamar para informarnos que recibió cuidado de emergencia, generalmente en un plazo no mayor de 48 horas, al número de Servicio al Cliente que se encuentra en el Capítulo 2 de este documento.

¿Qué está cubierto si tiene una emergencia médica?

Nuestro plan cubre servicios de ambulancia en situaciones en que llegar a la sala de emergencias por cualquier otro medio podría poner en peligro su salud. También cubrimos los servicios

médicos durante la emergencia.

Los médicos que le prestan el cuidado de emergencia decidirán en qué momento su condición se ha estabilizado y ha pasado la emergencia médica.

Una vez que haya pasado la emergencia, usted tiene derecho a recibir cuidado médico de seguimiento para confirmar que su condición siga siendo estable. Sus médicos seguirán tratándole hasta que se comuniquen con nosotros y hagan planes para el cuidado adicional. Nuestro plan cubrirá su cuidado médico de seguimiento. Si usted recibe cuidado de emergencia de proveedores fuera de la red, intentaremos hacer los arreglos necesarios para que los proveedores de la red sigan con su cuidado en cuanto su condición médica y las circunstancias lo permitan.

¿Qué sucede si no era una emergencia médica?

En ocasiones, puede resultar difícil saber si se trata de una emergencia médica. Por ejemplo, podría suceder que usted vaya para recibir cuidado de emergencia—ya que piensa que su salud está en grave peligro—y que el médico le diga que en realidad no era una emergencia médica. Si resulta que no era una emergencia, siempre y cuando haya sido razonable pensar que su salud estaba en grave peligro, cubriremos su cuidado.

Sin embargo, una vez que el médico haya determinado que **no** era una emergencia, cubriremos el cuidado adicional **solamente** si usted lo recibe de una de estas dos maneras:

- Visita a un proveedor de la red para recibir el cuidado adicional.
- — **o** — El cuidado adicional que usted recibe se considera servicios requeridos de urgencia y usted sigue las reglas para recibir este cuidado de urgencia (para obtener más información al respecto, consulte la Sección 3.2 a continuación).

Sección 3.2 Cómo recibir cuidado si necesita servicios de urgencia

¿Qué son los servicios requeridos de urgencia?

Un servicio requerido de urgencia es una situación que no es de emergencia, pero que requiere cuidado médico inmediato; sin embargo, dadas sus circunstancias, no es posible o no es razonable obtener esos servicios de un proveedor de la red. El plan debe cubrir los servicios requeridos de urgencia prestados fuera de la red. Algunos ejemplos de servicios requeridos de urgencia son i) un fuerte dolor de garganta que se produce durante el fin de semana o ii) la intensificación imprevista de una condición conocida cuando usted está temporalmente fuera del área de servicio.

¿Qué debe hacer si está en el área de servicio del plan cuando necesita cuidado de urgencia?

Siempre debe tratar de recibir servicios requeridos de urgencia de proveedores de la red. Sin embargo, si los proveedores no están a su disposición o accesibles temporalmente, y no es razonable esperar para obtener cuidado de su proveedor de la red cuando la red vuelva a estar disponible, cubriremos los servicios requeridos de urgencia que usted reciba de un proveedor fuera de la red. Consulte su **Directorio de Proveedores**, que contiene una lista de Centros de Cuidado de Urgencia de la red.

¿Qué debe hacer si está fuera del área de servicio del plan cuando necesita cuidado de urgencia?

Si usted se encuentra fuera del área de servicio y no puede recibir cuidado de un proveedor de la red, nuestro plan cubrirá los servicios requeridos de urgencia que usted reciba de cualquier proveedor. Nuestro plan cubre servicios para emergencias y servicios para el cuidado de urgencia fuera de los Estados Unidos, en todo el mundo, en las siguientes circunstancias: servicios para emergencias, incluso el cuidado de emergencia o el cuidado requerido de urgencia, además del transporte en ambulancia de emergencia desde el sitio de una emergencia hasta el centro de tratamiento médico más cercano. El transporte de regreso a los Estados Unidos desde otro país no tiene cobertura. Los tratamientos preprogramados (incluso diálisis para una condición continua) y los procedimientos electivos no tienen cobertura.

Sección 3.3 Cómo recibir cuidado durante una catástrofe

Si el gobernador de su estado, la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos o el presidente de los Estados Unidos declara un estado de catástrofe o de emergencia en su área geográfica, usted seguirá teniendo derecho a recibir cuidado de su plan.

Para obtener información sobre cómo recibir el cuidado que necesite durante una catástrofe, visite el siguiente sitio web: es.myuhc.com/CommunityPlan.

Si no puede usar un proveedor de la red durante una catástrofe, su plan le permitirá obtener cuidado de proveedores fuera de la red a un costo compartido dentro de la red. Si no puede usar una farmacia de la red durante una catástrofe, es posible que pueda surtir sus medicamentos con receta en una farmacia fuera de la red. Para obtener más información, consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5.

Sección 4 ¿Qué puede hacer si le facturan directamente el costo total de sus servicios?

Sección 4.1 Puede pedirnos que paguemos los servicios cubiertos

Si usted pagó sus servicios cubiertos o si recibió una factura por servicios médicos cubiertos, consulte el Capítulo 6 (**Cómo pedirnos que paguemos una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos**) para obtener información sobre lo que puede hacer.

Sección 4.2 ¿Qué debería hacer si nuestro plan no cubre los servicios?

Nuestro plan cubre todos los servicios médicamente necesarios según se indica en la Tabla de Beneficios Médicos del Capítulo 4 de este documento. Si usted recibe servicios que no cubre nuestro plan o servicios fuera de la red que no fueron autorizados, usted es responsable de pagar el costo total de los servicios.

Por los servicios cubiertos que tienen una limitación de beneficios, usted también paga el costo total de cualquier servicio que reciba después de haber agotado su beneficio por ese tipo de servicio cubierto.

Sección 5 ¿Cómo se cubren sus servicios médicos cuando usted participa en un estudio de investigación clínica?

Sección 5.1 ¿Qué es un estudio de investigación clínica?

Un estudio de investigación clínica (también llamado **ensayo clínico**) es una forma en que los médicos y científicos prueban nuevos tipos de cuidado médico, por ejemplo, el efecto que surte un nuevo medicamento para tratar el cáncer. Algunos estudios de investigación clínica están aprobados por Medicare. Los estudios de investigación clínica aprobados por Medicare generalmente solicitan voluntarios para participar en el estudio.

Una vez que Medicare apruebe el estudio, y usted exprese su interés, alguien que trabaje en dicho estudio se comunicará con usted para explicarle mejor el estudio y determinar si usted cumple los requisitos establecidos por los científicos que llevan a cabo el estudio. Usted puede participar en el estudio siempre y cuando cumpla los requisitos del estudio **y** entienda y acepte plenamente lo que implica su participación en el estudio.

Si usted participa en un estudio aprobado por Medicare, Medicare Original paga la mayoría de los costos de los servicios cubiertos que usted reciba como parte del estudio. Si nos informa que está participando en un ensayo clínico calificado, solo será responsable de los costos compartidos dentro de la red por los servicios de ese ensayo. Si pagó más, por ejemplo, si ya pagó el costo compartido de Medicare Original, le reembolsaremos la diferencia entre lo que pagó y el costo compartido dentro de la red. Sin embargo, usted tendrá que presentar documentación que demuestre lo que usted pagó. Si participa en un estudio de investigación clínica, puede permanecer inscrito en nuestro plan y seguir recibiendo el resto de su cuidado (no relacionado con el estudio) a través de nuestro plan.

Si desea participar en cualquier estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, **no** tiene que avisarnos ni obtener nuestra aprobación ni la de su proveedor de cuidado primario. **No** es necesario que los proveedores que le proporcionan su cuidado como parte del estudio de investigación clínica formen parte de la red de proveedores de nuestro plan. Tenga en cuenta que esto no incluye los beneficios de los que nuestro plan es responsable que incluyen, como componente, un ensayo clínico o un registro para evaluar los beneficios. Estos incluyen ciertos beneficios especificados conforme a las determinaciones nacionales de cobertura (national coverage determinations, NCD) y los ensayos de dispositivos de investigación (investigational device trials, IDE), y pueden estar sujetos a una preautorización y a otras reglas del plan.

Aunque usted no necesite obtener el permiso de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica, cubierto por Medicare Original para los miembros de Medicare Advantage, le recomendamos que nos avise con anticipación si decide participar en ensayos clínicos calificados por Medicare.

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

Sección 5.2 Si usted participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién paga cada costo?

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

- Habitación y comida durante una estadía en el hospital por la que Medicare pagaría incluso si usted 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 del nuevo cuidado.

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

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

- Por lo general, Medicare **no** pagará el nuevo artículo o servicio que se prueba en el estudio, a menos que Medicare cubriera el artículo o el servicio incluso aunque usted **no** participara en un estudio.
- Los artículos o los servicios que se proporcionan solo para recopilar datos y que no se usan en el cuidado directo de su salud. Por ejemplo, Medicare no pagaría tomografías computarizadas (computed tomographies, CT) mensuales que se realicen como parte del estudio si su condición médica normalmente requeriría solo una tomografía computarizada.

¿Desea saber más?

Para obtener más información sobre la participación en un estudio de investigación clínica, puede visitar el sitio web de **Medicare** para leer o descargar la publicación **Medicare y Pruebas Clínicas**. (La publicación está disponible en: [medicare.gov/Pubs/pdf/02226-S-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf](https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-S-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf).) También puede llamar 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**.

Sección 6 Reglas para recibir cuidado en una institución religiosa no médica para servicios de salud

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

Una institución religiosa no médica para servicios de salud es un centro que proporciona cuidado para una condición que normalmente se trataría en un hospital o en un centro de enfermería especializada. Si recibir cuidado en un hospital o en un centro de enfermería especializada va en contra de las creencias religiosas de un miembro, en su lugar cubriremos el cuidado en una institución religiosa no médica para servicios de salud. Este beneficio se proporciona solamente para los servicios para pacientes hospitalizados de la Parte A (servicios para el cuidado de la salud no médicos).

Sección 6.2 **Cómo Recibir Cuidado de una Institución Religiosa No Médica para Servicios de Salud**

Para recibir cuidado en una institución religiosa no médica para servicios de salud, usted debe firmar un documento legal que afirme que, a conciencia, se opone a recibir tratamiento médico no exceptuado.

- El cuidado o tratamiento médico no exceptuado es todo cuidado o tratamiento médico que es **voluntario y no requerido** por ninguna ley federal, estatal ni local.
- El tratamiento médico exceptuado es el cuidado o tratamiento médico que usted recibe que **no** es voluntario o que se **requiere** según la ley federal, estatal o local.

Para tener la cobertura de nuestro plan, el cuidado que se recibe en una institución religiosa no médica para servicios de salud debe cumplir las siguientes condiciones:

- El centro que proporciona el cuidado debe estar certificado por Medicare.
- La cobertura de nuestro plan de los servicios que usted recibe se limita a los aspectos **no religiosos** del cuidado.
- Si esta institución le presta servicios en un centro, se aplican las siguientes condiciones:
 - Usted debe tener una condición médica que le permitiría recibir servicios cubiertos para el cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados o para el cuidado en un centro de enfermería especializada.
 - **y** – Usted debe obtener la preaprobación de nuestro plan antes de su admisión en el centro; de lo contrario, su estadía no tendrá cobertura.

Usted está cubierto por un número ilimitado de días en el hospital, siempre y cuando su estadía cumpla las pautas de cobertura de Medicare. Los límites de cobertura se describen en la sección Cuidado Hospitalario para Pacientes Hospitalizados en la Tabla de Beneficios Médicos del Capítulo 4.

Sección 7 **Reglas sobre la propiedad del equipo médico duradero**

Sección 7.1 **¿Usted adquirirá la propiedad del equipo médico duradero después de realizar un cierto número de pagos conforme a nuestro plan?**

Equipo médico duradero (durable medical equipment, DME) incluye artículos como equipos de oxígeno y suministros, sillas de ruedas, andadores, sistemas de colchones motorizados, muletas, suministros para la diabetes, dispositivos para la generación del habla, bombas de infusión intravenosa (IV), nebulizadores y camas de hospital que un proveedor indique para uso en el domicilio. El miembro siempre es el propietario de ciertos artículos, como las prótesis. En esta sección, se explican otros tipos de equipo médico duradero que usted debe alquilar.

En Medicare Original, las personas que alquilan ciertos tipos de equipo médico duradero adquieren la propiedad del equipo una vez que pagaron copagos por el artículo durante 13 meses. Sin embargo, como miembro de nuestro plan, usted no adquirirá la propiedad de artículos de equipo

médico duradero alquilados independientemente de cuántos copagos haya realizado por el artículo mientras sea miembro de nuestro plan, aunque haya realizado hasta 12 pagos consecutivos por el artículo de equipo médico duradero conforme a Medicare Original antes de que se inscribiera en nuestro plan.

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

Si no adquirió la propiedad del artículo de equipo médico duradero mientras estuvo en nuestro plan, deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos después de cambiarse a Medicare Original para adquirir la propiedad del artículo. Los pagos realizados mientras usted esté inscrito en su plan no cuentan.

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

Ejemplo 2: Usted realizó 12 o menos pagos consecutivos por el artículo en Medicare Original y luego se inscribió en nuestro plan. Mientras estaba en nuestro plan, no adquirió la propiedad. Luego vuelve a Medicare Original. Tendrá que realizar 13 nuevos pagos consecutivos para adquirir la propiedad del artículo una vez que vuelva a inscribirse en Medicare Original. No cuenta ninguno de los pagos anteriores (ya sea a nuestro plan o a Medicare Original).

Sección 7.2 Reglas para equipos de oxígeno, suministros y mantenimiento

¿Cuáles son los beneficios de oxígeno a los que tiene derecho?

Si califica para la cobertura de equipos de oxígeno de Medicare, UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) cubrirá:

- Alquiler del equipo de oxígeno
- Entrega de oxígeno y el contenido de oxígeno
- Tubos y accesorios relacionados para la entrega de oxígeno y el contenido de oxígeno
- Mantenimiento y reparación del equipo de oxígeno

Si usted deja nuestro plan o médicamente ya no necesita el equipo de oxígeno, debe devolverlo.

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

Medicare Original exige que el distribuidor de oxígeno le preste servicios durante cinco años. Durante los primeros 36 meses, usted alquila el equipo. Los 24 meses restantes, el distribuidor proporciona el equipo y el mantenimiento (usted sigue siendo responsable del copago por el oxígeno). Después de cinco años, usted puede elegir entre quedarse con la misma compañía o irse a otra. En ese momento, el ciclo de cinco años comienza de nuevo, aunque siga en la misma compañía, lo que le obliga a pagar copagos durante los primeros 36 meses. Si se inscribe en nuestro plan o lo deja, el ciclo de cinco años vuelve a empezar.

Capítulo 4

Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto)

Sección 1 Explicación de los servicios cubiertos

Este capítulo ofrece una Tabla de Beneficios Médicos que indica sus servicios cubiertos como miembro de UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP). Más adelante en este capítulo, usted puede encontrar información sobre los servicios médicos que no están cubiertos. También explica los límites en ciertos servicios.

Sección 1.1 Usted no paga nada por sus servicios cubiertos

Dado que usted recibe ayuda de Medicaid, no paga nada por sus servicios cubiertos siempre y cuando siga las reglas del plan para recibir cuidado. (Consulte el Capítulo 3 para obtener más información sobre las reglas del plan para recibir su cuidado.)

Período de Gracia

Si pierde su categoría de participación en el Grupo 1, 2 o 3 de TennCare (Medicaid) CHOICES con UnitedHealthcare, podrá seguir inscrito en este plan de Medicare durante 90 días. Debe reinscribirse en Medicaid antes de que termine el período de 90 días para mantener sus beneficios de Medicare y de Medicaid CHOICES con este plan. Durante el período de 90 días, si usted visita a su proveedor, tendrá gastos de su bolsillo que su plan de Medicare no cubrirá; usted será responsable de esos costos hasta que vuelva a tener la categoría de participación en Medicaid CHOICES. Los gastos de su bolsillo pueden incluir los deducibles, los copagos y los coseguros del plan de Medicare, hasta alcanzar las cantidades indicadas por Medicare Original, que se pueden encontrar en [es.medicare.gov](https://www.es.medicare.gov). Además, usted tendrá que pagar la prima del plan que previamente cubría TennCare (Medicaid) CHOICES. Si recibe servicios durante este período, usted será responsable de hasta \$8,300 por los servicios cubiertos por Medicare que correspondan. Llame a Servicio al Cliente para obtener información adicional relacionada con los gastos de su bolsillo durante el período de gracia.

Si no se reinscribe en el Grupo 1, 2 o 3 de TennCare (Medicaid) CHOICES con UnitedHealthcare durante los 90 días, se cancelará su inscripción en nuestro plan. Se le inscribirá en Medicare Original.

Sección 2 Use la Tabla de Beneficios Médicos para saber qué está cubierto

Sección 2.1 Sus beneficios médicos como miembro del plan

La Tabla de Beneficios Médicos de las siguientes páginas indica los servicios que cubre UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP). La cobertura de medicamentos con receta de la Parte D se detalla en el Capítulo 5. Los servicios indicados en la Tabla de Beneficios Médicos están cubiertos solo cuando se cumplen los siguientes requisitos de cobertura:

- Sus servicios cubiertos por Medicare y por Medicaid se deben prestar según las pautas de cobertura establecidas por Medicare y por Medicaid.

- Sus servicios (que incluyen el cuidado, los servicios, los suministros y los equipos médicos, así como los medicamentos con receta de la Parte B) **deben** ser médicamente necesarios. Médicamente necesario significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su condición médica, y que cumplen los estándares de la medicina aceptados.
- Usted recibe su cuidado de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, el cuidado que reciba de un proveedor fuera de la red no estará cubierto, a menos que sea cuidado de emergencia o de urgencia, o a menos que su plan o un proveedor de la red le haya dado una referencia. Esto significa que usted tendrá que pagarle al proveedor la totalidad de los servicios prestados.
- Usted tiene un proveedor de cuidado primario (PCP) que proporciona y supervisa su cuidado.
- Algunos de los servicios indicados en la Tabla de Beneficios Médicos **solo** están cubiertos si su médico u otro proveedor de la red obtienen nuestra preaprobación (a veces llamada preautorización). También hay algunos servicios que requieren que usted colabore directamente con su Equipo de Cuidado de la Salud asignado para obtener la aprobación. Los servicios cubiertos que necesitan una preaprobación se indican en la Tabla de Beneficios Médicos en cursiva.

Otras cosas importantes que debe saber sobre nuestra cobertura:

- Usted tiene cobertura tanto de Medicare como de TennCare (Medicaid). Medicare cubre cuidado de la salud y medicamentos con receta. TennCare cubre el costo compartido de los servicios de Medicare. TennCare también cubre servicios que Medicare no cubre, como cuidado a largo plazo, medicamentos sin receta y servicios a domicilio y en la comunidad.
- Al igual que todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Medicare Original. (Si usted desea saber más sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte su manual **Medicare y Usted 2024**. Véalo por Internet en [es.medicare.gov](https://www.es.medicare.gov) o pida una copia por teléfono 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**.)
- También cubrimos sin costo para usted todos los servicios preventivos que están cubiertos sin costo por Medicare Original.
- Si Medicare agrega cobertura de cualquier nuevo servicio durante el 2024, Medicare o nuestro plan cubrirá esos servicios.
- Como miembro de nuestro plan, usted tiene beneficios conforme a las partes de Medicare y de TennCare de su cobertura. Recibe estos beneficios sin pagar nada, independientemente de que sean beneficios de Medicare o de TennCare.
- Si se encuentra en el período de 90 días del plan en el que se considera que sigue cumpliendo los requisitos de participación, seguiremos proporcionando todos los beneficios cubiertos por el plan Medicare Advantage que correspondan. Sin embargo, durante este período, no seguiremos cubriendo los beneficios de Medicaid que estén incluidos en el Plan Estatal de Medicaid; tampoco pagaremos las primas ni los costos compartidos de Medicare que de otra manera serían responsabilidad del estado.

Usted no paga nada por los servicios que se indican en la Tabla de Beneficios Médicos, siempre y cuando cumpla los requisitos de cobertura descritos anteriormente.

Información Importante sobre Beneficios para todos los Miembros que Participan en Servicios de Planificación del Cuidado de la Salud y Bienestar (WHP)

Dado que UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) participa en el programa de Reducción del Costo Compartido de Medicamentos con Receta o Crédito para alimentos, productos de Venta Sin Receta (Over-the-Counter, OTC) y facturas de servicios públicos, usted cumplirá los requisitos para los siguientes servicios de Planificación del Cuidado de la Salud y Bienestar (Wellness and Health Care Planning, WHP), incluidos los servicios de planificación del cuidado por anticipado (advance care planning, ACP):

- ¿Qué son los servicios de planificación del cuidado por anticipado?

En ocasiones, las personas no pueden tomar decisiones sobre el cuidado de la salud por sí mismas debido a accidentes o enfermedades graves. Usted tiene derecho a indicar lo que desea que se haga si se encontrara en esta situación. Esto significa que, **si lo desea**, puede:

- Llenar un formulario por escrito para dar a **alguien la autoridad legal para tomar decisiones médicas por usted** si en algún momento usted no puede tomarlas por sí mismo.
- **Proporcionar a sus médicos instrucciones por escrito** sobre el manejo de su cuidado médico si en algún momento usted no puede tomar decisiones por sí mismo.
- Para recibir asistencia con la planificación del cuidado por anticipado, puede comunicarse con Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen en la portada de este documento).

Información Importante sobre Beneficios para Miembros que Califican para el Programa “Ayuda Adicional”:

- Si usted recibe el programa “Ayuda Adicional” para pagar los costos de su programa de medicamentos con receta de Medicare, como primas, deducibles y coseguros, es posible que cumpla los requisitos para recibir otros beneficios complementarios específicos o costos compartidos reducidos específicos.
- Consulte la fila Crédito para alimentos, productos de Venta Sin Receta (OTC) y facturas de servicios públicos de la tabla de Beneficios Médicos del Capítulo 4 para obtener información más detallada.
- Los miembros califican para la eliminación de su costo compartido de los medicamentos de la Parte D. Para obtener información más detallada, consulte el Capítulo 5.

 Verá esta manzana junto a los servicios preventivos en la Tabla de Beneficios Médicos.

Información Adicional para los Beneficiarios de Medicare y de TennCare (Medicaid)

Las personas que califican para Medicare y TennCare (Medicaid) se conocen como personas con elegibilidad doble. Si usted es una de ellas, cumple los requisitos para recibir los beneficios tanto del programa federal de Medicare como de TennCare. Los miembros de UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) deben cumplir los requisitos para recibir ayuda con los costos compartidos de Medicare a través de Medicaid, así como otros requisitos. Hay beneficios

adicionales de TennCare que tal vez estén disponibles para usted como miembro de UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) que también está inscrito en TennCare CHOICES (Grupos 1, 2 o 3). **En la tabla, se indica si el beneficio es un beneficio de TennCare y no un beneficio de Medicare.** Si tiene alguna pregunta, comuníquese con Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen en la portada de este documento).

Paquetes de Beneficios

No todas las personas inscritas en TennCare tienen los mismos beneficios. Los beneficios que están cubiertos para usted dependen de los paquetes de beneficios de TennCare en los que esté inscrito. Estos son los grupos de TennCare y una breve descripción:

J –

- Mayores de 21 años, y
- Que no tienen Medicare, y
- Que están inscritos en el Grupo 1 o 2 de TennCare CHOICES

K –

- Mayores de 21 años, y
- Que tienen Medicare, y
- Que están inscritos en el Grupo 1 o 2 de TennCare CHOICES

L –

- Mayores de 21 años, y
- Que no tienen Medicare, y
- Que están inscritos en el Grupo 3 de TennCare CHOICES

M –

- Mayores de 21 años, y
- Que tienen Medicare, y
- Que están inscritos en el Grupo 3 de TennCare CHOICES

Medicamento Necesario—significa servicios para el cuidado de la salud, suministros o medicamentos necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar enfermedades o lesiones que cumplen todos los siguientes criterios, tal y como han sido determinados por nosotros o nuestra persona designada y a nuestro criterio exclusivo:

- Según los **Estándares de la Medicina Generalmente Aceptados**.
- Son los más apropiados, en cuanto a su tipo, frecuencia, alcance, sitio y duración, y se consideran eficaces para tratar su enfermedad o lesión.
- No son principalmente para su conveniencia o la de su médico u otro proveedor de cuidado de la salud.
- Satisfacen, pero no exceden, su necesidad médica, son al menos tan beneficiosos como una alternativa médicamente apropiada existente y disponible, y se prestan de la manera más eficiente en costo que sea segura y eficaz.

Los **Estándares de la Medicina Generalmente Aceptados** se basan en evidencia científica confiable publicada en bibliografía médica revisada por colegas, que son generalmente reconocidos por la comunidad médica pertinente y se basan principalmente en ensayos clínicos controlados o, si estos no están disponibles, en estudios observacionales de más de una institución que sugieren una relación causal entre el servicio o el tratamiento y los resultados de salud.

Si no hay evidencia científica confiable disponible, es posible que se tomen en cuenta los estándares basados en recomendaciones de la asociación pertinente de especialistas médicos o los estándares profesionales del cuidado de la salud. Nos reservamos el derecho a consultar la opinión de expertos para determinar si los servicios para el cuidado de la salud son Médicamente Necesarios. La decisión de aplicar las recomendaciones de la asociación pertinente de especialistas médicos, la elección de expertos y la determinación de cuándo hacer uso de dicha opinión de expertos quedarán a nuestro criterio exclusivo. Los beneficios, las características o los dispositivos varían según el plan o el área. Se pueden aplicar limitaciones, exclusiones y restricciones de la red.

Tabla de Beneficios Médicos

Servicios para los que usted tiene cobertura

Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios



Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal

Una ecografía de detección realizada por única vez (una vez en la vida) para las personas en riesgo. El plan solamente cubre este examen de detección si usted tiene ciertos factores de riesgo y si obtiene una referencia de su médico, asistente médico, enfermera especialista o especialista en enfermería clínica.

No hay coseguro, copago ni deducible por este examen preventivo para los miembros que cumplen los requisitos.

Acupuntura para el dolor lumbar crónico

Los servicios cubiertos por Medicare incluyen:

Hasta 12 visitas en 90 días están cubiertas para los beneficiarios de Medicare en las siguientes circunstancias:

A efectos de este beneficio, dolor lumbar crónico se define como:

- Persistente por 12 semanas o más;
- no específico, ya que no tiene una causa sistémica que pueda identificarse (es decir, no está asociado con una enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.);
- no asociado con una cirugía; y
- no asociado con el embarazo.

Se cubrirán ocho sesiones adicionales para aquellos pacientes que demuestren una mejoría. No se pueden administrar más de 20 tratamientos de acupuntura por año.

El tratamiento se debe discontinuar si el paciente no mejora o si recae.

Usted paga \$0 de copago

Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización.

Servicios para los que usted tiene cobertura	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Acupuntura para el dolor lumbar crónico (continuación)</p> <p>Requisitos para Proveedores:</p> <p>Los médicos (según lo definido en la Sección 1861[r][1] de la Ley del Seguro Social [la Ley]) pueden practicar la acupuntura según los requisitos estatales vigentes.</p> <p>Los asistentes médicos (PA), las enfermeras especialistas (NP)/los especialistas en enfermería clínica (CNS) (según lo identificado en la Sección 1861[aa][5] de la Ley) y el personal auxiliar pueden practicar la acupuntura si cumplen todos los requisitos estatales vigentes y tienen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un máster o un doctorado en acupuntura o en Medicina Oriental de una facultad acreditada por la Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental (ACAOM); y, • Una licencia vigente, completa, activa y sin restricciones para practicar la acupuntura en un estado, un territorio o un estado libre asociado (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos o District of Columbia. • El beneficio no está cubierto cuando lo proporciona únicamente un acupunturista independiente. <p>El personal auxiliar que practica la acupuntura debe estar bajo el nivel adecuado de supervisión de un médico, un asistente médico o una enfermera especialista/un especialista en enfermería clínica requerido por nuestras normas en las Secciones 410.26 y 410.27 del Título 42 del Código de Reglamentos Federales (CFR).</p>	
<p>Cuidado diurno para adultos (proporcionado por el plan)</p> <p>Reciba hasta 24 horas por semana de cuidado diurno para adultos a través de una red de proveedores contratados dentro del área de servicio. Las horas no utilizadas no se pasan de una semana a la otra.</p>	<p>\$0 de copago</p> <p><i>Usted debe obtener una preautorización de su plan de salud.</i></p>

Servicios para los que usted tiene cobertura	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios de ambulancia</p> <p>Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sea en situaciones de emergencia o que no sean de emergencia, incluyen servicios de ambulancia terrestre y aérea, en avión o helicóptero, hasta el centro apropiado más cercano que pueda proporcionar cuidado, solo si estos servicios se prestan a un miembro cuya condición médica es tal que el uso de otros medios de transporte podría poner en peligro la salud de la persona o si están autorizados por el plan. Si los servicios de ambulancia cubiertos no son para una situación de emergencia, se debe documentar que la condición del miembro es tal que el uso de otros medios de transporte podría poner en peligro la salud de la persona y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario.</p>	<p>\$0 de copago por cada viaje terrestre en una sola dirección cubierto por Medicare.</p> <p>\$0 de copago por cada viaje aéreo en una sola dirección cubierto por Medicare.</p> <p><i>Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización para el transporte que no es de emergencia.</i></p>
<p>Examen médico de rutina anual</p> <p>Incluye un examen médico completo y la evaluación del estado de enfermedades crónicas. No incluye pruebas de laboratorio, pruebas de radiodiagnóstico ni pruebas de diagnóstico no radiológicas. No es necesario que las visitas para realizar el Examen Médico de Rutina Anual se programen con 12 meses de diferencia, pero se limitan a una por cada año calendario.</p>	<p>\$0 de copago por un examen médico de rutina cada año.</p>
<p> Visita de bienestar anual</p> <p>Si usted ha tenido la Parte B durante más de 12 meses, puede realizar una visita de bienestar anual para desarrollar o actualizar un plan de prevención personalizado basado en su salud y sus factores de riesgo actuales. Esta visita está cubierta una vez cada 12 meses. No incluye pruebas de laboratorio, pruebas de radiodiagnóstico ni pruebas de diagnóstico no radiológicas.</p> <p>Nota: Su primera visita de bienestar anual no se puede realizar durante el lapso de 12 meses después de su visita preventiva Bienvenido a Medicare. Sin embargo, después de que usted haya tenido la Parte B durante 12 meses, no es necesario que haya realizado una visita Bienvenido a Medicare para que sus visitas de bienestar anuales tengan cobertura.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible por la visita de bienestar anual.</p>

Servicios para los que usted tiene cobertura	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios para casos de crisis de salud del comportamiento (servicios de salud mental y del abuso de alcohol y de drogas) (cubiertos por TennCare)</p> <p>TennCare le cubre este cuidado. Medicare no cubre este cuidado.</p>	<p>\$0 de copago</p>
<p>Tratamiento de salud del comportamiento intensivo en la comunidad (cubierto por TennCare)</p> <p>TennCare le cubre este cuidado. Medicare no cubre este cuidado.</p>	<p>\$0 de copago</p>
<p> Medición de masa ósea</p> <p>Las personas que califican (generalmente, esto significa personas en riesgo de perder masa ósea o en riesgo de osteoporosis) tienen cobertura de los siguientes servicios cada 24 meses o con mayor frecuencia si son médicamente necesarios: procedimientos para identificar la masa ósea, detectar la pérdida ósea o determinar la calidad ósea, incluida la interpretación de los resultados por parte de un médico.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible por la medición de masa ósea cubierta por Medicare.</p>
<p> Examen de detección de cáncer de seno (mamografías)</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una mamografía basal entre los 35 y 39 años • Una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres mayores de 40 años • Exámenes clínicos de los senos una vez cada 24 meses 	<p>No hay coseguro, copago ni deducible por las mamografías de detección cubiertas.</p>
<p>Servicios de rehabilitación cardíaca</p> <p>Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca, que incluyen ejercicios, educación y asesoramiento, tienen cobertura para los miembros que reúnen ciertas condiciones y que cuentan con la indicación de un médico. El plan también cubre programas para la rehabilitación cardíaca intensiva que generalmente son más rigurosos o intensos que los programas para la rehabilitación cardíaca.</p>	<p>\$0 de copago por cada visita de rehabilitación cardíaca cubierta por Medicare.</p> <p><i>Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización.</i></p>

Servicios para los que usted tiene cobertura	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Visita de reducción de riesgo de enfermedad cardiovascular (terapia para enfermedad cardiovascular)</p> <p>Cubrimos una visita por año con su médico de cuidado primario para ayudarle a reducir su riesgo de enfermedad cardiovascular. Durante esta visita, su médico puede analizar el uso de aspirina (si corresponde), controlarle la presión arterial y darle consejos para asegurarse de que usted esté comiendo sano.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible por el beneficio preventivo de terapia conductual intensiva para enfermedades cardiovasculares.</p>
<p> Exámenes de detección de enfermedades cardiovasculares</p> <p>Los análisis de sangre para detectar enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas con un riesgo elevado de enfermedades cardiovasculares) están cubiertos una vez cada cinco años (60 meses).</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible por los exámenes de detección de enfermedades cardiovasculares que están cubiertos una vez cada cinco años.</p>
<p> Pruebas de detección de cáncer del cuello uterino y de la vagina</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para todas las mujeres: Las pruebas de Papanicolau y los exámenes pélvicos están cubiertos una vez cada 24 meses • Si usted está en alto riesgo de cáncer vaginal o del cuello uterino, o si está en edad fértil y ha tenido un resultado anormal en una prueba de Papanicolau en los últimos 3 años: una prueba de Papanicolau cada 12 meses • Para mujeres asintomáticas entre los 30 y 65 años: Una prueba de detección del virus del papiloma humano (HPV) cada 5 años, junto con la prueba de Papanicolau 	<p>No hay coseguro, copago ni deducible por la prueba de Papanicolau y los exámenes pélvicos preventivos cubiertos por Medicare.</p>

Servicios para los que usted tiene cobertura	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios quiroprácticos (cubiertos por Medicare)</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación (cuando uno o más de los huesos de la columna vertebral están fuera de posición). • Cualquier servicio distinto a la manipulación manual para el tratamiento de una subluxación está excluido de la cobertura de Medicare. 	<p>\$0 de copago por cada visita cubierta por Medicare.</p> <p><i>Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización.</i></p>
<p>Servicios quiroprácticos (cubiertos por TennCare)</p> <p>TennCare le cubre si usted es menor de 21 años y no tiene cobertura de Medicare. Medicare le cubre si usted es mayor de 21 años.</p>	<p>\$0 de copago</p>
<p>Servicios Quiroprácticos de Rutina (cobertura proporcionada por su plan en vez de Medicare o TennCare)</p> <p>Cubrimos 20 visitas de quiropráctica de rutina cada año. Este beneficio es adicional al beneficio de Servicios Quiroprácticos Cubiertos por Medicare indicado anteriormente.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen las visitas de rutinaria para tratar el dolor de nervios, músculos o huesos, y las náuseas. No se requieren referencias. Este beneficio no cubre el tratamiento de ninguna otra condición que no esté relacionada con el alivio del dolor.</p> <p>Para obtener más información, consulte la Hoja de Información sobre Proveedores en es.myuhc.com/CommunityPlan o llame a Servicio al Cliente y pida que le envíen una copia impresa.</p>	<p>Proveedor: OptumHealth Care Solutions, LLC (Optum)</p> <p>\$0 de copago</p>
<p>Beneficios de CHOICES (cuidado en un centro de enfermería y ciertos servicios a domicilio y en la comunidad, HCBS)</p> <p>TennCare le cubre este cuidado. Medicare no cubre este cuidado. Medicare es primario para el cuidado en un Centro de Enfermería Especializada.</p> <p>Para obtener más información sobre CHOICES, consulte la Sección 2.2 del Capítulo 4.</p>	<p>\$0 de copago</p>

Servicios para los que usted tiene cobertura	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Examen de detección de cáncer colorrectal</p> <p>Los siguientes exámenes de detección están cubiertos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La colonoscopia no tiene límite mínimo ni máximo de edad, y está cubierta una vez cada 120 meses (10 años) para los pacientes que no están en alto riesgo o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para los pacientes que no están en alto riesgo de cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para los pacientes que están en alto riesgo después de un enema de bario o una colonoscopia de detección previos. • Sigmoidoscopia flexible para los pacientes mayores de 45 años. Una vez cada 120 meses para los pacientes que no están en alto riesgo después de haberse realizado una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para los pacientes que están en alto riesgo a partir de la última sigmoidoscopia flexible o enema de bario. • Análisis de detección de sangre oculta en la materia fecal para los pacientes mayores de 45 años. Una vez cada 12 meses. • Análisis multiobjetivo de ADN en heces fecales para los pacientes de 45 a 85 años y que no cumplen los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Análisis de Biomarcadores en Sangre para los pacientes de 45 a 85 años y que no cumplen los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Enema de Bario como alternativa a una colonoscopia para los pacientes que están en alto riesgo y 24 meses después del último enema de bario de detección o la última colonoscopia de detección. • Enema de Bario como alternativa a la sigmoidoscopia flexible para los pacientes que no están en alto riesgo y que son mayores de 45 años. Una vez al menos 48 meses después del último enema de bario de detección o sigmoidoscopia flexible de detección. <p>Los exámenes de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de detección de seguimiento después de que un examen de detección de cáncer colorrectal en heces fecales no invasivo cubierto por Medicare arroje un resultado positivo.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible por una colonoscopia y un examen de detección de cáncer colorrectal cubiertos por Medicare.</p> <p>No hay coseguro, copago ni deducible por cada enema de bario cubierto por Medicare.</p> <p>No hay coseguro, copago ni deducible por cada colonoscopia de diagnóstico cubierta por Medicare.</p>
<p>Servicios de clínicas de salud comunitarias (cubiertos por TennCare)</p> <p>TennCare le cubre este cuidado. Medicare es primario.</p>	<p>\$0 de copago</p>

Servicios para los que usted tiene cobertura	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios dentales (cubiertos por Medicare y con cobertura adicional proporcionada por el plan)</p> <p>En general, los servicios dentales preventivos (como limpiezas, exámenes dentales de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Medicare Original. Sin embargo, Medicare actualmente paga servicios dentales en una cantidad limitada de circunstancias, específicamente, cuando el servicio es una parte integral del tratamiento específico de la condición médica principal de un beneficiario. Algunos ejemplos incluyen la reconstrucción de la mandíbula después de una fractura o lesión, las extracciones de dientes realizadas en preparación para la radioterapia para el cáncer que afecta a la mandíbula o los exámenes bucales que preceden a un trasplante de riñón. Además, cubrimos:</p> <p>Beneficios dentales de rutina</p> <p>Para obtener más información sobre este beneficio, puede consultar la Hoja de Información sobre Proveedores en es.myuhc.com/CommunityPlan o llamar a Servicio al Cliente y pedir que le envíen una copia impresa.</p>	<p>Proveedor: UnitedHealthcare Dental</p> <p>\$0 de copago</p> <p>Usted tiene cobertura de beneficios dentales de rutina. Para obtener información detallada, consulte la descripción de los beneficios dentales de rutina al final de esta tabla.</p> <p><i>Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización.</i></p>
<p>Servicios dentales (cubiertos por TennCare)</p> <p>TennCare le cubre si usted es menor de 21 años y no tiene cobertura de Medicare. Medicare le cubre si usted es mayor de 21 años.</p>	<p>\$0 de copago</p>
<p> Evaluación de depresión</p> <p>Cubrimos una evaluación de depresión por año. La evaluación se debe realizar en un centro de cuidado primario que pueda proporcionar tratamiento de seguimiento o referencias.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible por una visita para una evaluación de depresión anual.</p>
<p> Pruebas de detección de la diabetes</p> <p>Cubrimos estas pruebas de detección (que incluyen pruebas de glucosa en ayunas) si usted tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), historial de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia), obesidad o historial de nivel alto de azúcar (glucosa) en la sangre. Es posible que las pruebas también estén cubiertas si usted cumple otros requisitos, como si tiene sobrepeso e historial familiar de diabetes.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible por las pruebas de detección de la diabetes cubiertas por Medicare.</p>

Servicios para los que usted tiene cobertura	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Pruebas de detección de la diabetes (continuación)</p> <p>Según los resultados de estas pruebas, es posible que usted cumpla los requisitos para realizarse hasta dos pruebas de detección de la diabetes cada 12 meses.</p>	
<p> Capacitación para el automanejo de la diabetes, servicios y suministros para la diabetes</p> <p>Para todas las personas que tienen diabetes (usen o no insulina). Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suministros para medir la glucosa en la sangre (glucemia): Medidor de glucosa en la sangre, tiras para medir la glucosa en la sangre, lancetas y dispositivos para lancetas, y soluciones de control de la glucosa para comprobar la precisión de los glucómetros y las tiras para medir la glucosa. <p>UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) cubre los medidores de glucosa en la sangre y las tiras para medir la glucosa en la sangre que se especifican en esta lista. Generalmente no cubriremos marcas alternativas, a menos que su médico u otro proveedor nos diga que el uso de una marca alternativa es médicamente necesario en su situación específica. Si usted es nuevo en UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) y está usando una marca de medidores de glucosa en la sangre y de tiras para medir la glucosa en la sangre que no aparece en nuestra lista, puede comunicarse con nosotros en los primeros 90 días a partir de su inscripción en el plan para solicitar un suministro temporal de la marca alternativa mientras consulta a su médico u otro proveedor. Durante este período, debe hablar con su médico para decidir si alguna de las marcas preferidas es médicamente apropiada para usted. Si usted o su médico creen que es médicamente necesario que usted siga usando una marca alternativa, puede solicitar una excepción de cobertura para que UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) mantenga la cobertura de un producto no preferido hasta el final del año de beneficios. Si no se aprueba la excepción de cobertura, los productos no preferidos no estarán cubiertos después de los 90 días iniciales del año de beneficios.</p>	<p>\$0 de copago por cada suministro para el control de la diabetes cubierto por Medicare. Cubrimos solamente las marcas Accu-Chek® y OneTouch®. Los medidores de glucosa cubiertos incluyen: OneTouch Verio Flex®, OneTouch Verio Reflect®, OneTouch® Verio, OneTouch® Ultra 2, Accu-Chek® Guide Me y Accu-Chek® Guide. Tiras para medir la glucosa: OneTouch Verio®, OneTouch Ultra®, Accu-Chek® Guide, Accu-Chek® Aviva Plus y Accu-Chek® SmartView. Su plan no cubre otras marcas. Usted paga \$0 de copago por el beneficio preventivo de capacitación para el automanejo de la diabetes.</p> <p>\$0 de copago por cada Medidor Continuo de Glucosa y sus suministros cubiertos por Medicare según las pautas de Medicare. No existen limitaciones de marcas para los Medidores Continuos de Glucosa.</p> <p><i>Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización para algunos servicios.</i></p>

Servicios para los que usted tiene cobertura	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>🍎 Capacitación para el automanejo de la diabetes, servicios y suministros para la diabetes (continuación)</p> <p>Si usted (o su proveedor) no está de acuerdo con la decisión de cobertura del plan, usted o su proveedor pueden presentar una apelación. Usted también puede presentar una apelación si no está de acuerdo con la decisión de su proveedor sobre la marca o el producto apropiado para su condición médica. (Para obtener más información sobre las apelaciones, consulte el Capítulo 8, Qué puede hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]).</p> <ul style="list-style-type: none">• Para las personas con diabetes que tienen enfermedad grave de pie diabético: Un par por cada año calendario de zapatos terapéuticos hechos a medida (incluye las plantillas que vienen con los zapatos) y dos pares de plantillas adicionales, o un par de zapatos profundos y tres pares de plantillas (sin incluir las plantillas extraíbles estándar que vienen con esos zapatos). La cobertura incluye el ajuste.• La capacitación para el automanejo de la diabetes está cubierta en ciertos casos. Se limita a 20 visitas de 30 minutos por año por un máximo de 10 horas el año inicial. Para los años subsiguientes de capacitación de seguimiento, se limita a 4 visitas de 30 minutos por un máximo de 2 horas por año.	

Servicios para los que usted tiene cobertura	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Equipo Médico Duradero (DME) y suministros relacionados (cubiertos por Medicare)</p> <p>(En el Capítulo 11, así como en la Sección 7 del Capítulo 3 de este documento, usted puede encontrar una definición de equipo médico duradero.)</p> <p>Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones motorizados, suministros para la diabetes, camas de hospital que un proveedor indique para uso en el domicilio, bombas de infusión intravenosa, dispositivos para la generación del habla, equipos de oxígeno, nebulizadores y andadores.</p> <p>Cubrimos todo equipo médico duradero que sea médicamente necesario y que tenga cobertura de Medicare Original. Si nuestro distribuidor en su área no ofrece una marca o un fabricante en particular, usted puede pedirle si puede realizar un pedido especial para usted. La lista más reciente de distribuidores está disponible en nuestro sitio web en es.myuhc.com/CommunityPlan.</p>	<p>\$0 de copago por beneficios cubiertos por Medicare.</p> <p><i>Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización.</i></p>
<p>Equipo Médico Duradero (DME) (cubierto por TennCare)</p> <p>TennCare le cubre este cuidado. Medicare es primario.</p>	<p>\$0 de copago</p> <p><i>Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización.</i></p>
<p>Ambulancia aérea y terrestre (cubierta por TennCare)</p> <p>TennCare le cubre este cuidado. Medicare es primario.</p>	<p>\$0 de copago</p>

Servicios para los que usted tiene cobertura	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Cuidado de emergencia</p> <p>El cuidado de emergencia se refiere a los servicios que son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prestados por un proveedor calificado para prestar servicios para emergencias, y • Necesarios para evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia. <p>Una emergencia médica se da cuando usted o cualquier otra persona prudente con conocimientos promedio de salud y medicina creen que usted tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para prevenir la muerte (y, si usted es una mujer embarazada, la pérdida del feto), la pérdida de una extremidad o la pérdida de la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, dolor grave o una condición médica que está empeorando rápidamente.</p> <p>El costo compartido de los servicios necesarios para emergencias prestados fuera de la red es el mismo que el de dichos servicios prestados dentro de la red.</p> <p>Cobertura mundial de servicios prestados en Departamentos de Emergencias.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Esto incluye el cuidado de emergencia o el cuidado requerido de urgencia, además del transporte en ambulancia de emergencia desde el sitio de una emergencia hasta el centro de tratamiento médico más cercano. • El transporte de regreso a los Estados Unidos desde otro país no tiene cobertura. • Los tratamientos preprogramados (incluso diálisis para una condición continua) y los procedimientos electivos no tienen cobertura. • Los servicios prestados por un dentista no tienen cobertura. 	<p>\$0 de copago por cada visita a la sala de emergencias.</p> <p>\$0 de copago por la cobertura mundial de servicios para emergencias recibidos fuera de los Estados Unidos. Para obtener información sobre el reembolso de gastos por servicios mundiales, consulte la Sección 1 del Capítulo 6.</p> <p>Si recibe cuidado de emergencia en un hospital fuera de la red y si, después de la estabilización de su condición de emergencia, necesita cuidado como paciente hospitalizado, debe volver a un hospital de la red para que su cuidado siga teniendo cobertura o su cuidado como paciente hospitalizado en el hospital fuera de la red debe ser autorizado por el plan y su costo será el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.</p>

Servicios para los que usted tiene cobertura	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Programa de Acondicionamiento Físico Programa Renew Active® de UnitedHealthcare®</p> <p>El programa Renew Active de UnitedHealthcare es el programa de referencia de acondicionamiento físico para el cuerpo y la mente que ofrece Medicare. Está disponible para usted sin costo adicional e incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una membresía gratuita en un gimnasio, acceso a nuestra red nacional de gimnasios y centros de acondicionamiento físico, un plan de acondicionamiento físico personalizado más miles de videos de ejercicios a pedido y clases de acondicionamiento físico en vivo por Internet. • Un programa para la agudeza mental por Internet con contenido exclusivo para miembros del programa Renew Active ofrecido por AARP® Staying Sharp®. • Actividades sociales en clases y eventos locales de salud y bienestar. • Comunidad Fitbit® en Internet para Renew Active. No se necesita un dispositivo Fitbit. • 1 dispositivo Fitbit cada 2 años. Solo están cubiertos algunos modelos. Para obtener información detallada, visite fitbit.com/global/us/store/UHC. • 1 kit de ejercicios para el hogar para miembros que viven a una distancia de 15 millas o más de un centro de acondicionamiento físico participante. <p>Para obtener más información, puede consultar la Hoja de Información sobre Proveedores en es.myuhc.com/CommunityPlan o llamar a Servicio al Cliente y pedir que le envíen una copia impresa.</p>	<p>Proveedor: Programa Renew Active®</p> <p>\$0 de copago</p> <p>Proveedor: Fitbit®</p> <p>\$0 de copago</p>

Servicios para los que usted tiene cobertura	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios para la Audición</p> <p>Las evaluaciones de diagnóstico de la audición y del equilibrio realizadas por su proveedor para determinar si usted necesita tratamiento médico están cubiertas como cuidado para pacientes ambulatorios cuando las realiza un médico, un audiólogo u otro proveedor calificado.</p> <p>Examen de audición de rutina: Este beneficio cubre 1 examen cada año.</p> <p>Aparatos Auditivos: A través de UnitedHealthcare Hearing, usted puede elegir entre una amplia selección de aparatos auditivos de marca o de la marca Relate™ de UnitedHealthcare Hearing, con programación personalizada a su pérdida de audición. Los aparatos auditivos se pueden ajustar en persona con un proveedor de la red o se le pueden entregar a usted directamente con cuidado médico de seguimiento virtual (modelos selectos). Este beneficio se limita a 2 aparatos auditivos cada año. Hay accesorios y servicios opcionales para aparatos auditivos disponibles para comprar o contratar, pero no están cubiertos por el plan. Para acceder a su beneficio de aparatos auditivos y ponerse en contacto con un proveedor de la red, debe comunicarse con UnitedHealthcare Hearing al 1-877-704-3384, TTY 711, o visitar es.myuhc.com/CommunityPlan. Los aparatos auditivos comprados fuera de UnitedHealthcare Hearing no están cubiertos.</p>	<p>\$0 de copago por cada examen cubierto por Medicare. <i>Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización.</i></p> <p>Examen de audición de rutina: Proveedor: Proveedores de la red del plan en su área de servicio \$0 de copago</p> <p>Aparatos auditivos: Proveedor: UnitedHealthcare Hearing La asignación para aparatos auditivos es de \$3,600 <i>Usted debe obtener una preautorización de UnitedHealthcare Hearing. Se pueden aplicar tarifas adicionales por las visitas de seguimiento opcionales.</i></p>
<p> Prueba de detección del VIH</p> <p>Para las personas que piden una prueba de detección del VIH o que están en mayor riesgo de infección por el VIH, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una prueba de detección cada 12 meses <p>Para mujeres embarazadas, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hasta tres pruebas de detección durante el embarazo 	<p>No hay coseguro, copago ni deducible por las pruebas de detección del VIH preventivas cubiertas por Medicare para los miembros que cumplen los requisitos.</p>

Servicios para los que usted tiene cobertura	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Cuidado de una agencia de asistencia médica a domicilio (cubierto por Medicare)</p> <p>Antes de recibir servicios de asistencia médica a domicilio, un médico debe certificar que usted necesita estos servicios e indicará que se los preste una agencia de asistencia médica a domicilio. Usted debe estar recluido en su domicilio, lo que significa que representaría un enorme esfuerzo salir de su domicilio. Los beneficios de apoyo a domicilio tienen plazos de vencimiento. Para obtener más información, llame a su plan o revise su Evidencia de Cobertura (EOC). Si su plan ofrece cobertura fuera de la red, usted pagará más por servicios fuera de la red. Ciertos servicios son prestados por terceros no afiliados a UnitedHealthcare y la participación podría estar sujeta a su aceptación de las condiciones y normas respectivas de los terceros. UnitedHealthcare no es responsable de los servicios prestados por terceros.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios especializados intermitentes o a tiempo parcial, que están cubiertos cuando su médico determina que sus servicios requieren la especialización de una enfermera para el tratamiento de su condición. Usted puede recibir una combinación de servicios especializados y de asistencia médica a domicilio por cualquier cantidad de días por semana (menos de 8 horas cada día y 28 o menos horas por semana). • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla (los servicios de un auxiliar de Asistencia Médica a Domicilio se prestan en combinación con cualquiera de estos servicios especializados cubiertos) • Servicios médicos y sociales • Equipo y suministros médicos 	<p>\$0 de copago por todas las visitas de asistencia médica a domicilio de una agencia de asistencia médica a domicilio de la red cuando se cumplen los criterios de Medicare.</p> <p><i>Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización.</i></p>

Servicios para los que usted tiene cobertura	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios de asistencia médica a domicilio (cubiertos por TennCare)</p> <p>TennCare le cubre este cuidado con límites. Medicare es primario.</p> <p>Los servicios de asistencia médica a domicilio están cubiertos según sean médicamente necesarios para menores de 21 años. Sin embargo, estos servicios funcionan diferente para los adultos mayores de 21 años.</p> <p>Hay 2 tipos de Cuidado de Asistencia Médica a Domicilio: Cuidado de Enfermería de Asistencia Médica a Domicilio y Cuidado de un Auxiliar de Asistencia Médica a Domicilio. Hay límites en la cantidad de Cuidado de Enfermería de Asistencia Médica a Domicilio y Cuidado de un Auxiliar de Asistencia Médica a Domicilio que usted puede recibir.</p> <p>Cuidado de Enfermería de Asistencia Médica a Domicilio a tiempo parcial e intermitente. Una enfermera de asistencia médica a domicilio es alguien que puede hacerle una visita en su domicilio para proporcionarle cuidado médico. TennCare solamente pagará:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hasta 1 visita de enfermería cada día. • Cada visita debe durar menos de 8 horas. • Y no más de 27 horas de cuidado de enfermería cada semana (30 horas cada semana si usted califica para recibir cuidado en un asilo de convalecencia especializado). 	<p>\$0 de copago</p> <p><i>Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización.</i></p>

Servicios para los que usted tiene cobertura	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios de asistencia médica a domicilio (cubiertos por TennCare) (continuación)</p> <p>Cuidado de un Auxiliar de Asistencia Médica a Domicilio. Es alguien que le ayuda con ciertas cosas que usted no puede hacer solo (como comer o bañarse). TennCare solamente pagará:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hasta 2 visitas de un auxiliar de asistencia médica a domicilio cada día. • No más de 8 horas de cuidado de un auxiliar de asistencia médica a domicilio cada día. • Y no más de 35 horas por semana de cuidado de asistencia médica a domicilio (40 horas cada semana si usted califica para recibir cuidado en un asilo de convalecencia especializado). <p>¿Y si necesita los <u>dos</u>, cuidado de Enfermería y de un Auxiliar de Asistencia Médica a Domicilio? TennCare solamente pagará:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hasta 1 visita de enfermería por día. • Hasta 2 visitas de un auxiliar de asistencia médica a domicilio por día. • No más de 8 horas de cuidado de enfermería y de un auxiliar de asistencia médica a domicilio combinadas cada día. • No más de 27 horas de cuidado de enfermería cada semana (30 horas por semana si usted califica para recibir cuidado en un asilo de convalecencia especializado). • No más de 35 horas de cuidado de enfermería y de un auxiliar de asistencia médica a domicilio combinadas cada semana (40 horas por semana si usted califica para recibir cuidado en un asilo de convalecencia especializado). <p>TennCare <u>únicamente</u> pagará servicios de enfermería si usted necesita cuidado que solo puede proporcionar una enfermera (cuidado que no puede proporcionar un auxiliar). Por ejemplo, la alimentación por sonda o el cambio de vendajes. TennCare no pagará una enfermera si la única razón por la que usted la necesita es porque podría necesitar tomar medicamentos. La enfermera solamente se quedará con usted mientras necesite cuidado de enfermería.</p>	

Servicios para los que usted tiene cobertura	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Terapia de infusión a domicilio</p> <p>La terapia de infusión a domicilio consiste en la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a una persona en el domicilio. Los componentes necesarios para realizar la infusión a domicilio incluyen el medicamento (por ejemplo, antivirales, inmunoglobulinas), equipos (por ejemplo, una bomba) y suministros (por ejemplo, tubos y catéteres).</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none">• Servicios profesionales, incluso servicios de enfermería, prestados según el plan de cuidado• Capacitación y educación del paciente que no esté cubierta de otra manera por el beneficio de equipo médico duradero• Monitoreo remoto• Servicios de monitoreo para la provisión de terapia de infusión a domicilio y medicamentos de infusión a domicilio proporcionados por un distribuidor calificado de terapia de infusión a domicilio	<p>\$0 de copago</p> <p><i>Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización para algunos servicios</i></p>

Servicios para los que usted tiene cobertura	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Cuidados paliativos (cubiertos por Medicare)</p> <p>Usted cumple los requisitos para el beneficio de cuidados paliativos cuando su médico y el director médico del centro de cuidados paliativos le han dado un pronóstico terminal y certifican que usted tiene una enfermedad terminal y una esperanza de vida de 6 meses o menos si la enfermedad sigue su curso normal. Puede recibir cuidado de cualquier programa de centros de cuidados paliativos certificados por Medicare. Su plan está obligado a ayudarlo a encontrar programas de centros de cuidados paliativos certificados por Medicare en el área de servicio del plan, incluidos aquellos que la organización de planes Medicare Advantage (MA) posee o controla, o en los que tiene un interés financiero. Su médico de cuidados paliativos puede ser un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos para controlar los síntomas y aliviar el dolor • Relevo del cuidador a corto plazo • Cuidado a domicilio <p>Por servicios de cuidados paliativos y por servicios que están cubiertos por la Parte A o B de Medicare y que están relacionados con su pronóstico terminal: Medicare Original (en lugar de nuestro plan) pagará a su proveedor de cuidados paliativos sus servicios de cuidados paliativos relacionados con su pronóstico terminal. Mientras usted esté en el programa de cuidados paliativos, su proveedor de cuidados paliativos facturará a Medicare Original los servicios que paga Medicare Original.</p> <p>Por servicios que están cubiertos por la Parte A o B de Medicare y que no están relacionados con su pronóstico terminal: Si usted necesita servicios que no son de emergencia ni requeridos de urgencia, que están cubiertos por la Parte A o B de Medicare y que no están relacionados con su pronóstico terminal, su costo por esos servicios depende de que usted use o no un proveedor dentro de la red de nuestro plan y siga las reglas del plan (por ejemplo, si se requiere obtener una preautorización).</p>	<p>Cuando se inscribe en un programa de centros de cuidados paliativos certificados por Medicare, sus servicios de cuidados paliativos y sus servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su pronóstico terminal son pagados por Medicare Original, no por UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP).</p>

Servicios para los que usted tiene cobertura	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Cuidados paliativos (cubiertos por Medicare) (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red y sigue las reglas del plan para obtener el servicio, solamente paga el costo compartido del plan por servicios dentro de la red • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, paga el costo compartido conforme a Medicare de Tarifa por Servicio (Medicare Original) <p><u>Por servicios que están cubiertos por UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP), pero que no están cubiertos por la Parte A ni B de Medicare:</u> UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) seguirá cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no estén cubiertos por la Parte A ni B, estén o no relacionados con su pronóstico terminal. Usted paga el costo compartido de su plan por estos servicios.</p> <p><u>Por medicamentos que tal vez estén cubiertos por el beneficio de la Parte D del plan:</u> Si estos medicamentos no están relacionados con su condición terminal, usted paga el costo compartido. Si están relacionados con su condición terminal, usted paga el costo compartido de Medicare Original. Los medicamentos nunca están cubiertos por el centro de cuidados paliativos y por nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte la Sección 9.4 (Qué sucede si está en un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare) del Capítulo 5.</p> <p>Nota: Si necesita cuidados que no son paliativos (cuidados que no están relacionados con su pronóstico terminal), debe comunicarse con nosotros para hacer los arreglos necesarios para los servicios. Si recibe los cuidados que no son paliativos a través de proveedores de nuestra red, su parte de los costos por los servicios será más baja.</p>	
<p>Cuidados paliativos (cubiertos por TennCare) TennCare le cubre este cuidado. Medicare es primario.</p>	<p>\$0 de copago</p>

Servicios para los que usted tiene cobertura	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Vacunas</p> <p>Los servicios cubiertos de la Parte B de Medicare incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vacuna contra la pulmonía • Vacuna antigripal, una cada estación de la gripe en el otoño e invierno, con vacunas antigripales adicionales si es médicamente necesario • Vacuna contra la hepatitis B si usted está en riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B • Vacuna contra la COVID-19 • Otras vacunas, si usted está en riesgo y dichas vacunas cumplen las reglas de cobertura de la Parte B de Medicare <p>También cubrimos algunas vacunas conforme a nuestro beneficio de medicamentos con receta de la Parte D, como las dosis de refuerzo contra el herpes zóster o el tétano. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible por las vacunas contra la pulmonía, la gripe, la hepatitis B y la COVID-19.</p> <p>\$0 de copago por todas las demás vacunas cubiertas por Medicare.</p>
<p>Servicios de Apoyo a Domicilio</p> <p>Los miembros con discapacidades u otras condiciones médicas calificadas podrían cumplir los requisitos para recibir hasta 36 horas de servicios de apoyo a domicilio cada mes. Los asistentes pueden ayudar con la limpieza, el cuidado personal, la supervisión general y mucho más.</p>	<p>\$0 de copago</p> <p><i>Usted debe obtener una preautorización de su plan de salud.</i></p>
<p>Servicios para pacientes hospitalizados y ambulatorios por abuso de sustancias (cubiertos por TennCare)</p> <p>TennCare le cubre este cuidado. Medicare es primario.</p>	<p>\$0 de copago</p> <p><i>Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización.</i></p>

Servicios para los que usted tiene cobertura	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados (cubierto por Medicare)</p> <p>Incluye cuidado de casos agudos para pacientes hospitalizados, rehabilitación para pacientes hospitalizados, hospitales de cuidado a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados. El cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados se inicia el día que usted es formalmente admitido en el hospital con la indicación de un médico. El día anterior a ser dado de alta es su último día como paciente hospitalizado.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o habitación privada si es médicamente necesaria) • Comidas, incluso dietas especiales • Servicios de enfermería regulares • Costos de unidades de cuidados especiales (como las unidades de cuidados intensivos o de cuidado coronario) • Medicamentos y principios activos • Pruebas de laboratorio • Radiografías y otros servicios para radiología • Suministros quirúrgicos y médicos necesarios • Uso de aparatos, como sillas de ruedas • Costos de quirófano y de sala de recuperación • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje. • Servicios para pacientes hospitalizados por abuso de sustancias • En ciertos casos, los siguientes tipos de trasplante están cubiertos: de córnea, riñón, riñón/páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea (incluso el trasplante autólogo de médula ósea), células madre e intestino/multivisceral. El plan tiene una red de centros que realizan trasplantes de órganos. La red de hospitales del plan que prestan servicios para trasplantes de órganos es diferente de la red que se encuentra en la sección “Hospitales” de su directorio de proveedores. Algunos hospitales dentro de la red del plan que prestan otros servicios médicos no están dentro de la red del plan de servicios para trasplantes. 	<p>\$0 de copago por el cuidado hospitalario cubierto por Medicare cada vez que usted es admitido.</p> <p>Si recibe cuidado como paciente hospitalizado autorizado en un hospital fuera de la red después de la estabilización de su condición de emergencia, su costo es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.</p> <p><i>Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización.</i></p>

Servicios para los que usted tiene cobertura	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados (cubierto por Medicare) (continuación)</p> <p>Para obtener información sobre centros de la red que presten servicios para trasplantes, llame a Servicio al Cliente al número de teléfono que se encuentra en la portada de este documento. Si necesita un trasplante, haremos los arreglos necesarios para que su caso sea revisado por un centro de trasplantes aprobado por Medicare, que decidirá si usted es candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o estar fuera del área de servicio.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si nuestros servicios para trasplantes dentro de la red se prestan fuera de su comunidad, usted puede decidir recibir servicios localmente siempre y cuando los proveedores de trasplantes locales estén dispuestos a aceptar la tarifa de Medicare Original. Si UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) presta servicios para trasplantes en un sitio que no es parte de los centros que realizan trasplantes en su comunidad y usted decide recibir trasplantes en ese sitio distante, haremos los arreglos necesarios o pagaremos los costos de alojamiento y transporte apropiados para usted y un acompañante. • Mientras usted esté recibiendo cuidado en el sitio distante, también reembolsaremos los costos del transporte desde y hacia el hospital o el consultorio médico para evaluaciones, servicios para trasplantes y cuidado médico de seguimiento. (El transporte en el sitio distante incluye, entre otros: millaje de vehículos, tarifa aérea en clase económica, tarifas de taxis o servicios de viajes compartidos.) También es posible que estén cubiertos los costos de alojamiento o los lugares para quedarse, como hoteles, moteles o viviendas temporales como resultado del viaje para recibir un trasplante de órganos cubierto. Usted puede recibir un reembolso de gastos aprobados de hasta \$125 por día en total. • Sangre—incluso su almacenamiento y administración. La cobertura comienza con la primera pinta de sangre que usted necesita. • Servicios de un médico 	

Servicios para los que usted tiene cobertura	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados (cubierto por Medicare) (continuación)</p> <p>Nota: Para que usted sea un paciente hospitalizado, su proveedor debe realizar una indicación por escrito para admitirle formalmente como paciente hospitalizado del hospital. Aunque usted pase la noche en el hospital, es posible que aun así sea considerado un paciente ambulatorio. Esto se llama estadía en Observación para Pacientes Ambulatorios. Si no está seguro de que sea un paciente hospitalizado o ambulatorio, debe preguntar al personal del hospital.</p> <p>También puede encontrar más información en una publicación de Medicare llamada ¿Es un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare—¡Pregunte! Esta publicación está disponible en Internet en medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-S-Inpatient-or-Outpatient.pdf o usted puede pedirla por teléfono al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Usted puede llamar a estos números sin costo, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>	
<p>Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados (cubiertos por TennCare)</p> <p>TennCare le cubre este cuidado. Medicare es primario.</p>	\$0 de copago

Servicios para los que usted tiene cobertura	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios para el cuidado de la salud mental que requieren una estadía en el hospital. Hay un límite de por vida de 190 días para los servicios para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico. El límite de 190 días no se aplica a los servicios de salud mental prestados en una unidad de psiquiatría de un hospital general. • Servicios para pacientes hospitalizados por abuso de sustancias 	<p>\$0 de copago por el cuidado hospitalario cubierto por Medicare cada vez que usted es admitido.</p> <p>Los períodos de beneficios hospitalarios de Medicare se usan para determinar el número total de días cubiertos para el cuidado de la salud mental para pacientes hospitalizados. (La definición de períodos de beneficios se encuentra en el capítulo titulado Definiciones de palabras importantes.) Sin embargo, el costo compartido descrito anteriormente se aplica cada vez que usted es admitido en el hospital, incluso si se le admite varias veces en un período de beneficios.</p> <p><i>Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización.</i></p>
<p>Servicios de laboratorio y radiografías (cubiertos por TennCare)</p> <p>TennCare le cubre este cuidado. Medicare es primario.</p>	<p>\$0 de copago</p>
<p>Beneficio de Comidas</p> <p>Este beneficio se puede usar inmediatamente después de una estadía en un centro de enfermería especializada (SNF) o en el hospital como paciente hospitalizado, si así lo recomienda un proveedor.</p> <p>Pautas del beneficio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reciba hasta 28 comidas entregadas a su domicilio durante 14 días como máximo • La primera entrega de comida puede llevar hasta 72 horas después de haber realizado el pedido • Se pueden aplicar algunas restricciones y limitaciones 	<p>Proveedor: Roots Food Group®</p> <p>\$0 de copago</p> <p><i>Se requiere una preautorización.</i></p>

Servicios para los que usted tiene cobertura	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Terapia de nutrición clínica</p> <p>Este beneficio es para personas con diabetes o enfermedad renal (de los riñones) (pero que no estén en diálisis), o para después de un trasplante de riñón cuando esté indicado por su médico.</p> <p>Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento en persona durante el primer año en el que usted recibe servicios de terapia de nutrición clínica conforme a Medicare (esto incluye a nuestro plan, cualquier otro plan Medicare Advantage o Medicare Original) y 2 horas por año posteriormente. Si su condición, tratamiento o diagnóstico cambia, es posible que pueda recibir más horas de tratamiento con la indicación de un médico. Un médico debe indicar estos servicios y renovar su indicación anualmente si usted necesita continuar con el tratamiento en el siguiente año calendario.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible por los servicios de terapia de nutrición clínica cubiertos por Medicare para los miembros que cumplen los requisitos.</p>
<p>Suministros médicos (cubiertos por TennCare)</p> <p>TennCare le cubre este cuidado. Medicare es primario.</p>	<p>\$0 de copago</p>
<p> Programa para la Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP)</p> <p>Los servicios del Programa para la Prevención de la Diabetes de Medicare estarán cubiertos para los beneficiarios de Medicare que cumplan los requisitos conforme a todos los planes de salud de Medicare.</p> <p>El Programa para la Prevención de la Diabetes de Medicare es una intervención de salud estructurada para el cambio del comportamiento que proporciona capacitación práctica en cambio dietario a largo plazo, mayor actividad física y estrategias de resolución de problemas destinadas a superar las dificultades para sostener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible por el beneficio del Programa para la Prevención de la Diabetes de Medicare.</p>

Servicios para los que usted tiene cobertura	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare</p> <p>Estos medicamentos están cubiertos por la Parte B de Medicare Original. Los miembros de nuestro plan reciben la cobertura de estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos que, en general, el paciente no se autoadministra, sino que se los inyectan o administran mediante infusión mientras recibe servicios de un médico, servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios o servicios de un centro de cirugía ambulatoria • Insulina administrada a través de un artículo de equipo médico duradero (como una bomba de insulina médicamente necesaria) • Otros medicamentos que usted se administra a través de equipo médico duradero (como los nebulizadores) que fueron autorizados por el plan • Factores de coagulación que se inyecta usted mismo si tiene hemofilia • Medicamentos inmunodepresores, si usted estaba inscrito en la Parte A de Medicare en el momento en que recibió el trasplante de órgano • Medicamentos inyectables para la osteoporosis, si usted está recluida en el domicilio, tiene una fractura que un médico certifica que tuvo relación con la osteoporosis después de la menopausia y usted no puede autoadministrarse el medicamento • Antígenos • Ciertos medicamentos orales contra el cáncer y contra las náuseas • Ciertos medicamentos para diálisis en el domicilio, que incluyen la heparina, el antídoto de la heparina cuando sea médicamente necesario, los anestésicos tópicos y los agentes estimuladores de la eritropoyesis (como Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp® o Darbepoetin Alfa) • Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento en el domicilio de enfermedades por inmunodeficiencia primaria • Medicamentos para quimioterapia y su administración <p>Nota: No hay requisitos de Terapia Escalonada para los medicamentos con receta de la Parte B de Medicare</p>	<p>\$0 de copago por cada medicamento cubierto por la Parte B Medicare.</p> <p>\$0 de copago por cada medicamento para quimioterapia cubierto por Medicare y la administración de dicho medicamento.</p> <p><i>Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para algunos servicios/medicamentos.</i></p>

Servicios para los que usted tiene cobertura	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare (continuación)</p> <p>Es posible que usted o su médico deban proporcionar más información sobre cómo se usa un medicamento con receta de la Parte B de Medicare para determinar la cobertura. Si le recetan un nuevo medicamento o no ha surtido recientemente el medicamento de la Parte B, es posible que se le exija probar uno o más de esos otros medicamentos antes de que el plan cubra su medicamento. Si usted ya ha probado otros medicamentos o si su médico piensa que no son adecuados para usted, usted o su médico pueden pedir al plan que cubra este medicamento. (Para obtener más información, consulte el Capítulo 8, Qué puede hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]). Para obtener más información, comuníquese con Servicio al Cliente.</p> <p>También cubrimos algunas vacunas conforme a nuestro beneficio de medicamentos con receta de la Parte B y la Parte D.</p> <p>El Capítulo 5 explica el beneficio de medicamentos con receta de la Parte D, incluso las reglas que usted debe seguir para que sus medicamentos con receta estén cubiertos.</p>	
<p>Transporte médico que no es de emergencia (cubierto por TennCare)</p> <p>TennCare le cubre este cuidado. Medicare es primario. Consulte “Transporte (de rutina, adicional)” más adelante en esta sección para obtener más información.</p>	\$0 de copago
<p>Nurse Hotline</p> <p>Los servicios de Nurse Hotline están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Hable con una enfermera titulada (RN) sobre sus inquietudes y preguntas médicas. Puede consultar la Hoja de Información sobre Proveedores en es.myuhc.com/CommunityPlan o llamar a Servicio al Cliente y pedir que le envíen una copia impresa.</p>	Proveedor: NurseLine \$0 de copago

Servicios para los que usted tiene cobertura	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Cuidado en un centro de enfermería (CHOICES) (cubierto por TennCare) TennCare le cubre este cuidado. Medicare no cubre este cuidado. Para obtener más información sobre CHOICES, consulte su Guía de TennCare.</p>	<p>\$0 de copago</p>
<p> Evaluación diagnóstica de la obesidad y terapia para promover la pérdida de peso sostenida Si usted tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos asesoramiento intensivo para ayudarlo a bajar de peso. Este asesoramiento está cubierto si lo recibe en un centro de cuidado primario, donde puede ser coordinado con su plan de prevención integral. Hable con su profesional médico o médico de cuidado primario para saber más.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible por la evaluación preventiva y la terapia de la obesidad.</p>
<p>Terapia ocupacional (cubierta por TennCare) TennCare le cubre este cuidado. Medicare es primario.</p>	<p>\$0 de copago <i>Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización.</i></p>
<p>Servicios del programa de tratamiento relacionado con opiáceos Los miembros de nuestro plan que tienen un trastorno por consumo de opiáceos (OUD) pueden recibir la cobertura de servicios para tratarlo a través de un Programa de Tratamiento Relacionado con Opiáceos (OTP) que incluye los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos para el tratamiento asistido con medicamentos (MAT) agonistas y antagonistas de los opiáceos que estén aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los Estados Unidos • Suministro y administración de los medicamentos para el tratamiento asistido con medicamentos (si corresponde) • Asesoramiento relacionado con el consumo de sustancias • Terapia individual y de grupo • Pruebas toxicológicas • Actividades de admisión • Evaluación periódica 	<p>\$0 de copago por servicios del programa de tratamiento relacionado con opiáceos cubiertos por Medicare. <i>Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización.</i></p>

Servicios para los que usted tiene cobertura	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Trasplante de órganos y búsqueda de donantes (cubiertos por TennCare) TennCare le cubre este cuidado. Medicare es primario.</p>	<p>\$0 de copago</p>
<p>Crédito para alimentos, productos de venta sin receta (OTC) y facturas de servicios públicos Con este beneficio, usted recibirá un crédito que se cargará a su Ucard® de UnitedHealthcare cada mes para pagar alimentos, artículos de Venta Sin Receta y ciertas facturas de servicios públicos que tengan cobertura. Los créditos no utilizados vencen al final de cada mes. Los artículos cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alimentos saludables como frutas, verduras, carne, pescados y mariscos, productos lácteos, agua y mucho más. • Productos genéricos y de marca de Venta Sin Receta, como vitaminas, analgésicos, pasta dental, caramelos para la tos y mucho más. • Facturas de servicios públicos aprobadas, como de electricidad, gas, agua e Internet. La dirección de los servicios debe coincidir con una dirección suya que tengamos registrada. <p>El crédito no se puede usar para comprar tabaco ni alcohol. Usted puede usar su crédito en miles de tiendas participantes o realizar un pedido por Internet o por teléfono a través de su catálogo. Reciba la entrega a domicilio gratuita cuando realice un pedido en Internet en es.myuhc.com/CommunityPlan con un pedido mínimo de \$35 y reciba el envío estándar gratuito en su domicilio. Para recibir un catálogo impreso, llame a Servicio al Cliente o al número que se encuentra en la Hoja de Información sobre Proveedores. También puede usar su crédito para pagar las facturas de servicios públicos aprobadas por Internet, por teléfono o en el mostrador de MoneyCenter o de Servicio al Cliente de su Walmart local. Visite el UCard Hub en es.myuhc.com/CommunityPlan para buscar tiendas participantes, consultar su saldo, realizar un pedido por Internet o pagar facturas de servicios públicos.</p>	<p>Proveedor: Solutran El crédito mensual es de \$309</p>

Servicios para los que usted tiene cobertura	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios para la salud del comportamiento de pacientes ambulatorios (servicios de salud mental y del abuso de alcohol y de drogas) (cubiertos por TennCare)</p> <p>TennCare le cubre este cuidado. Medicare es primario.</p>	<p>\$0 de copago</p>
<p>Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Radiografías • Radioterapia (con radioisótopos), incluidos los materiales y suministros del técnico • Suministros quirúrgicos, como vendajes • férulas, yesos y otros dispositivos usados para reducir fracturas y dislocaciones • Pruebas de laboratorio • Sangre—incluso su almacenamiento y administración (esto incluye la preparación y el manejo de la sangre). La cobertura comienza con la primera pinta de sangre que usted necesita. • Otras pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios—Servicios de diagnóstico no radiológicos • Otras pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios—Servicios de radiodiagnóstico, incluidas las radiografías. 	<p>Usted paga \$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • servicio de radiografía estándar. • servicio de radioterapia. • suministro médico. • servicios de laboratorio. • servicios de sangre. • servicios de diagnóstico no radiológicos. Entre otros servicios, se incluyen: electrocardiogramas (EKG), pruebas de la función respiratoria, estudios del sueño realizados en el domicilio o en el laboratorio, y pruebas de esfuerzo. • servicios de radiodiagnóstico, sin incluir radiografías, prestados en el consultorio de un médico o en un centro autónomo (como un centro de radiología o una clínica médica).

Servicios para los que usted tiene cobertura	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios (continuación)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Los servicios de radiodiagnóstico requieren equipo más especializado que el equipo para radiografías estándar y deben ser prestados por personal certificado o especialmente capacitado. Entre otros servicios, se incluyen: tomografías especializadas, tomografías computarizadas, tomografías computarizadas por emisión monofotónica (SPECT), tomografías por emisión de positrones (PET), imágenes por resonancia magnética (MRI), angiografías por resonancia magnética (MRA), estudios nucleares, ecografías, mamografías de diagnóstico y procedimientos de radiología intervencionista (mielografías, cistografías, angiogramas y estudios con disolución de bario). <p>Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización para algunos servicios.</p> <p>\$0 de copago por cada mamografía de diagnóstico o examen vascular.</p> <p>\$0 de copago por los servicios de radiodiagnóstico, sin incluir radiografías, cubiertos por Medicare que sean prestados en el consultorio de un médico o en un centro autónomo (como un centro de radiología o una clínica médica).</p>

Servicios para los que usted tiene cobertura	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios hospitalarios de observación para pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios de observación son servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios prestados para determinar si usted necesita ser admitido como paciente hospitalizado o si puede ser dado de alta.</p> <p>Para que estén cubiertos, los servicios hospitalarios de observación para pacientes ambulatorios deben cumplir los criterios de Medicare y ser considerados razonables y necesarios. Los servicios de observación solo están cubiertos cuando se prestan bajo la indicación de un médico u otra persona autorizada por la ley de concesión de licencias del estado y los estatutos del personal hospitalario para admitir pacientes en el hospital o indicar pruebas para pacientes ambulatorios.</p> <p>Nota: A menos que el proveedor haya realizado una indicación por escrito para admitirle como paciente hospitalizado en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga los costos compartidos por servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Aunque usted pase la noche en el hospital, es posible que aun así sea considerado un paciente ambulatorio. Si no está seguro de que sea un paciente ambulatorio, debe preguntar al personal del hospital.</p> <p>También puede encontrar más información en una publicación de Medicare llamada ¿Es un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare—¡Pregunte! Esta publicación está disponible en Internet en medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-S-Inpatient-or-Outpatient.pdf o usted puede pedirla por teléfono al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Usted puede llamar a estos números sin costo, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>	<p>\$0 de copago</p> <p><i>Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización.</i></p>
<p>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios (cubiertos por TennCare)</p> <p>TennCare le cubre este cuidado. Medicare es primario.</p>	<p>\$0 de copago</p>

Servicios para los que usted tiene cobertura	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios (cubiertos por Medicare)</p> <p>Cubrimos los servicios médicamente necesarios que usted reciba en el Departamento para Pacientes Ambulatorios de un hospital para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios en un Departamento de Emergencias o una clínica para pacientes ambulatorios, como servicios de observación o cirugía para pacientes ambulatorios • Pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital • Cuidado de la salud mental, incluido el cuidado en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que, sin dicho programa, se necesitaría tratamiento como paciente hospitalizado • Radiografías y otros servicios para radiología facturados por el hospital • Suministros médicos como férulas y yesos • Ciertos medicamentos y sustancias biológicas que usted no se puede administrar solo • Servicios prestados en una clínica para pacientes ambulatorios • Observación o cirugía para pacientes ambulatorios • Terapia de infusión para pacientes ambulatorios <p>Nota: A menos que el proveedor haya realizado una indicación por escrito para admitirle como paciente hospitalizado en el hospital, usted es un paciente ambulatorio</p>	<p>Usted paga \$0 de copago por cada visita al consultorio cubierta por Medicare con un Proveedor de Cuidado Primario.</p> <p>Usted paga \$0 de copago por cada visita al consultorio cubierta por Medicare con un especialista. Consulte la sección Cuidado de Emergencia</p> <p>Consulte la sección Pruebas de Diagnóstico y Servicios y Suministros Terapéuticos para Pacientes Ambulatorios</p> <p>Consulte la sección Cuidado de la Salud Mental para Pacientes Ambulatorios</p> <p>Consulte la sección Pruebas de Diagnóstico y Servicios y Suministros Terapéuticos para Pacientes Ambulatorios</p> <p>Consulte la sección Pruebas de Diagnóstico y Servicios y Suministros Terapéuticos para Pacientes Ambulatorios</p> <p>Consulte la sección Medicamentos con Receta de la Parte B de Medicare</p> <p>Consulte los servicios de un proveedor de cuidado primario, los servicios de un especialista o los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios (según se describe en la sección “Servicios de un Médico/Profesional, incluidas las Visitas al Consultorio</p>

Servicios para los que usted tiene cobertura	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios (cubiertos por Medicare) (continuación)</p> <p>y paga los costos compartidos por servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Aunque usted pase la noche en el hospital, es posible que aun así sea considerado un paciente ambulatorio. Esto se llama estadía en Observación para Pacientes Ambulatorios. Si no está seguro de que sea un paciente ambulatorio, debe preguntar al personal del hospital.</p> <p>También puede encontrar más información en una publicación de Medicare llamada ¿Es un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare—¡Pregunte! Esta publicación está disponible en Internet en medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-S-Inpatient-or-Outpatient.pdf o usted puede pedirla por teléfono al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Usted puede llamar a estos números sin costo, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>	<p>Médico” o “Cirugía para Pacientes Ambulatorios y Otros Servicios Médicos Prestados en Centros Hospitalarios para Pacientes Ambulatorios y Centros de Cirugía Ambulatoria” en esta tabla de beneficios) según el lugar en que recibió los servicios de infusión o de administración de medicamentos.</p> <p><i>Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización para algunos servicios.</i></p>
<p>Cuidado de la salud mental para pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <p>Servicios de salud mental prestados por un médico o un psiquiatra con licencia del estado, un psicólogo clínico, un trabajador social clínico, un especialista en enfermería clínica, un asesor profesional con licencia (LPC), un terapeuta matrimonial y familiar con licencia (LMFT), una enfermera especialista (NP), un asistente médico (PA) u otro profesional de cuidado de la salud mental calificado por Medicare según lo permitan las leyes estatales vigentes.</p>	<p>\$0 de copago por cada uno. Sesión de terapia individual cubierta por Medicare.</p> <p>\$0 de copago por cada sesión de terapia de grupo cubierta por Medicare.</p> <p><i>Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización.</i></p>
<p>Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen: fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje.</p> <p>Los servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios se prestan en diversos centros para pacientes ambulatorios, como Departamentos para Pacientes Ambulatorios de un hospital, consultorios de terapeutas independientes, consultorios médicos y Centros para Rehabilitación Integral de Pacientes Ambulatorios (CORF).</p>	<p>\$0 de copago por cada visita de fisioterapia y terapia del habla y del lenguaje cubierta por Medicare.</p> <p>\$0 de copago por cada visita de terapia ocupacional cubierta por Medicare.</p> <p><i>Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización.</i></p>

Servicios para los que usted tiene cobertura	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios para pacientes ambulatorios por abuso de sustancias</p> <p>Tratamiento y asesoramiento para pacientes ambulatorios por abuso de sustancias.</p>	<p>\$0 de copago por cada sesión de terapia individual cubierta por Medicare.</p> <p>\$0 de copago por cada sesión de terapia de grupo cubierta por Medicare.</p> <p><i>Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización.</i></p>
<p>Cirugía para pacientes ambulatorios y otros servicios médicos prestados en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros de cirugía ambulatoria</p> <p>Nota: Si va a realizarse una cirugía en un centro hospitalario, debe consultar a su proveedor si usted será un paciente hospitalizado o ambulatorio. A menos que el proveedor realice una indicación por escrito para admitirle como paciente hospitalizado en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga los costos compartidos por cirugía para pacientes ambulatorios. Aunque usted pase la noche en el hospital, es posible que aun así sea considerado un paciente ambulatorio. Esto se llama estadía en Observación para Pacientes Ambulatorios. Si usted no está seguro de que sea un paciente ambulatorio, debe preguntarle a su médico o al personal del hospital.</p> <p>Si recibe algún servicio o artículo, excepto cirugía, tales como pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos, prótesis, ortesis, suministros o medicamentos de la Parte B, no habrá costos compartidos por esos servicios o artículos. Consulte la sección correspondiente de esta tabla para encontrar el servicio o artículo adicional que recibió.</p>	<p>\$0 de copago por una cirugía, cada día de observación que pase en un hospital para pacientes ambulatorios u otros servicios cubiertos por Medicare, lo que incluye, entre otros, los cargos del hospital o los cargos de otro centro, y los cargos del médico o los cargos quirúrgicos.</p> <p><i>Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización.</i></p> <p>Los servicios de cirugía para pacientes ambulatorios que se pueden prestar en un centro de cirugía ambulatoria disponible se deben prestar en un centro de cirugía ambulatoria, a menos que sea médicamente necesario un Departamento para Pacientes Ambulatorios de un hospital.</p>

Servicios para los que usted tiene cobertura	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios para hospitalización parcial y servicios intensivos para pacientes ambulatorios</p> <p>Hospitalización parcial es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo proporcionado como un servicio hospitalario para pacientes ambulatorios o en un centro de salud mental comunitario; es más intenso que el cuidado que se recibe en el consultorio de su médico o terapeuta, y es una alternativa a la hospitalización.</p> <p>El servicio intensivo para pacientes ambulatorios es un programa estructurado de tratamiento activo de terapia de salud del comportamiento (mental) que se presta en un departamento para pacientes ambulatorios de un hospital, un centro de salud mental comunitario, un centro de cuidado de la salud aprobado a nivel federal o una clínica de salud rural que es de mayor intensidad que el cuidado recibido en el consultorio de su médico o terapeuta, pero que es de menor intensidad que la hospitalización parcial.</p>	<p>\$0 de copago cada día por beneficios cubiertos por Medicare.</p> <p><i>Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización.</i></p>
<p>Sistema Personal de Respuesta ante Emergencias</p> <p>Con un Sistema Personal de Respuesta ante Emergencias (PERS), puede recibir ayuda con solo oprimir un botón. Un dispositivo del Sistema Personal de Respuesta ante Emergencias puede conectarle rápidamente con la ayuda que necesite, las 24 horas del día, en cualquier situación. Es un botón liviano y discreto que se puede usar en la muñeca o como colgante. También es seguro para usar en la ducha o la bañera. Según el modelo que usted elija, el dispositivo incluso puede detectar automáticamente las caídas.</p> <p>Debe tener un teléfono fijo que funcione o vivir en una zona con cobertura inalámbrica de AT&T para obtener un dispositivo del Sistema Personal de Respuesta ante Emergencias. El dispositivo celular funciona en todo el país con la red inalámbrica de AT&T y usted no necesita tener AT&T.</p> <p>Puede consultar la Hoja de Información sobre Proveedores en es.myuhc.com/CommunityPlan o llamar a Servicio al Cliente y pedir que le envíen una copia impresa.</p>	<p>\$0 de copago</p>

Servicios para los que usted tiene cobertura	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios de farmacia (cubiertos por TennCare) TennCare le cubre este cuidado con límites. Medicare es primario. Para obtener información sobre sus beneficios de la Parte D, si los tiene, consulte el Capítulo 5.</p>	<p>\$0 de copago</p>
<p>Servicios de fisioterapia (cubiertos por TennCare) TennCare le cubre este cuidado. Medicare es primario.</p>	<p>\$0 de copago <i>Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización.</i></p>
<p>Servicios de un médico (cubiertos por TennCare) TennCare le cubre este cuidado. Medicare es primario.</p>	<p>\$0 de copago</p>
<p>Servicios de un médico/profesional, incluidas las visitas al consultorio médico Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios quirúrgicos o de cuidado médico médicamente necesarios prestados en el consultorio de un médico, un centro de cirugía ambulatoria certificado, un Departamento para Pacientes Ambulatorios de un hospital o cualquier otro sitio • Consulta, diagnóstico y tratamiento realizados por un especialista • Exámenes básicos de audición y del equilibrio realizados por su especialista, si su médico los indica para determinar si usted necesita tratamiento médico 	<p>\$0 de copago por los servicios prestados por un proveedor de cuidado primario o, en determinadas circunstancias, el tratamiento proporcionado por una enfermera especialista, un asistente médico u otro profesional de cuidado de la salud que no es médico en el consultorio de un proveedor de cuidado primario (según lo permita Medicare).</p> <p>\$0 de copago por los servicios prestados por un proveedor de cuidado primario o, en determinadas circunstancias, el tratamiento proporcionado por una enfermera especialista, un asistente médico u otro profesional de cuidado de la salud que no es médico en el consultorio de un proveedor de cuidado primario (según lo permita Medicare).</p> <p><i>Su proveedor debe seguir los requisitos de preautorización.</i></p>

Servicios para los que usted tiene cobertura	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios de un médico/profesional, incluidas las visitas al consultorio médico (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Algunos servicios de telesalud que incluyen consultas, diagnóstico y tratamiento de parte de un médico o de un profesional médico para pacientes en ciertas áreas rurales o en otros sitios aprobados por Medicare • Servicios de telesalud para las visitas mensuales relacionadas con enfermedad renal en etapa terminal, para los miembros que se realizan diálisis en el domicilio, en un centro de diálisis renal ubicado en un hospital o en un hospital de acceso crítico, en un centro de diálisis renal o en el domicilio del miembro • Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un derrame cerebral, independientemente del sitio en el que usted se encuentre • Servicios de telesalud para miembros que tienen un trastorno por consumo de sustancias o un trastorno concomitante de salud mental, independientemente del sitio en el que se encuentren • Servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento de trastornos de salud mental si: <ul style="list-style-type: none"> – Usted realiza una visita en persona en un plazo no mayor de 6 meses antes de su primera visita de telesalud – Realiza una visita en persona cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud – Se pueden hacer excepciones a lo anterior en determinadas circunstancias • Servicios de telesalud para visitas de salud mental prestados por Clínicas de Salud Rurales y Centros de Cuidado de la Salud Aprobados a Nivel Federal • Servicios de monitoreo remoto cubiertos por Medicare • Consultas virtuales (por ejemplo, por teléfono o por videochat) de 5 a 10 minutos con su médico si: <ul style="list-style-type: none"> – Usted no es un paciente nuevo y – La consulta no está relacionada con una visita al consultorio en los últimos 7 días y 	<p>\$0 de copago</p>

Servicios para los que usted tiene cobertura	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios de un médico/profesional, incluidas las visitas al consultorio médico (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> - La consulta no resulta en una visita al consultorio en un plazo no mayor de 24 horas o en la primera cita disponible • Evaluación de videos o imágenes que usted envíe a su médico, y la interpretación y seguimiento del médico en un plazo no mayor de 24 horas si: <ul style="list-style-type: none"> - 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 resulta en una visita al consultorio en un plazo no mayor de 24 horas o en la primera cita disponible • Consultas que su médico tiene con otros médicos por teléfono, por Internet o mediante el sistema de registros electrónicos de salud • Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de una cirugía • Cuidado dental que no es de rutina (los servicios cubiertos se limitan a la cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas, reducción de fracturas de la mandíbula o de los huesos faciales, la extracción de dientes a fin de preparar la mandíbula para la radioterapia de una enfermedad cancerosa neoplásica o los servicios que estarían cubiertos si los prestara un médico). Los servicios dentales prestados por un dentista en relación con el cuidado, el tratamiento, el empaste dental, la extracción o el reemplazo de dientes o de las estructuras que sostienen directamente los dientes no son beneficios cubiertos por Medicare y no están cubiertos por este beneficio. • Servicios de control en el consultorio de un médico o un centro hospitalario para pacientes ambulatorios si usted está tomando anticoagulantes, por ejemplo, Coumadin, Heparin o Warfarin (a estos servicios también se les puede llamar servicios de la “Clínica de Coumadin”) 	

Servicios para los que usted tiene cobertura	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios de un médico/profesional, incluidas las visitas al consultorio médico (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios médicos o quirúrgicos médicamente necesarios que son beneficios cubiertos y son prestados por un médico en su domicilio o en un asilo de convalecencia en el que usted vive. • Ciertos servicios de telesalud, que incluyen: 	
<p>Servicios de podiatría</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (como los dedos en martillo o los espolones calcáneos). • Cuidado de los pies de rutina para miembros con ciertas condiciones médicas que afectan a las extremidades inferiores. 	<p>\$0 de copago por cada visita cubierta por Medicare en un consultorio o a domicilio. Para obtener información sobre los servicios prestados en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios, como cirugía, consulte la sección Cirugía para Pacientes Ambulatorios y Otros Servicios Médicos Prestados en Centros Hospitalarios para Pacientes Ambulatorios y Centros de Cirugía Ambulatoria</p> <p><i>Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización.</i></p>
<p>Cuidado de los Pies de Rutina Adicional</p> <p>Tratamiento de los pies que generalmente se considera preventivo, es decir, el corte o la extracción de callos, verrugas, callosidades o uñas.</p>	<p>\$0 de copago por cada visita de rutina, hasta 4 visitas cada año.</p>

Servicios para los que usted tiene cobertura	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios de Enfermería Privada (cubiertos por TennCare)</p> <p>TennCare le cubre este cuidado con límites si usted es mayor de 21 años. Medicare no cubre este cuidado. Los servicios de enfermería privada y los servicios de asistencia médica a domicilio están cubiertos según sean médicamente necesarios para menores de 21 años. Sin embargo, estos servicios funcionan diferente para los adultos mayores de 21 años.</p> <p>Servicios de Enfermería Privada. TennCare no cubrirá Servicios de Enfermería Privada (PDN) para adultos mayores de 21 años, a menos que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usted dependa de un respirador al menos 12 horas cada día. • O tenga una traqueotomía funcional y también necesite otros tipos de cuidado de enfermería. <p>Por su seguridad, para recibir Servicios de Enfermería Privada, usted debe tener un familiar u otra persona que pueda:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuidar de usted cuando la enfermera privada no esté con usted. • Y atender sus otras necesidades que no están relacionadas con la enfermería. <p>Si usted califica para los Servicios de Enfermería Privada, su enfermera solamente podrá acompañarle a las citas médicas, a la escuela y al trabajo. Aunque su enfermera puede acompañarle a estos lugares, ella no podrá conducir para llevarle allí. Las reglas de TennCare establecen que su enfermera no puede conducir para llevarle a ningún lado.</p>	<p>\$0 de copago</p> <p><i>Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización.</i></p>
<p> Exámenes de detección de cáncer de próstata</p> <p>Para hombres mayores de 50 años, los servicios cubiertos incluyen los siguientes — una vez cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tacto rectal • Prueba de Antígeno Prostático Específico (PSA) 	<p>No hay coseguro, copago ni deducible por una prueba anual de Antígeno Prostático Específico.</p>

Servicios para los que usted tiene cobertura	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Prótesis y suministros relacionados</p> <p>Prótesis (no dentales) que reemplazan total o parcialmente una parte del cuerpo o su función. Incluyen, entre otras: bolsas de colostomía y suministros relacionados directamente con el cuidado de la colostomía, marcapasos, abrazaderas ortopédicas, zapatos protésicos, extremidades artificiales y prótesis de seno (incluido un sostén quirúrgico después de una mastectomía). También incluye ciertos suministros relacionados con las prótesis y la reparación o el reemplazo de las prótesis. Además, incluye cierta cobertura después de la extracción o la cirugía de cataratas—consulte Cuidado de la Vista más adelante en esta sección para obtener información más detallada.</p>	<p>\$0 de copago por cada ortesis o prótesis cubierta por Medicare, incluido el reemplazo o la reparación de dichos dispositivos, y los suministros relacionados.</p> <p><i>Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización.</i></p>
<p>Servicios en un centro de psiquiatría para pacientes hospitalizados (cubiertos por TennCare)</p> <p>TennCare le cubre este cuidado. Medicare es primario.</p>	<p>\$0 de copago</p>
<p>Servicios de rehabilitación psiquiátrica (cubiertos por TennCare)</p> <p>TennCare le cubre este cuidado. Medicare no cubre estos servicios.</p>	<p>\$0 de copago</p>
<p>Servicios de tratamiento psiquiátrico residencial (cubiertos por TennCare)</p> <p>TennCare le cubre este cuidado. Medicare es primario.</p>	<p>\$0 de copago</p>
<p>Servicios de rehabilitación pulmonar</p> <p>Los programas integrales de rehabilitación pulmonar tienen cobertura para miembros que tienen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), de moderada a muy grave, y que cuentan con una indicación para la rehabilitación pulmonar emitida por el médico que está tratando la enfermedad respiratoria crónica.</p>	<p>\$0 de copago por cada visita de rehabilitación pulmonar cubierta por Medicare.</p> <p><i>Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización.</i></p>
<p>Cirugía reconstructiva de seno (cubierta por TennCare)</p> <p>TennCare le cubre este cuidado. Medicare es primario.</p>	<p>\$0 de copago</p>

Servicios para los que usted tiene cobertura	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Diálisis renal (cubierta por TennCare) TennCare le cubre este cuidado. Medicare es primario.</p>	<p>\$0 de copago</p>
<p> Evaluación y asesoramiento para reducir el consumo indebido de alcohol Cubrimos una evaluación de consumo indebido de alcohol para adultos beneficiarios de Medicare (incluidas las embarazadas) que lo consumen de forma indebida, pero no tienen dependencia del alcohol. Si su evaluación de consumo indebido de alcohol da positivo, usted puede obtener hasta cuatro sesiones de asesoramiento breves en persona por año (siempre y cuando pueda mantenerse competente y alerta durante las sesiones) a cargo de un profesional médico o un médico de cuidado primario calificado en un centro de cuidado primario.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible por el beneficio preventivo de evaluación y asesoramiento para reducir el consumo indebido de alcohol que esté cubierto por Medicare.</p>

Servicios para los que usted tiene cobertura	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>🍏 Examen de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT)</p> <p>A las personas que califican, se les cubre una tomografía computarizada de baja dosis cada 12 meses.</p> <p>Los miembros que cumplen los requisitos son: personas que tienen entre 50 y 77 años que no presentan signos ni síntomas de cáncer de pulmón, pero que han fumado tabaco por un mínimo de 20 paquetes-año o fuman actualmente o han dejado de fumar hace menos de 15 años, y que reciben una indicación por escrito para que se les realice una tomografía computarizada de baja dosis durante una visita de asesoramiento y toma de decisiones compartida relacionada con el examen de detección de cáncer de pulmón. La visita debe cumplir los criterios de Medicare para tales visitas y estar a cargo de un médico o un profesional que, sin ser médico, esté calificado.</p> <p>Para exámenes de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis después del examen de detección inicial con tomografía computarizada de baja dosis: el miembro debe recibir una indicación por escrito para que se le realice un examen de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis. Dicha indicación puede ser emitida durante cualquier visita apropiada con un médico o un profesional que, sin ser médico, esté calificado. Si un médico (o un profesional que, sin ser médico, esté calificado) elige proporcionar una visita de asesoramiento y toma de decisiones compartida relacionada con el examen de detección de cáncer de pulmón para realizar exámenes subsiguientes de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis, la visita debe cumplir los criterios de Medicare para tales visitas.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible por la visita de asesoramiento y toma de decisiones compartida, ni por la tomografía computarizada de baja dosis que estén cubiertas por Medicare.</p>

Servicios para los que usted tiene cobertura	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual (STI) y asesoramiento para prevenirlas</p> <p>Cubrimos las pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual (STI), como clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Si un proveedor de cuidado primario las indica, estas pruebas de detección están cubiertas para embarazadas y para ciertas personas que están en mayor riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertos momentos durante el embarazo.</p> <p>También cubrimos hasta dos sesiones individuales en persona de 20 a 30 minutos por año de asesoramiento conductual de alta intensidad para adultos sexualmente activos en mayor riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual. Solamente cubriremos estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo si están a cargo de un proveedor de cuidado primario y se realizan en un centro de cuidado primario, como un consultorio médico.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible por el beneficio preventivo de pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual y asesoramiento sobre estas cubierto por Medicare.</p>

Servicios para los que usted tiene cobertura	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios para tratar enfermedades renales</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de educación sobre la enfermedad renal para enseñar el cuidado del riñón y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas sobre su cuidado. Para los miembros con enfermedad renal crónica en etapa IV cuando les refiera su médico, cubrimos hasta seis sesiones de servicios de educación sobre la enfermedad renal una vez en la vida. • Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios (incluidos los tratamientos de diálisis cuando usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio, según se explica en el Capítulo 3, o cuando el proveedor que le presta este servicio no esté a su disposición o accesible temporalmente) • Tratamientos de diálisis para pacientes hospitalizados (si usted es admitido como paciente hospitalizado en un hospital para recibir cuidados especiales) • Capacitación en autodiálisis (incluye la capacitación para usted y cualquier persona que le ayude con sus tratamientos de diálisis en el domicilio) • Tratamientos de diálisis para pacientes hospitalizados (si usted es admitido como paciente hospitalizado en un hospital para recibir cuidados especiales) • Equipos y suministros para diálisis en el domicilio • Ciertos servicios de apoyo en el domicilio (por ejemplo, cuando sea necesario, visitas de técnicos en diálisis para verificar su diálisis en el domicilio, ayudar en situaciones de emergencia y revisar su equipo de diálisis y el suministro de agua) <p>Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos por su beneficio de medicamentos de la Parte B de Medicare. Para obtener información sobre la cobertura de los medicamentos de la Parte B, consulte la sección Medicamentos con Receta de la Parte B de Medicare.</p>	<p>\$0 de copago por beneficios cubiertos por Medicare.</p> <p>Estos servicios estarán cubiertos según se describe en las siguientes secciones:</p> <p>Consulte la sección Cuidado Hospitalario para Pacientes Hospitalizados.</p> <p>Consulte la sección Equipo Médico Duradero y Suministros Relacionados.</p> <p>Consulte la sección Cuidado de una Agencia de Asistencia Médica a Domicilio.</p> <p><i>Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización.</i></p>

Servicios para los que usted tiene cobertura	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Cuidado en un Centro de Enfermería Especializada (SNF) (cubierto por Medicare) (En el Capítulo 11 de este documento, puede encontrar una definición de cuidado en un centro de enfermería especializada [SNF].) Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o habitación privada si es médicamente necesaria) • Comidas, incluso dietas especiales • Servicios de enfermería especializada • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje • Medicamentos que se le administren como parte de su plan de cuidado (Esto incluye las sustancias que están naturalmente presentes en el cuerpo, como los factores de coagulación de la sangre.) • Sangre - incluso su almacenamiento y administración. La cobertura comienza con la primera pinta de sangre que usted necesita. • Suministros médicos y quirúrgicos que se proporcionan habitualmente en los centros de enfermería especializada • Pruebas de laboratorio que normalmente se realizan en los centros de enfermería especializada • Radiografías y otros servicios para radiología que normalmente se prestan en los centros de enfermería especializada • Uso de aparatos como sillas de ruedas, que normalmente se proporcionan en los centros de enfermería especializada • Servicios de un médico/profesional <p>No se requieren 3 días de estadía previa en el hospital. Generalmente, usted recibirá el cuidado en centros de enfermería especializada de la red. Sin embargo, en ciertos casos que se indican a continuación, usted podría recibir su cuidado en un centro que no sea un proveedor de la red, si el centro acepta lo que paga nuestro plan.</p>	<p>\$0 de copago cada día por los días 1 a 20 cubiertos por Medicare. \$0 de copago por días adicionales cubiertos por Medicare, hasta 100 días.</p> <p>Usted tiene cubierto hasta un máximo de 100 días por cada período de beneficios por los servicios para pacientes hospitalizados en un centro de enfermería especializada, según las pautas de Medicare.</p> <p>Un período de beneficios comienza el primer día en que usted ingresa como paciente hospitalizado en un hospital o en un centro de enfermería especializada cubiertos por Medicare. El período de beneficios termina cuando usted no ha sido un paciente hospitalizado en ningún hospital ni centro de enfermería especializada durante 60 días consecutivos. Si ingresa en un hospital (o en un centro de enfermería especializada) después de que haya terminado un período de beneficios, comienza un nuevo período de beneficios. El número de períodos de beneficios que usted puede tener es ilimitado.</p> <p><i>Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización.</i></p>

Servicios para los que usted tiene cobertura	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Cuidado en un Centro de Enfermería Especializada (SNF) (cubierto por Medicare) (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un asilo de convalecencia o un centro comunitario de cuidado continuo para jubilados en el que estaba viviendo justo antes de ir al hospital (siempre y cuando proporcione el cuidado de un centro de enfermería especializada). • Un Centro de Enfermería Especializada en el que está viviendo su cónyuge o pareja de unión libre en el momento en que usted deja el hospital. 	
<p> Tratamiento del tabaquismo (asesoramiento para dejar de fumar o de usar tabaco)</p> <p>Si usted usa tabaco, cubrimos dos intentos de dejar el tabaco con asesoramiento en un período de 12 meses como un servicio preventivo, sin costo para usted. Cada intento de asesoramiento incluye hasta cuatro visitas en persona.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible por los beneficios preventivos de tratamiento del tabaquismo cubiertos por Medicare.</p>
<p>Servicios de terapia del habla (cubiertos por TennCare)</p> <p>TennCare le cubre este cuidado. Medicare es primario.</p>	<p>\$0 de copago</p> <p><i>Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización.</i></p>

Servicios para los que usted tiene cobertura	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Terapia de Ejercicios Supervisada (SET)</p> <p>La Terapia de Ejercicios Supervisada está cubierta para miembros que tienen arteriopatía periférica (PAD) sintomática. Si se cumplen los requisitos del programa de Terapia de Ejercicios Supervisada, tienen cobertura hasta 36 sesiones en un período de 12 semanas.</p> <p>El programa de Terapia de Ejercicios Supervisada debe:</p> <ul style="list-style-type: none">• Consistir en sesiones que duren de 30 a 60 minutos y que incluyan un programa de entrenamiento con ejercicios terapéuticos para la arteriopatía periférica en pacientes con claudicación• Realizarse en un centro hospitalario para pacientes ambulatorios o en el consultorio de un médico• Ser prestado por el personal auxiliar calificado que sea necesario para asegurarse de que los beneficios excedan los riesgos y que esté capacitado en terapia de ejercicios para la arteriopatía periférica• Realizarse bajo la supervisión directa de un médico, un asistente médico o una enfermera especialista/un especialista en enfermería clínica que deben estar capacitados en técnicas de soporte vital básico y avanzado <p>Si un proveedor de cuidado de la salud la considera médicamente necesaria, es posible que la Terapia de Ejercicios Supervisada tenga cobertura más allá de 36 sesiones en un período de 12 semanas y se extienda a 36 sesiones adicionales durante un período de tiempo más prolongado.</p>	<p>\$0 de copago</p> <p><i>Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización.</i></p>

Servicios para los que usted tiene cobertura	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Transporte de Rutina (proporcionado por el plan)</p> <p>Información detallada de este beneficio:</p> <ul style="list-style-type: none">• Hasta 120 viajes en una sola dirección tienen cobertura cada año (limitados únicamente a transporte terrestre).• Los viajes deben ser desde o hacia sitios aprobados por el plan, tales como proveedores de la red, centros médicos, farmacias, servicios dentales de rutina, servicios para la vista, servicios para la audición, cuidado diurno para adultos, gimnasios y servicios quiroprácticos cubiertos por los beneficios de su plan para Personas con Necesidades Especiales que Tienen Elegibilidad Doble (D-SNP). Los sitios deben estar en el área de servicio del plan, a una distancia no mayor de 50 millas desde el sitio donde se recoge a la persona.• Usted es responsable de cualquier costo que se pase del límite de viajes.• Cada viaje en una sola dirección no debe exceder 50 millas de distancia en automóvil. Un viaje en una sola dirección cuenta como un viaje; un viaje de ida y vuelta cuenta como 2 viajes.• Los servicios de transporte se deben solicitar 72 horas antes de una cita de rutina programada.• Se permite un acompañante por cada viaje (el acompañante debe tener por lo menos 18 años).• Los viajes son de acera a acera.• Hay camionetas con acceso para sillas de ruedas disponibles, si se solicita.• Los conductores no tienen capacitación médica. En caso de una emergencia, llame al 911. El transporte de rutina no se debe usar para emergencias. <p>Este beneficio no cubre el transporte en:</p> <ul style="list-style-type: none">• Camilla <p>Para obtener más información, puede consultar la Hoja de Información sobre Proveedores en es.myuhc.com/CommunityPlan o llamar a Servicio al Cliente y pedir que le envíen una copia impresa.</p>	<p>Proveedor: Tennessee Carriers, Inc. \$0 de copago</p>

Servicios para los que usted tiene cobertura	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios requeridos de urgencia</p> <p>Los servicios requeridos de urgencia se prestan para tratar una enfermedad, una lesión o una condición médica imprevista que no es de emergencia, pero que requiere cuidado médico inmediato; sin embargo, dadas sus circunstancias, no es posible o no es razonable obtener servicios de proveedores de la red. Si no es razonable, dadas sus circunstancias, obtener inmediatamente el cuidado médico de un proveedor de la red, su plan cubrirá los servicios requeridos de urgencia de un proveedor fuera de la red. Los servicios deben ser de necesidad inmediata y médicamente necesarios. El plan debe cubrir los servicios requeridos de urgencia fuera de la red si, por ejemplo: Usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan y necesita servicios inmediatos médicamente necesarios para una condición imprevista, que no es una emergencia médica; o, dadas sus circunstancias, no es razonable obtener inmediatamente el cuidado médico de un proveedor de la red. En estos ejemplos, su plan cubrirá los servicios requeridos de urgencia de un proveedor fuera de la red. Los servicios cubiertos incluyen los servicios requeridos de urgencia recibidos en una clínica sin previa cita o en un centro de cuidado de urgencia.</p> <p>Cobertura mundial de servicios requeridos de urgencia cuando se necesitan servicios médicos inmediatamente debido a una enfermedad, una lesión o una condición que usted no esperaba ni anticipaba, y usted no puede esperar hasta regresar al área de servicio de nuestro plan para obtener servicios. Los servicios prestados por un dentista no tienen cobertura.</p>	<p>\$0 de copago por cada visita.</p> <p>\$0 de copago por la cobertura mundial de servicios requeridos de urgencia recibidos fuera de los Estados Unidos. Para obtener información sobre el reembolso de gastos por servicios mundiales, consulte la Sección 1 del Capítulo 6.</p>

Servicios para los que usted tiene cobertura	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Cuidado de la vista (cubierto por Medicare y con cobertura adicional proporcionada por el plan)</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de un médico para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones en los ojos para pacientes ambulatorios, incluido el tratamiento de la degeneración macular relacionada con la edad. Medicare Original no cubre exámenes de la vista de rutina (refracciones oculares) para anteojos/lentes de contacto. • Para las personas que están en alto riesgo de glaucoma, cubriremos un examen de glaucoma por año. Las personas en alto riesgo de glaucoma incluyen: personas con historial familiar de glaucoma, personas diabéticas, afroamericanos mayores de 50 años e hispanos estadounidenses mayores de 65 años. • Para personas diabéticas, el examen de detección de la retinopatía diabética está cubierto una vez por año. • Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluya la inserción de un lente intraocular (los pares de anteojos o lentes de contacto adicionales no están cubiertos por Medicare). (Si le realizan dos operaciones de cataratas por separado, usted no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía y comprar dos pares de anteojos después de la segunda cirugía.) Los anteojos cubiertos después de una cirugía de cataratas incluyen marcos y lentes estándar según lo definido por Medicare; las mejoras no están cubiertas (incluidos, entre otros, los marcos de lujo, los lentes de colores, los lentes progresivos o el revestimiento antirreflectante). 	<p>\$0 de copago por cada visita cubierta por Medicare.</p> <p>\$0 de copago por el examen de glaucoma cubierto por Medicare.</p> <p>\$0 de copago por un par de lentes de contacto o anteojos estándar cubiertos por Medicare después de una cirugía de cataratas.</p> <p><i>Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización para algunos servicios.</i></p>

Servicios para los que usted tiene cobertura	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Cuidado de la vista (cubierto por Medicare y con cobertura adicional proporcionada por el plan) (continuación)</p> <p>Examen de la vista de rutina: 1 examen de rutina (refracción ocular) cada año</p> <p>Artículos para la vista de rutina: 1 par de lentes/marcos y lentes de contacto cada año Usted es responsable de toda cantidad que exceda el crédito del plan para artículos para la vista. Para obtener más información, puede consultar la Hoja de Información sobre Proveedores en es.myuhc.com/CommunityPlan o llamar a Servicio al Cliente y pedir que le envíen una copia impresa.</p>	<p>Examen de la vista de rutina: Proveedor: MARCH® Vision Care \$0 de copago</p> <p>Artículos para la vista de rutina: Proveedor: MARCH® Vision Care \$0 de copago El plan paga hasta \$600 para la compra de lentes/marcos y lentes de contacto.</p>
<p>Servicios para la vista (cubiertos por TennCare)</p> <p>TennCare le cubre este cuidado con límites si usted es mayor de 21 años. Medicare es primario.</p> <p>Para los adultos mayores de 21 años, los servicios para la vista se limitan a la evaluación médica y el manejo de condiciones anormales y trastornos del ojo. El primer par de anteojos o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas está cubierto.</p>	<p>\$0 de copago</p>
<p> Visita preventiva Bienvenido a Medicare</p> <p>El plan cubre la visita preventiva Bienvenido a Medicare por única vez. La visita incluye una revisión de su salud, así como educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que usted necesita (incluidos ciertos exámenes de detección y vacunas), y referencias para recibir otro cuidado si fuera necesario. No incluye pruebas de laboratorio, pruebas de radiodiagnóstico ni pruebas de diagnóstico no radiológicas.</p> <p>Importante: Cubrimos la visita preventiva Bienvenido a Medicare solo durante los primeros 12 meses que usted tiene la Parte B de Medicare. Cuando haga su cita, informe al consultorio de su médico que desea programar su visita preventiva Bienvenido a Medicare.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible por la visita preventiva Bienvenido a Medicare.</p>

Beneficios Dentales de Rutina Cubiertos Incluidos con Su Plan:

Máximo anual: \$5,000

- En general, los servicios dentales preventivos y de rutina no están cubiertos por Medicare Original. Su Beneficio de Routine Dental de UnitedHealthcare proporciona cobertura para los servicios dentales preventivos y otros necesarios, tales como:
 - Exámenes
 - Limpiezas (Profilaxis, Mantenimiento Periodontal y Limpiezas Profundas)
 - Empastes Dentales
 - Coronas
 - Puentes
 - Tratamientos de Conducto Radicular
 - Dentaduras Postizas Parciales
 - Dentaduras Postizas Completas
 - Implantes
- El plan no cubre los procedimientos usados por razones exclusivamente estéticas (blanqueo dental, carillas dentales, remodelación gingival), la ortodoncia, los mantenedores de espacio, el impuesto sobre las ventas, los cargos por no asistir a las citas, la administración de casos dentales, los cargos dentales relacionados con la COVID-19 (pruebas de detección, exámenes y vacunas), ni los procedimientos no especificados según indique el informe. Una vez que se agote el máximo anual, los cargos restantes serán su responsabilidad. A continuación, se indican otras limitaciones y exclusiones.
- Este plan dental ofrece acceso a la robusta Red Dental Nacional de Medicare Advantage de UnitedHealthcare. Los dentistas de la red han convenido prestar servicios a una tarifa negociada. Si consulta a un dentista de la red, no pueden facturarle más que esa tarifa por los servicios cubiertos dentro de las limitaciones del plan. Toda tarifa asociada con servicios sin cobertura es su responsabilidad.
- Si necesita ayuda para buscar un proveedor, use la herramienta de búsqueda de proveedores dentales en es.myuhc.com/CommunityPlan. También puede llamar al **1-800-690-1606** para recibir ayuda para buscar un proveedor o programar una cita dental.
- Este plan dental ofrece cobertura dental tanto dentro como fuera de la red, y todos los servicios cubiertos tienen \$0 de copago. Los dentistas fuera de la red no tienen un contrato para aceptar el pago del plan como pago total, por lo que podrían cobrarle más de lo que paga el plan, incluso por los servicios que tienen \$0 de copago. Por lo tanto, consultar a un proveedor de la robusta red dental puede suponerle un ahorro sustancial. Los beneficios recibidos fuera de la red están sujetos a los beneficios máximos, limitaciones o exclusiones de los servicios dentro de la red.
- Algunos servicios cubiertos pueden tener en cuenta el historial dental y los procedimientos anteriores junto con las limitaciones de frecuencia. Si desea consultar información detallada sobre su plan con su dentista, puede encontrarla en la guía de referencia rápida de UnitedHealthcare Dental Medicare en uhcmedicaredentalproviderqrg.com.

- Cuando recibe servicios dentales cubiertos de un dentista dentro de la red, este presentará el reclamo en nombre de usted. Cuando consulta a un dentista fuera de la red, a menudo el dentista presenta un reclamo en nombre de usted. Si el dentista no lo hace, usted puede seguir las instrucciones que se indican a continuación para presentarlo directamente:
 - El reclamo presentado debe contener la siguiente información:
 - Nombre completo del miembro y número de ID de miembro
 - Nombre completo y dirección del proveedor
 - Lista de los servicios dentales prestados con los códigos correspondientes de la American Dental Association (ADA)
 - Comprobante de pago, tal como un recibo, una copia del cheque, una Explicación de Beneficios o un resumen de cuenta del proveedor que muestre un pago positivo por los servicios prestados
 - Envíe por correo toda la información de reclamos en un plazo no mayor de 365 días a partir de la fecha del servicio a: **P.O. Box 5290, Kingston, NY 12402-5290**
 - El pago se enviará a la dirección que aparezca en su cuenta. Para actualizar su dirección o recibir ayuda para presentar reclamos, comuníquese con Servicio al Cliente al **1-800-690-1606, TTY 711**.
 - Los reclamos se pagan en un plazo no mayor de 30 días y se enviará una Explicación de Pago (Explanation of Payment, EOP) junto con el cheque de pago
- Los dentistas pueden pedirle que firme un documento de consentimiento informado que detalle los riesgos, los beneficios y los costos de todos los tratamientos recomendados, así como las alternativas a estos. Si usted desea obtener más información sobre la relación entre la cobertura de su plan dental y el tratamiento dental propuesto y sus costos, puede pedir a su dentista que solicite a UnitedHealthcare Dental un cálculo del costo previo al tratamiento. Si el proveedor tiene preguntas sobre cómo obtener esta información, puede comunicarse con UnitedHealthcare Dental a través del teléfono o sitio web que se indican en la parte de atrás de su tarjeta de ID de miembro.
- Si tiene otras preguntas o desea obtener más información, llame al **1-800-690-1606, TTY 711**, o visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**

Exclusiones:

1. Servicios prestados por un dentista fuera de la red si su plan no tiene cobertura fuera de la red.
2. Servicios dentales que no son necesarios.
3. Hospitalización u otros cargos de un centro.
4. Todo procedimiento dental que se realice únicamente por razones cosméticas o estéticas.
5. Todo procedimiento dental que no esté directamente asociado con una enfermedad dental.
6. Todo procedimiento que no se realice dentro de un centro dental.
7. Cirugía reconstructiva de cualquier tipo, incluso la cirugía reconstructiva relacionada con una enfermedad o lesión dental, o una anomalía dental congénita.

8. Procedimientos que se consideren experimentales, de investigación o no comprobados. Esto incluye regímenes farmacológicos no aceptados por el Consejo sobre Terapéutica Dental de la American Dental Association. El hecho de que un servicio, tratamiento, dispositivo o régimen farmacológico experimental, de investigación o no comprobado sea el único tratamiento disponible para una condición en particular no implica que tendrá cobertura si el procedimiento se considera experimental, de investigación o no comprobado para el tratamiento de esa condición en particular.
9. Servicios por lesiones o condiciones cubiertas por las leyes del Seguro de Accidentes Laborales o de responsabilidad civil del empleador, y servicios que se prestan sin costo a las personas cubiertas de parte de una municipalidad, un condado u otra subdivisión política. Esta exclusión NO se aplica a ningún servicio cubierto por Medicaid o por Medicare.
10. Los gastos de los procedimientos dentales que comenzaron antes de que la persona cubierta cumpliera los requisitos del plan.
11. Servicios dentales prestados (incluso los servicios dentales cubiertos de otra manera) después de la fecha en que termina la cobertura individual de la póliza, incluso los servicios dentales para las condiciones dentales que surgieron antes de la fecha en que termina la cobertura individual de la póliza.
12. Servicios prestados por un proveedor con la misma residencia legal que la persona cubierta o que sea un familiar de la persona cubierta, como un cónyuge, una pareja de unión libre, hermanos, padres o hijos.
13. Cargos por no asistir a una cita programada sin avisar al consultorio dental con 24 horas de anticipación, por impuesto sobre las ventas o por duplicar o copiar los registros del paciente.
14. Blanqueo dental o microabrasión del esmalte
15. Carillas dentales
16. Ortodoncia
17. Liberación sostenida de medicamento terapéutico
18. Servicios relacionados con la COVID-19: pruebas de detección, exámenes y vacunas
19. Cargos relacionados con la administración de casos dentales, la presentación de casos, la consulta con otros profesionales médicos o los servicios de traducción o de lenguaje de señas.
20. Mantenedores de Espacio
21. Cualquier procedimiento no especificado según indique el informe (Códigos dentales: D###99)

Exención de Responsabilidad: Los planes de tratamiento y los procedimientos dentales recomendados pueden variar. Hable con su dentista sobre las opciones de tratamiento, los riesgos, los beneficios y las tarifas. La American Dental Association publica cambios en los códigos de Terminología Dental Actual (Current Dental Terminology, CDT) anualmente. Los códigos de procedimientos pueden cambiar durante el año del plan según la discontinuación de ciertos códigos dentales.

Sección 2.2 Programas de Apoyos y Servicios a Largo Plazo de TennCare

CHOICES

¿Qué es CHOICES?

TennCare CHOICES de Apoyos y Servicios a Largo Plazo (o CHOICES para abreviar) es para adultos (mayores de 21 años) con una discapacidad física y adultos de edad avanzada (mayores de 65 años). CHOICES ofrece servicios para ayudar a una persona a vivir en su propio domicilio o en la comunidad. Estos servicios se llaman Servicios a Domicilio y en la Comunidad (**Home and Community Based Services, HCBS**). Estos servicios se pueden prestar en el domicilio, en el trabajo o en la comunidad para ayudar a las personas con las actividades de la vida diaria y permitirles que trabajen y participen activamente en su comunidad local. CHOICES también proporciona cuidado dentro de un asilo de convalecencia si es necesario.

Para obtener más información sobre el programa, consulte la Parte 2 de la Guía para Miembros de TennCare. Para obtener más información sobre sus beneficios de TennCare, consulte la Parte 3 de la Guía para Miembros de TennCare.

Sección 3 ¿Qué servicios están cubiertos fuera de UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP)?

Sección 3.1 Servicios que no cubre UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP)

Para conocer los servicios que no cubre UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP), pero que están disponibles a través de TennCare, consulte su Guía para Miembros de TennCare.

Sección 4 ¿Qué servicios no cubre el plan?

Sección 4.1 Servicios que no cubre el plan (exclusiones)

Esta sección le indica los servicios que están excluidos por Medicare.

La tabla a continuación describe algunos servicios y artículos que no cubre Medicare en ningún caso, o que cubre Medicare solo en ciertos casos específicos.

Si usted recibe servicios que están excluidos (sin cobertura), debe pagarlos, excepto en los casos específicos que se indican a continuación. Aunque reciba los servicios excluidos en un centro de emergencias, los servicios excluidos no están cubiertos y nuestro plan no los pagará. La única excepción es si el servicio se apela y se decide, tras la apelación, que es 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 la Sección 6.3 del Capítulo 8 de este documento.)

Servicios que no cubre Medicare ni Medicaid	Servicios que no tienen cobertura en ningún caso	Servicios que tienen cobertura solo en ciertos casos específicos
Acupuntura (cubierta por Medicare)		<ul style="list-style-type: none"> • Disponible para personas con dolor lumbar crónico en determinadas circunstancias.
Ningún cuidado que no sea de emergencia recibido fuera de los Estados Unidos y sus territorios.	Servicios que no tienen cobertura en ningún caso.	
Cirugía o procedimientos estéticos.		<ul style="list-style-type: none"> • Con cobertura en casos de lesiones accidentales o para mejorar la función de una parte deformada del cuerpo. • Con cobertura para todas las etapas de la reconstrucción de un seno después de una mastectomía, así como del seno no afectado para lograr una apariencia simétrica.
Cuidado de custodia. (Cuidado que ayuda con actividades de la vida diaria que no requieren capacitación ni habilidades profesionales, por ejemplo, bañarse y vestirse.) El cuidado de custodia es cuidado personal que no requiere la atención continua de personal médico ni paramédico capacitado, por ejemplo, el cuidado que le ayuda con actividades de la vida diaria, como bañarse o vestirse.	Servicios que no tienen cobertura en ningún caso.	

Servicios que no cubre Medicare ni Medicaid	Servicios que no tienen cobertura en ningún caso	Servicios que tienen cobertura solo en ciertos casos específicos
<p>Histerectomía, ligadura de trompas o vasectomía electivas, si la indicación primaria para estos procedimientos es la esterilización. Reversión de procedimientos de esterilización, dispositivos de vacío para disfunción eréctil o suministros anticonceptivos sin receta.</p>	<p>Servicios que no tienen cobertura en ningún caso.</p>	
<p>Equipos o suministros que acondicionen el aire, almohadillas térmicas, bolsas de agua caliente, pelucas y su cuidado, medias de compresión y otros equipos que no sean principalmente médicos.</p>	<p>Servicios que no tienen cobertura en ningún caso.</p>	
<p>Procedimientos médicos y quirúrgicos, equipos y medicamentos experimentales. Los procedimientos y artículos experimentales son aquellos artículos y procedimientos que Medicare Original ha determinado que, por lo general, no son aceptados por la comunidad médica.</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Es posible que Medicare Original los cubra en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o que nuestro plan los cubra. (Consulte la Sección 5 del Capítulo 3 para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica.)
<p>Cargos que cobren sus familiares inmediatos o miembros de su núcleo familiar por su cuidado.</p>	<p>Servicios que no tienen cobertura en ningún caso.</p>	
<p>Cuidado de enfermería a tiempo completo en su domicilio.</p>	<p>Servicios que no tienen cobertura en ningún caso.</p>	

Servicios que no cubre Medicare ni Medicaid	Servicios que no tienen cobertura en ningún caso	Servicios que tienen cobertura solo en ciertos casos específicos
Servicios domésticos, que incluyen ayuda básica en el domicilio, como la limpieza liviana o la preparación de comidas sencillas.		(Según se describe específicamente en la Tabla de Beneficios Médicos de este capítulo.)
Vacunas para viajes al extranjero.	Servicios que no tienen cobertura en ningún caso.	
Servicios de laboratorio o para radiología prestados con fines de detección o en ausencia de una enfermedad o síntomas.		(Según se describe específicamente en la Tabla de Beneficios Médicos de este capítulo.)
Servicios de naturopatía (que usan tratamientos alternativos o naturales).		(Según se describe específicamente en la Tabla de Beneficios Médicos de este capítulo.)
Funciones o accesorios opcionales, adicionales o de lujo para equipo médico duradero, aparatos correctivos o prótesis que son principalmente para la comodidad o la conveniencia del miembro, o para trasladarse principalmente dentro de la comunidad, que incluyen, entre otros, la remodelación o la modificación en el domicilio y del automóvil, y equipos de ejercicio.	Servicios que no tienen cobertura en ningún caso.	

Servicios que no cubre Medicare ni Medicaid	Servicios que no tienen cobertura en ningún caso	Servicios que tienen cobertura solo en ciertos casos específicos
<p>Zapatos ortopédicos o dispositivos de apoyo para los pies.</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Zapatos que forman parte de una abrazadera ortopédica para la pierna y que se incluyen en el costo de dicha abrazadera. Zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con enfermedad de pie diabético. <p>(Según se describe específicamente en la Tabla de Beneficios Médicos de este capítulo.)</p>
<p>Servicio paramédico móvil (soporte vital avanzado proporcionado por una entidad de servicios para emergencias, como una unidad de servicios paramédicos, que no proporciona transporte en ambulancia)</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Los servicios solamente tienen cobertura si la dirección donde la ambulancia pasa a buscar al paciente se encuentra en las zonas rurales de New York y se cumplen las condiciones correspondientes. Los miembros son responsables de todos los costos del servicio paramédico móvil en los que se incurra fuera de las zonas rurales de New York.
<p>Artículos personales en su habitación en un hospital o en un centro de enfermería especializada, como un teléfono o un televisor.</p>	<p>Servicios que no tienen cobertura en ningún caso.</p>	

Servicios que no cubre Medicare ni Medicaid	Servicios que no tienen cobertura en ningún caso	Servicios que tienen cobertura solo en ciertos casos específicos
Habitación privada en un hospital.		<ul style="list-style-type: none"> • Con cobertura solamente cuando son médicamente necesarios
Solicitudes de pago (pedir al plan que pague la parte que le corresponde de los costos) de medicamentos cubiertos enviadas 36 meses después de haber surtido su receta.	Servicios que no tienen cobertura en ningún caso.	
Servicios de cuidado dental de rutina Revise los beneficios en la sección Servicios Dentales en la tabla anterior.		
Servicios que no se consideran razonables y necesarios, según las normas de Medicare Original.	Servicios que no tienen cobertura en ningún caso.	
Desintoxicación y rehabilitación del abuso de sustancias.		<ul style="list-style-type: none"> • Tal como estén cubiertos según las pautas de Medicare.

Servicios que no cubre Medicare ni Medicaid	Servicios que no tienen cobertura en ningún caso	Servicios que tienen cobertura solo en ciertos casos específicos
<p>Para trasplantes: entre los artículos sin cobertura, se incluyen los que se indican a continuación.</p> <p>Para transporte:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alquiler, compra o mantenimiento/ reparación de vehículos • Servicio de auxilio mecánico (asistencia en la carretera) • Gasolina • Viajes en ambulancia terrestre o aérea (podrían estar cubiertos por su beneficio médico). • Viajes terrestres o aéreos no relacionados con citas médicas • Tarifas de estacionamiento incurridas en otro lugar que no sea el alojamiento o el hospital <p>Para alojamiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Depósitos • Servicios públicos (si se facturan aparte del pago del alquiler) • Llamadas por teléfono, periódicos, alquiler de películas y tarjetas de regalo • Gastos de alojamiento cuando se hospede con un familiar o amigo • Comidas 	<p>Servicios que no tienen cobertura en ningún caso.</p>	

Capítulo 5

Cómo usar la cobertura del plan
para obtener medicamentos con
receta de la Parte D



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

Dado que cumple los requisitos de TennCare (Medicaid), usted califica para el programa “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos con receta, y lo está recibiendo. Debido a esto, **parte de la información de esta Evidencia de Cobertura sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D no se aplica a su caso.**

Sección 1 Introducción

Este capítulo **explica las reglas para usar su cobertura de medicamentos de la Parte D.**

Consulte el Capítulo 4 para obtener información sobre los beneficios de medicamentos de la Parte B de Medicare y los beneficios de medicamentos relacionados con cuidados paliativos.

Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, usted tiene algunos medicamentos con receta cubiertos por sus beneficios de Medicaid. Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos con receta conforme a sus beneficios de Medicaid, puede comunicarse con TennCare (Medicaid), cuya información de contacto se encuentra en el Capítulo 2 de este documento. Es posible que TennCare (Medicaid) también pueda proporcionarle una “Lista de Medicamentos” de Medicaid que le indique cómo saber qué medicamentos están cubiertos por Medicaid.

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

Generalmente, el plan cubrirá sus medicamentos siempre y cuando usted siga estas reglas básicas:

- Un proveedor (un médico, un dentista u otro profesional que receta) debe emitirle una receta, que debe ser válida conforme a la ley estatal vigente.
- El profesional que le receta no debe estar en las Listas de Proveedores Excluidos o Proveedores Inhabilitados de Medicare.
- Por lo general, usted debe usar una farmacia de la red para surtir su receta. (Consulte la Sección 2, **Surta sus recetas en una farmacia de la red o a través del servicio de pedidos por correo del plan.**)
- Su medicamento debe estar en la **Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)** del plan (para abreviar, la llamamos “Lista de Medicamentos”). (Consulte la Sección 3, **Sus medicamentos deben estar en la “Lista de Medicamentos” del plan.**)
- Su medicamento se debe usar para una indicación médicamente aceptada. Una “indicación médicamente aceptada” es un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o que está respaldado por fuentes de referencia específicas. (Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada.)

Sección 2 Surta sus recetas en una farmacia de la red o a través del servicio de pedidos por correo del plan

Sección 2.1 Use una farmacia de la red

En la mayoría de los casos, sus medicamentos con receta tienen cobertura **solamente** si se surten en las farmacias de la red del plan. (Consulte la Sección 2.5 para obtener información sobre los casos en que cubriríamos las recetas surtidas en farmacias fuera de la red.)

Una farmacia de la red es una farmacia que tiene un contrato con el plan para proporcionarle sus medicamentos con receta cubiertos. El término medicamentos cubiertos se refiere a todos los medicamentos con receta de la Parte D que están en la “Lista de Medicamentos” del plan.

Sección 2.2 Farmacias de la red

¿Cómo puede buscar una farmacia de la red en su área?

Para buscar una farmacia de la red, puede consultar su **Directorio de Farmacias**, visitar nuestro sitio web (es.myuhc.com/CommunityPlan) o llamar a Servicio al Cliente.

Puede visitar cualquiera de las farmacias de nuestra red.

¿Qué debe hacer si la farmacia que ha estado usando deja la red?

Si la farmacia que ha estado usando deja la red del plan, usted tendrá que buscar una nueva farmacia que esté dentro de la red. Para buscar otra farmacia en su área, puede recibir ayuda de Servicio al Cliente o usar el **Directorio de Farmacias**. También puede encontrar información en nuestro sitio web en es.myuhc.com/CommunityPlan.

¿Qué puede hacer si necesita una farmacia especializada?

Algunas recetas se deben surtir en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen:

- Farmacias que suministran medicamentos para terapia de infusión a domicilio.
- Farmacias que suministran medicamentos para residentes de un centro de cuidado a largo plazo (long-term care, LTC). Por lo general, un centro de cuidado a largo plazo (por ejemplo, un asilo de convalecencia) tiene su propia farmacia. Si usted tiene alguna dificultad para acceder a sus beneficios de la Parte D en un centro de cuidado a largo plazo, comuníquese con Servicio al Cliente.
- Farmacias que prestan servicios para el Programa de Servicio de Salud Indígena, Tribal o Indígena Urbano (no disponible en Puerto Rico). Excepto en situaciones de emergencia, solamente los nativos americanos de Estados Unidos o los nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias dentro de nuestra red.
- Farmacias que suministran medicamentos que están restringidos por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) a ciertos sitios o que requieren un manejo especial, coordinación de los proveedores o educación sobre su uso. (Nota: Esta situación es poco frecuente.)

Para buscar una farmacia especializada, consulte su **Directorio de Farmacias** o llame a Servicio al Cliente.

Sección 2.3 Cómo usar el servicio de pedidos por correo del plan

El servicio de pedidos por correo de nuestro plan le permite pedir un **suministro de hasta 90 días**.

Para obtener formularios de pedido e información sobre cómo surtir sus recetas por correo, comuníquese con OptumRx al **1-877-889-5802** o con Servicio al Cliente del plan al número que se encuentra en la parte de atrás de la tarjeta de ID, o visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

Generalmente, un pedido a una farmacia de pedidos por correo le llegará en un máximo de 10 días hábiles. Sin embargo, a veces su pedido por correo podría demorarse. Si su pedido por correo se demora, siga estos pasos: Si su receta está registrada en su farmacia local, visite su farmacia para surtir la receta. Si la receta demorada no está registrada en su farmacia local, pídale a su médico que llame al farmacéutico y autorice una nueva receta. O su farmacéutico puede llamar al consultorio médico por usted para solicitar la receta. Su farmacéutico puede llamar al servicio de ayuda para Farmacias al **1-877-889-6510**, (TTY **711**), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, si tiene algún problema, pregunta o inquietud, o si necesita anular un reclamo por una receta demorada.

Nuevas recetas que la farmacia recibe directamente del consultorio médico.

La farmacia automáticamente surtirá las nuevas recetas que reciba de proveedores de cuidado de la salud y le entregará los medicamentos, sin consultar primero con usted, si:

- Anteriormente, usted usó servicios de pedidos por correo de este plan, o
- Se inscribe en la entrega automática de todas las recetas nuevas recibidas directamente de proveedores de cuidado de la salud. Usted puede solicitar la entrega automática de todas las recetas nuevas en cualquier momento, por teléfono o por correo.

Si recibe un medicamento con receta automáticamente por correo que no desea y no se comunicaron con usted para saber si lo deseaba antes de enviarlo, es posible que cumpla los requisitos para recibir un reembolso.

Si anteriormente usted usó una farmacia de pedidos por correo y no desea que la farmacia automáticamente surta cada nueva receta y le envíe los medicamentos, comuníquese con nosotros por teléfono o por correo.

Si nunca usó nuestro servicio de entrega de pedidos por correo o si decide cancelar el surtido automático de las nuevas recetas, la farmacia se comunicará con usted cada vez que reciba una nueva receta de un proveedor de cuidado de la salud para saber si usted desea que se surta y se le envíe el medicamento inmediatamente. Es importante que usted responda cada vez que la farmacia se comunique con usted para indicar si deben enviar, demorar o cancelar la nueva receta.

Resurtidos de recetas surtidas en una farmacia de pedidos por correo. Para los resurtidos de sus medicamentos, usted tiene la opción de inscribirse en un programa de resurtidos automáticos. En este programa, comenzaremos a procesar su próximo resurtido automáticamente cuando nuestros registros indiquen que se le debería estar por acabar su medicamento. La farmacia se

comunicará con usted antes de enviarle cada resurtido para asegurarse de que usted necesite más medicamento, y usted puede cancelar los resurtidos programados si tiene suficiente cantidad de su medicamento o si le cambiaron el medicamento. Si decide no usar nuestro programa de resurtido automático, pero igualmente desea que la farmacia de pedidos por correo le envíe su medicamento con receta, comuníquese con su farmacia 10 días antes de que se agote su medicamento con receta actual. Esto asegurará que su pedido se envíe a tiempo.

Si no desea participar en nuestro programa que automáticamente prepara los resurtidos de pedidos por correo, comuníquese con la farmacia de pedidos por correo.

Si recibe automáticamente por correo un resurtido que no desea, es posible que cumpla los requisitos para recibir un reembolso.

Sección 2.4 ¿Cómo puede obtener un suministro a largo plazo de medicamentos?

El plan ofrece dos maneras de obtener un suministro a largo plazo (también llamado suministro extendido) de medicamentos de mantenimiento de la “Lista de Medicamentos” de nuestro plan. (Los medicamentos de mantenimiento son los medicamentos que usted toma con regularidad debido a una condición médica crónica o a largo plazo.)

1. Algunas farmacias minoristas dentro de nuestra red le permiten obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Su **Directorio de Farmacias** le indica las farmacias dentro de nuestra red que pueden darle un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Para obtener más información, también puede llamar a Servicio al Cliente.
2. También puede recibir medicamentos de mantenimiento a través de nuestro programa de pedidos por correo. Para obtener más información, consulte la Sección 2.3.

Sección 2.5 ¿Cuándo puede usar una farmacia que no está dentro de la red del plan?

Su medicamento con receta puede estar cubierto en ciertas situaciones

Por lo general, cubrimos los medicamentos surtidos en una farmacia fuera de la red **solamente** cuando usted no puede usar una farmacia de la red. Para ayudarle, contamos con farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio donde usted puede surtir sus recetas como miembro de nuestro plan. **Primero consulte a Servicio al Cliente** para saber si hay una farmacia de la red cercana. Lo más probable es que deba pagar la diferencia entre lo que paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia dentro de la red.

Las siguientes son las circunstancias en las que cubriríamos recetas surtidas en una farmacia fuera de la red:

- **Medicamentos con receta para una Emergencia Médica**

Cubriremos las recetas que se surtan en una farmacia fuera de la red si las recetas están relacionadas con el cuidado de una emergencia médica o el cuidado requerido de urgencia, y los medicamentos están incluidos en nuestro Formulario sin restricciones y no están excluidos de la cobertura de la Parte D de Medicare.

- **Cobertura cuando está de viaje o fuera del área de servicio**

Si usted toma un medicamento con receta con regularidad y va a realizar un viaje, asegúrese de verificar el suministro del medicamento antes de salir. Cuando sea posible, lleve con usted todos los medicamentos que necesitará. Es posible que pueda pedir sus medicamentos con receta con anticipación a través de la farmacia preferida con servicio de medicamentos por correo de nuestra red o a través de otras farmacias de nuestra red. Comuníquese con Servicio al Cliente para saber cómo pedir sus medicamentos con receta con anticipación.

- Si no le es posible obtener oportunamente un medicamento cubierto dentro del área de servicio debido a que no hay una farmacia de la red con servicio las 24 horas dentro de una distancia razonable para ir en automóvil.
- Si está tratando de surtir un medicamento con receta que no está disponible regularmente en una farmacia de pedidos por correo ni en una farmacia minorista accesible de la red (incluso los medicamentos de alto costo y muy especiales).
- Si necesita un medicamento con receta mientras es paciente en un Departamento de Emergencias, en una clínica donde atiende un proveedor, en un centro de cirugía para pacientes ambulatorios o en otro centro para pacientes ambulatorios.

¿Cómo pide un reembolso del plan?

Si debe usar una farmacia fuera de la red, generalmente tendrá que pagar el costo total en el momento en que surta su receta. Puede pedirnos que le hagamos un reembolso. (La Sección 2.1 del Capítulo 6 explica cómo pedir al plan que le haga un reembolso.)

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

Sección 3.1 La “Lista de Medicamentos” indica los medicamentos de la Parte D que están cubiertos

El plan tiene una **Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)**. En esta **Evidencia de Cobertura, la llamamos “Lista de Medicamentos” para abreviar.**

El plan elige los medicamentos de esta lista con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista cumple los requisitos de Medicare y ha sido aprobada por Medicare.

La “Lista de Medicamentos” incluye los medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare. Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, usted tiene algunos medicamentos con receta cubiertos por sus beneficios de Medicaid. Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos con receta conforme a sus beneficios de Medicaid, puede comunicarse con TennCare (Medicaid), cuya información de contacto se encuentra en el Capítulo 2 de este documento. Es posible que TennCare (Medicaid) también pueda proporcionarle una Lista de Medicamentos de Medicaid que le indique cómo saber qué medicamentos están cubiertos por Medicaid.

Generalmente, cubriremos un medicamento de la “Lista de Medicamentos” del plan siempre y cuando usted siga las demás reglas de cobertura que se explican en este capítulo y el uso del medicamento sea una indicación médicamente aceptada. Una indicación médicamente aceptada es un uso del medicamento que cumple **una** de las siguientes condiciones:

- Está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos para el diagnóstico o la condición para los que se receta.
- **o** — cuenta con el respaldo de ciertas referencias, como American Hospital Formulary Service Drug Information y DRUGDEX Information System.

La Lista de Medicamentos incluye tanto medicamentos genéricos como de marca

Un medicamento de marca es un medicamento con receta que se vende bajo una marca comercial que es propiedad del fabricante del medicamento. Los medicamentos de marca que son más complejos que los típicos (por ejemplo, los que se basan en una proteína) se llaman productos biológicos. En la “Lista de Medicamentos”, cuando nos referimos a “medicamentos”, puede significar un medicamento o un producto biológico.

Un medicamento genérico es un medicamento con receta que contiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Generalmente, los genéricos surten exactamente el mismo efecto que los medicamentos de marca y suelen costar menos. Hay medicamentos genéricos sustitutos disponibles para muchos medicamentos de marca.

¿Qué medicamentos no están en la “Lista de Medicamentos”?

El plan no cubre todos los medicamentos con receta.

- En algunos casos, las leyes no permiten que ningún plan de Medicare cubra ciertos tipos de medicamentos (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 7.1 de este capítulo).
- En otros casos, nosotros hemos decidido no incluir un medicamento en particular en la “Lista de Medicamentos”. En algunos casos, es posible que usted pueda obtener un medicamento que no esté en la lista de medicamentos. Para obtener más información, consulte el Capítulo 8.
- Es posible que los medicamentos cubiertos por TennCare (Medicaid) no estén incluidos en la “Lista de Medicamentos” de este plan. Si este plan no cubre un medicamento específico, consulte su Lista de Medicamentos de TennCare (Medicaid) para saber si el medicamento tiene cobertura.

Sección 3.2 ¿Cómo puede saber si un medicamento específico está en la “Lista de Medicamentos”?

Tiene cuatro maneras de saberlo:

1. Consultar la “Lista de Medicamentos” más reciente que proporcionamos electrónicamente.
2. Visitar el sitio web del plan (es.myuhc.com/CommunityPlan). La “Lista de Medicamentos” del sitio web siempre es la más actualizada.
3. Llamar a Servicio al Cliente para saber si un medicamento en particular está en la “Lista de Medicamentos” del plan o para pedir una copia de la lista.

- Usar la “Real-Time Benefit Tool” (Herramienta de Beneficios en Tiempo Real) del plan (para ello, visite es.myuhc.com/CommunityPlan o llame a Servicio al Cliente). Con esta herramienta, usted puede buscar medicamentos en la “Lista de Medicamentos” para saber si hay medicamentos alternativos que podrían tratar la misma condición.

Sección 4 Hay restricciones en la cobertura de algunos medicamentos

Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?

Para ciertos medicamentos con receta, hay reglas especiales que limitan cómo y cuándo el plan los cubre. Un equipo de médicos y farmacéuticos elaboró estas reglas para alentarles a usted y a su proveedor a usar los medicamentos de la manera más eficaz. Para saber si alguna de estas restricciones se aplica a un medicamento que usted toma o desea tomar, consulte la “Lista de Medicamentos”. Si un medicamento seguro y de menor costo surtirá exactamente el mismo efecto médico que un medicamento de mayor costo, las reglas del plan están diseñadas para alentarles a usted y a su proveedor a usar esa opción de menor costo.

Tenga en cuenta que, a veces, un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra “Lista de Medicamentos”. Esto se debe a que los mismos medicamentos pueden diferir según la concentración, la cantidad o la presentación del medicamento recetado por su proveedor de cuidado de la salud y se pueden aplicar diferentes restricciones o costos compartidos a las distintas versiones del medicamento (por ejemplo, 10mg o 100mg; uno por día o dos por día; en tabletas o líquido).

Sección 4.2 ¿Qué tipos de restricciones?

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

Si hay una restricción para su medicamento, generalmente significa que usted o su proveedor tendrán que tomar medidas adicionales para que lo cubramos. Comuníquese con Servicio al Cliente para saber qué deberían hacer usted o su proveedor para obtener la cobertura del medicamento. Si desea que no le apliquemos la restricción, deberá usar el proceso para decisiones de cobertura y solicitarnos que hagamos una excepción. Podemos aceptar o no su solicitud para no aplicarle la restricción. (Consulte el Capítulo 8)

Restricción a medicamentos de marca cuando hay una versión genérica disponible

Generalmente, un medicamento **genérico** surte el mismo efecto que un medicamento de marca y suele costar menos. **En la mayoría de los casos, si está disponible una versión genérica de un medicamento de marca, las farmacias de nuestra red le proporcionarán la versión genérica en lugar del medicamento de marca.** Sin embargo, si su proveedor nos ha informado la razón médica por la que el medicamento genérico no le surtirá efecto a usted **O** si ha escrito “No substitutions” (Sin sustitución) en su receta de un medicamento de marca **O** si nos ha informado la razón médica por la que ni el medicamento genérico ni otros medicamentos cubiertos que tratan la misma

condición le surtirán efecto, cubriremos el medicamento de marca. (Es posible que su parte del costo sea mayor por el medicamento de marca que por el medicamento genérico.)

Obtener la preaprobación del plan

Para ciertos medicamentos, usted o su proveedor deben obtener la aprobación del plan antes de que aceptemos cubrirlos. Esto se llama **preautorización**. Se implementa para garantizar la seguridad de los medicamentos y orientar el uso adecuado de ciertos medicamentos. Si usted no obtiene esta aprobación, es posible que el plan no cubra su medicamento.

Probar primero un medicamento diferente

Este requisito le alienta a probar medicamentos menos costosos, pero que, por lo general, surten exactamente el mismo efecto, antes de que el plan cubra otro medicamento. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma condición médica, y el medicamento A es menos costoso, es posible que el plan requiera que usted pruebe primero el medicamento A. Si el medicamento A no le surte efecto, el plan cubrirá el medicamento B. Este requisito de probar primero un medicamento diferente se llama **terapia escalonada**.

Límites de cantidad

Para ciertos medicamentos, limitamos la cantidad que usted puede obtener cada vez que surte su receta. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro tomar solo una píldora por día de cierto medicamento, podemos limitar la cobertura de su medicamento con receta a no más de una píldora por día.

¿Qué es un medicamento compuesto?

Un medicamento compuesto es uno que ha sido creado por un farmacéutico al mezclar o combinar ingredientes para crear un medicamento con receta personalizado según las necesidades de un paciente en particular.

¿Mi plan de la Parte D cubre los medicamentos compuestos?

Generalmente, los medicamentos compuestos están excluidos del formulario (es decir, no tienen cobertura) por su plan. Para que su medicamento compuesto tenga cobertura, es posible que usted tenga que solicitar y recibir una determinación de cobertura aprobada de parte nuestra. Los medicamentos compuestos pueden calificar para la Parte D si cumplen todos los requisitos siguientes:

1. Contienen al menos un ingrediente farmacológico aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos, o por los Compendios, y todos los ingredientes del medicamento compuesto (incluso la vía de administración propuesta) cuentan con el respaldo de los Compendios.
2. No contienen un ingrediente farmacológico excluido por la Parte D o no aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos, o por los Compendios
3. No contienen un ingrediente cubierto por la Parte B. (De lo contrario, es posible que el medicamento compuesto esté cubierto por la Parte B en lugar de la Parte D)
4. Son recetados para una indicación médicamente aceptada

La tabla a continuación explica los requisitos básicos para que un medicamento compuesto con 2 o más ingredientes esté o no cubierto conforme a las reglas de la Parte D, así como los posibles costos para usted.

Tipo de Medicamento Compuesto	Cobertura de Medicare
El medicamento compuesto contiene un ingrediente que cumple los requisitos de la Parte B	El medicamento compuesto está cubierto solamente por la Parte B
El medicamento compuesto contiene ingredientes que cumplen los requisitos de la cobertura de la Parte D y están aprobados para formular un medicamento compuesto	Una vez que se haya aprobado la determinación de cobertura, es posible que el medicamento compuesto esté cubierto por la Parte D
El medicamento compuesto contiene ingredientes que cumplen los requisitos de la cobertura de la Parte D y están aprobados para formular un medicamento compuesto, e ingredientes excluidos de la cobertura de la Parte D (por ejemplo, medicamentos sin receta, etc.)	Una vez que se haya aprobado la determinación de cobertura, es posible que el medicamento compuesto esté cubierto por la Parte D. Sin embargo, los ingredientes excluidos de la cobertura de la Parte D no estarán cubiertos y usted será responsable del costo de esos ingredientes
El medicamento compuesto contiene un ingrediente que no está aprobado o no cuenta con el respaldo para formular un medicamento compuesto	El medicamento compuesto no está cubierto por la Parte D. Usted es responsable del costo total

¿Qué tengo que pagar por un medicamento compuesto cubierto?

Un medicamento compuesto que cumple los requisitos de la Parte D podría requerir una determinación de cobertura aprobada para que esté cubierto por su plan.

Sección 5 ¿Qué puede hacer si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera que usted desea?

Sección 5.1 Hay ciertas cosas que usted puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera que usted desea

Puede suceder que un medicamento con receta que usted está tomando o uno que usted y su proveedor piensan que debería estar tomando no esté en nuestro formulario o esté en nuestro formulario con restricciones. Por ejemplo:

- El medicamento podría no tener ninguna cobertura. O es posible que una versión genérica del medicamento esté cubierta, pero que la versión de marca que usted desea tomar no.

- El medicamento está cubierto, pero hay reglas o restricciones adicionales para la cobertura de ese medicamento, según lo explicado en la Sección 4.
- Hay ciertas cosas que usted puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera que usted desea.
- Si su medicamento no está en la Lista de Medicamentos o si su medicamento tiene alguna restricción, consulte la Sección 5.2 para saber lo que puede hacer.

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

Si su medicamento no está en la Lista de Medicamentos o tiene alguna restricción, estas son las opciones:

- Es posible que pueda obtener un suministro temporal del medicamento.
- Puede cambiar el medicamento por otro.
- Puede solicitar una excepción y pedir al plan que cubra el medicamento o que elimine las restricciones al medicamento.

Es posible que pueda obtener un suministro temporal

En determinadas circunstancias, el plan debe proporcionar un suministro temporal de un medicamento que usted ya está tomando. Este suministro temporal le da tiempo para hablar con su proveedor sobre el cambio en la cobertura y decidir qué hacer.

A fin de cumplir los requisitos para obtener un suministro temporal, el medicamento que ha estado tomando **ya no debe estar en la “Lista de Medicamentos” del plan O ahora tiene algún tipo de restricción.**

- **Si usted es un nuevo miembro**, cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros 90 días de su membresía en el plan.
- **Si usted estuvo en el plan el año pasado**, cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros 90 días del año calendario.
- **Para aquellos miembros que han estado en el plan durante más de 90 días, viven en un centro de cuidado a largo plazo (LTC) y necesitan un suministro de inmediato:** Cubriremos un suministro de emergencia de un medicamento en particular de 31 días o menos si su receta indica menos días. Este es un suministro adicional al suministro temporal indicado anteriormente.
- **Para aquellos miembros actuales con cambios en el nivel de cuidado:** Podrían ocurrir transiciones imprevistas en cualquier momento, como altas del hospital (incluidos los hospitales psiquiátricos) o cambios en el nivel de cuidado (es decir, cambiar de centro de cuidado a largo plazo, ingresar a un centro de cuidado a largo plazo y salir de uno, terminar la cobertura de la Parte A dentro de un centro de enfermería especializada o terminar la cobertura de cuidados paliativos y volver a la cobertura de Medicare). Si le recetan un medicamento que no está en nuestra Lista de Medicamentos o sus posibilidades de obtener sus medicamentos están restringidas de alguna manera, debe usar el proceso de excepción

del plan. Para la mayoría de los medicamentos, puede pedir un suministro temporal por única vez de al menos 30 días que le permita tener tiempo para analizar tratamientos alternativos con su médico o solicitar una excepción a la Lista de Medicamentos (formulario). Si su médico le emite su receta por menos días, usted puede resurtir el medicamento hasta que haya recibido un suministro de al menos 30 días.

Si tiene preguntas sobre un suministro temporal, llame a Servicio al Cliente.

Mientras esté usando un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se le acabe el suministro temporal. Tiene dos opciones:

1) Puede cambiar el medicamento por otro

Hable con su proveedor sobre si hay un medicamento diferente cubierto por el plan que pueda surtirle exactamente el mismo efecto. Puede llamar a Servicio al Cliente para pedir una lista de los medicamentos cubiertos que tratan la misma condición médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a buscar un medicamento cubierto que podría surtirle efecto.

2) Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitar al plan que haga una excepción y cubra el medicamento de la manera que usted desea. Si su proveedor indica que usted tiene razones médicas que justifican solicitarnos una excepción, este puede ayudarle a solicitar una excepción. Por ejemplo, puede pedir al plan que cubra un medicamento, aunque no esté en la Lista de Medicamentos del plan. O puede solicitar al plan que haga una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.

Si usted actualmente es miembro y un medicamento que está tomando se quitará del formulario o tendrá algún tipo de restricción el próximo año, le informaremos sobre cualquier cambio antes del nuevo año. Usted puede solicitar una excepción antes del próximo año y le daremos una respuesta en un plazo no mayor de 72 horas después de que recibamos su solicitud (o la declaración de respaldo del profesional que le receta). Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura antes de que el cambio entre en vigencia.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, la Sección 7.4 del Capítulo 8 le indica lo que deben hacer. Explica los procedimientos y los plazos establecidos por Medicare para garantizar que su solicitud se tramite rápidamente y de manera justa.

Sección 6 ¿Qué sucede si cambia la cobertura de uno de sus medicamentos?

Sección 6.1 La Lista de Medicamentos puede cambiar durante el año

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos ocurre al principio de cada año (el 1 de enero). Sin embargo, durante el año, el plan puede hacer algunos cambios en la “Lista de Medicamentos”. Por ejemplo, el plan podría:

- **Agregar o quitar medicamentos de la “Lista de Medicamentos”.**
- **Agregar o eliminar una restricción a la cobertura de un medicamento.**

- **Reemplazar un medicamento de marca por una versión genérica del medicamento.**

Debemos cumplir los requisitos de Medicare antes de cambiar la “Lista de Medicamentos” del plan.

Sección 6.2 ¿Qué sucede si cambia la cobertura de un medicamento que usted está tomando?

Información sobre cambios en la cobertura de medicamentos

Cuando se producen cambios en la “Lista de Medicamentos”, publicamos información en nuestro sitio web sobre esos cambios. También actualizamos nuestra “Lista de Medicamentos” en Internet de forma regular y programada. A continuación, señalamos los momentos en que usted recibiría un aviso directo si se realizan cambios en un medicamento que está tomando.

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

- **Un nuevo medicamento genérico reemplaza un medicamento de marca en la “Lista de Medicamentos” (o agregamos nuevas restricciones al medicamento de marca)**

- Es posible que quitemos inmediatamente un medicamento de marca de nuestra “Lista de Medicamentos” si lo reemplazamos por una versión genérica recientemente aprobada del mismo medicamento. El medicamento genérico aparecerá en el mismo nivel de costo compartido o en uno más bajo, y con las mismas restricciones o menos. Cuando agreguemos el nuevo medicamento genérico, quizás decidamos mantener el medicamento de marca en nuestra “Lista de Medicamentos”, pero inmediatamente pasarlo a un nivel de costo compartido más alto o agregar nuevas restricciones, o hacer ambas cosas.
- Es posible que no le avisemos por anticipado antes de hacer ese cambio — incluso si usted está tomando actualmente el medicamento de marca. Si usted está tomando el medicamento de marca en el momento en que realizamos el cambio, le proporcionaremos información sobre los cambios específicos. Esta información también incluirá los pasos que usted puede seguir para solicitar una excepción para cubrir el medicamento de marca. Es posible que no reciba este aviso antes de que hagamos el cambio.
- Usted o el profesional que le receta pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriéndole el medicamento de marca. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 8.

- **Medicamentos inseguros y otros medicamentos de la “Lista de Medicamentos” que se retiran del mercado**

- A veces, es posible que un medicamento se considere inseguro o se retire del mercado por otro motivo. Si esto sucede, podemos quitar el medicamento inmediatamente de la “Lista de Medicamentos”. Si usted está tomando ese medicamento, le avisaremos inmediatamente.
- El profesional que le receta también se enterará de este cambio y podrá colaborar con usted para buscar otro medicamento para su condición.

- **Otros cambios en los medicamentos de la “Lista de Medicamentos”**

- Una vez que haya comenzado el año, es posible que hagamos otros cambios que afecten a los medicamentos que usted está tomando. Por ejemplo, podríamos agregar un medicamento genérico que no es nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca de la “Lista de Medicamentos” o agregar nuevas restricciones al medicamento de marca, o hacer ambas cosas. También podríamos hacer cambios según los recuadros de advertencias de la Administración de Alimentos y Medicamentos, o las nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare.
- Para estos cambios, debemos avisarle del cambio al menos con 30 días de anticipación o avisarle del cambio y darle un resurtido de 30 días del medicamento que usted está tomando a través de una farmacia de la red.
- Después de recibir el aviso del cambio, usted debe hablar con el profesional que le receta para cambiar su medicamento por uno diferente que cubramos o para cumplir cualquier nueva restricción al medicamento que está tomando.
- Usted o el profesional que le receta pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriéndole el medicamento. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 8.

Cambios en la “Lista de Medicamentos” que no le afectan durante este año del plan

Podemos hacer ciertos cambios en la “Lista de Medicamentos” que no están descritos anteriormente. En estos casos, los cambios no se aplicarán a usted si está tomando el medicamento cuando se hacen los cambios; sin embargo, estos cambios probablemente le afectarán a partir del 1 de enero del siguiente año del plan si usted permanece en el mismo plan.

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

- Si establecemos una nueva restricción al uso de su medicamento.
- Si quitamos su medicamento de la “Lista de Medicamentos”.

Si se produce alguno de estos cambios en un medicamento que usted está tomando (excepto si es retirado del mercado, si un medicamento genérico reemplaza uno de marca o por otro cambio indicado en las secciones anteriores), el cambio no afectará su uso hasta el 1 de enero del próximo año. Hasta esa fecha, usted probablemente no notará ninguna restricción adicional a su uso del medicamento.

No le informaremos directamente este tipo de cambios durante el año actual del plan. Usted tendrá que consultar la “Lista de Medicamentos” del próximo año del plan (cuando la lista esté disponible durante el período de inscripción abierta) para saber si hay algún cambio en los medicamentos que está tomando que le afectará durante el próximo año del plan.

Sección 7 ¿Qué tipos de medicamentos no cubre el plan?

Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos

Esta sección le indica las clases de medicamentos con receta que están excluidas. Esto significa que Medicare no paga estos medicamentos.

Si usted apela y se determina que el medicamento solicitado no está excluido por la Parte D, lo pagaremos o cubriremos. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión, consulte el Capítulo 8.)

Las siguientes son tres reglas generales sobre los medicamentos que los planes de medicamentos de Medicare no cubrirán conforme a la Parte D:

- La cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que estaría cubierto por la Parte A o la Parte B de Medicare.
- Nuestro plan no puede cubrir un medicamento que se compre fuera de los Estados Unidos o sus territorios.
- Nuestro plan normalmente no puede cubrir un uso fuera de la indicación aprobada. Un uso fuera de la indicación aprobada es cualquier uso del medicamento diferente de los usos indicados en la etiqueta del medicamento como aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos.
- La cobertura del uso fuera de la indicación aprobada se permite solamente cuando el uso cuenta con el respaldo de ciertas referencias, como American Hospital Formulary Service Drug Information y DRUGDEX Information System.

Además, por ley, las categorías de medicamentos que se indican a continuación no están cubiertas por Medicare. Sin embargo, algunos de estos medicamentos podrían estar cubiertos por su cobertura de medicamentos de TennCare (Medicaid). Consulte su Lista de Medicamentos de TennCare (Medicaid) para saber si alguno de los medicamentos que se indican a continuación está cubierto:

- Medicamentos sin receta (también llamados medicamentos de venta sin receta)
- Medicamentos que se usan para estimular la fertilidad
- Medicamentos que se usan para aliviar los síntomas de la tos o del resfrío
- Medicamentos que se usan con fines estéticos o para estimular el crecimiento del cabello
- Vitaminas y productos minerales con receta, excepto vitaminas prenatales y preparaciones de fluoruro
- Medicamentos que se usan para el tratamiento de la disfunción eréctil o sexual
- Medicamentos que se usan para tratar la anorexia o para bajar o subir de peso
- Medicamentos para pacientes ambulatorios para los que el fabricante requiere que se compren pruebas o servicios de monitoreo relacionados exclusivamente del fabricante como condición de venta

Sección 8 Cómo surtir una receta

Sección 8.1 Proporcione la información sobre su membresía

Para surtir su receta, proporcione la información sobre su membresía en el plan, que se encuentra en su tarjeta de membresía, a la farmacia de la red que elija. La farmacia de la red facturará automáticamente al plan su medicamento.

Sección 8.2 ¿Qué puede hacer si no tiene consigo su información?

Si no tiene consigo la información sobre su membresía en el plan cuando surta su receta, usted o la farmacia pueden llamar al plan para obtener la información necesaria, o usted puede pedir a la farmacia que consulte su información de inscripción en el plan.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, **es posible que usted tenga que pagar el costo total del medicamento con receta cuando pase a retirarlo.** (Luego puede pedirnos que le hagamos un reembolso. Consulte la Sección 2.1 del Capítulo 6 para obtener información sobre cómo pedir un reembolso al plan.)

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

Sección 9.1 ¿Qué sucede si está en un hospital o en un centro de enfermería especializada por una estadía que está cubierta por el plan?

Si se le admite en un hospital o en un centro de enfermería especializada por una estadía cubierta por el plan, por lo general cubriremos el costo de sus medicamentos con receta durante su estadía. Una vez que deje el hospital o el centro de enfermería especializada, el plan cubrirá sus medicamentos con receta siempre y cuando los medicamentos cumplan todas nuestras reglas de cobertura descritas en este capítulo.

Sección 9.2 ¿Qué sucede si es residente de un centro de cuidado a largo plazo (LTC)?

Generalmente, un centro de cuidado a largo plazo (LTC) (como un asilo de convalecencia) tiene su propia farmacia o usa una farmacia que suministra los medicamentos a todos sus residentes. Si usted es residente de un centro de cuidado a largo plazo, puede obtener sus medicamentos con receta a través de la farmacia del centro o de la que este usa siempre y cuando la farmacia forme parte de nuestra red.

Consulte su **Directorio de Farmacias** para saber si la farmacia de su centro de cuidado a largo plazo o la que este usa forma parte de nuestra red. Si no forma parte o si usted necesita más información o ayuda, comuníquese con Servicio al Cliente. Si está en un centro de cuidado a largo plazo, debemos asegurarnos de que pueda recibir habitualmente sus beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias de cuidado a largo plazo.

¿Qué sucede si es residente de un centro de cuidado a largo plazo (LTC) y necesita un medicamento que no está en nuestra “Lista de Medicamentos” o que tiene algún tipo de restricción?

Consulte la Sección 5.2 sobre suministros temporales o de emergencia.

Sección 9.3 ¿Qué sucede si también tiene cobertura de medicamentos mediante un plan de grupo del empleador o de grupo para jubilados?

Si usted actualmente tiene otra cobertura de medicamentos con receta a través del grupo del empleador o grupo para jubilados de usted (o de su cónyuge o pareja de unión libre), comuníquese con el **administrador de beneficios de ese grupo**, quien puede ayudarle a determinar cómo funcionará su cobertura de medicamentos con receta actual con nuestro plan.

En general, si usted tiene cobertura de grupo del empleador o de grupo para jubilados, la cobertura de medicamentos que obtenga de nosotros será **secundaria** a su cobertura de grupo. Eso significa que su cobertura de grupo pagaría primero.

Nota especial sobre la cobertura acreditable:

Cada año, su grupo del empleador o grupo para jubilados debe enviarle un aviso que indique si su cobertura de medicamentos con receta será acreditable para el próximo año calendario.

Si la cobertura del plan de grupo es **acreditable**, significa que el plan tiene una cobertura de medicamentos que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare.

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

Sección 9.4 ¿Qué sucede si está en un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare?

El centro de cuidados paliativos y nuestro plan no cubren el mismo medicamento al mismo tiempo. Si usted está inscrito en un centro de cuidados paliativos de Medicare y necesita ciertos medicamentos (p. ej., analgésicos, medicamentos contra las náuseas, laxantes o ansiolíticos) que no están cubiertos por su centro porque no están relacionados con su pronóstico terminal ni con condiciones relacionadas, nuestro plan debe recibir una notificación, ya sea del profesional que receta o de su proveedor de cuidados paliativos, que indique que los medicamentos no están relacionados antes de que nuestro plan pueda cubrir los medicamentos. Para evitar demoras en la entrega de estos medicamentos que deberían estar cubiertos por nuestro plan, pida a su proveedor de cuidados paliativos o al profesional que le receta que lo notifique antes de que le surtan su receta.

En caso de que usted revoque su elección de centro de cuidados paliativos o que sea dado de alta del centro de cuidados paliativos, nuestro plan debe cubrir sus medicamentos según se explica en este documento. Para evitar demoras en una farmacia cuando termine su beneficio de cuidados paliativos de Medicare, lleve documentación a la farmacia para verificar su revocación o alta del centro.

Sección 10 Programas sobre la administración y la seguridad de los medicamentos

Sección 10.1 Programas para ayudar a los miembros a usar los medicamentos de manera segura

Realizamos revisiones del uso de medicamentos de nuestros miembros para ayudar a garantizar que estén recibiendo un cuidado seguro y apropiado.

Realizamos una revisión cada vez que usted surte una receta. También revisamos nuestros registros regularmente. En estas revisiones, buscamos posibles problemas como:

- Posibles errores con los medicamentos
- Medicamentos que quizás no sean necesarios porque usted está tomando otro medicamento para tratar la misma condición
- Medicamentos que tal vez no sean 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 (dosificación) de un medicamento que está tomando
- Cantidades inseguras de medicamentos analgésicos opiáceos

Si advertimos un posible problema en su uso de medicamentos, colaboraremos con su proveedor para corregirlo.

Sección 10.2 Programa de Administración de Medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a usar de manera segura sus medicamentos opiáceos

Tenemos un programa que ayuda a garantizar que los miembros usen de manera segura los opiáceos con receta y otros medicamentos que suelen ser objeto de abuso. Este programa se llama Programa de Administración de Medicamentos (Drug Management Program, DMP). Si usted usa medicamentos opiáceos que obtiene de varios médicos o farmacias, o si tuvo una sobredosis de opiáceos recientemente, es posible que hablemos con sus médicos para asegurarnos de que su uso de medicamentos opiáceos sea apropiado y médicamente necesario. Si, al hablar con sus médicos, decidimos que su uso de medicamentos opiáceos o benzodiazepínicos con receta podría no ser seguro, podemos limitar la manera en que usted puede obtener esos medicamentos. Si le incluimos en nuestro Programa de Administración de Medicamentos, las limitaciones pueden ser:

- Requerirle que usted surta todas sus recetas de medicamentos opiáceos o benzodiazepínicos de ciertas farmacias
- Requerirle que obtenga todas sus recetas de medicamentos opiáceos o benzodiazepínicos de ciertos médicos
- Limitar la cantidad de medicamentos opiáceos o benzodiazepínicos que cubriremos para usted

Si planeamos limitar la manera en que puede obtener estos medicamentos o la cantidad que puede obtener, le enviaremos una carta con anticipación. La carta le indicará si limitaremos la cobertura de estos medicamentos para usted o si se le exigirá que obtenga las recetas de estos medicamentos solo de un médico o de una farmacia en particular. Usted tendrá la oportunidad de decirnos qué médicos o farmacias prefiere usar, y cualquier otra información que crea que es importante que nosotros sepamos. Después de que usted haya tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar la cobertura de esos medicamentos, le enviaremos otra carta que confirmará la limitación. Si piensa que cometimos un error o si no está de acuerdo con nuestra decisión o con la limitación, usted y el profesional que le receta tienen derecho a apelar. Si usted apela, revisaremos su caso y le comunicaremos una nueva decisión. Si seguimos denegando cualquier parte de su solicitud relacionada con las limitaciones que se aplican a su acceso a los medicamentos, automáticamente enviaremos su caso a un revisor independiente fuera de nuestro plan. Consulte el Capítulo 8 para obtener información sobre cómo solicitar una apelación.

No le incluiremos en nuestro Programa de Administración de Medicamentos si tiene ciertas condiciones médicas, como dolor activo relacionado con el cáncer o anemia drepanocítica, si está recibiendo cuidados paliativos o para el final de la vida, o si vive en un centro de cuidado a largo plazo.

Sección 10.3 Programa de Manejo de Terapias de Medicamentos (MTM) para ayudar a los miembros a manejar sus medicamentos

Contamos con programas que pueden ayudar a nuestros miembros que tienen necesidades complejas de salud.

Uno de los programas se llama programa de Manejo de Terapias de Medicamentos (Medication Therapy Management, MTM). Este programa es voluntario y gratuito. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrolló los programas para nosotros para ayudar a asegurar que nuestros miembros aprovechen al máximo los medicamentos que toman.

Algunos miembros que toman medicamentos para diferentes condiciones médicas y tienen costos altos de medicamentos, o que participan en un Programa de Administración de Medicamentos a fin de recibir ayuda para usar sus opiáceos de manera segura podrían recibir servicios a través de un programa de Manejo de Terapias de Medicamentos. Si usted califica para el programa, un farmacéutico u otro profesional de salud harán una revisión completa de todos sus medicamentos. Durante la revisión, usted puede hablar sobre sus medicamentos, sobre sus costos y sobre cualquier problema o pregunta que tenga con respecto a sus medicamentos con y sin receta. Recibirá un resumen por escrito con una lista de tareas recomendadas que incluye los pasos que usted debe seguir para obtener los mejores resultados de sus medicamentos. También recibirá una lista de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que usted está tomando, cuánto toma y cuándo y por qué los toma. Además, los miembros que participen en el programa de Manejo de Terapias de Medicamentos recibirán información sobre las maneras seguras para desechar los medicamentos con receta que son sustancias controladas.

Es conveniente que hable con su médico sobre su lista de tareas recomendadas y su lista de medicamentos. Lleve su resumen a la visita o téngalo consigo en cualquier momento en que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de cuidado de la salud. Además, mantenga su lista de medicamentos actualizada y llévela consigo (por ejemplo, junto con su ID) en caso de que vaya al hospital o a la sala de emergencias.

Si tenemos un programa que se adapte a sus necesidades, le inscribiremos automáticamente en el programa y le enviaremos información. Si usted decide no participar, notifíquenos y cancelaremos su inscripción. Si tiene alguna pregunta sobre estos programas, comuníquese con Servicio al Cliente.

Capítulo 6

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

Sección 1 Situaciones en las que nos debe pedir que paguemos sus servicios o medicamentos cubiertos

Los proveedores de nuestra red facturan sus servicios y medicamentos cubiertos directamente al plan—usted no debería recibir una factura por servicios o medicamentos cubiertos. Si recibe una factura por cuidado médico o medicamentos que recibió, debe enviarnos esa factura para que podamos pagarla. Cuando nos envíe la factura, la revisaremos y decidiremos si los servicios deberían estar cubiertos. Si decidimos que deberían estar cubiertos, le pagaremos al proveedor directamente.

Si usted ya pagó un servicio o un artículo de Medicaid cubierto por el plan, puede pedir a nuestro plan que le reembolse lo que usted pagó (esto se suele llamar **hacerle un reembolso**). Tiene derecho a que nuestro plan le haga un reembolso cada vez que haya pagado servicios médicos o medicamentos que estén cubiertos por nuestro plan. Es posible que deba cumplir plazos para recibir un reembolso. Consulte la Sección 2 de este capítulo. Cuando nos envíe una factura que usted ya pagó, la revisaremos y decidiremos si los servicios o los medicamentos deberían estar cubiertos. Si decidimos que deberían estar cubiertos, le reembolsaremos el costo de los servicios o los medicamentos.

También puede haber ocasiones en las que usted reciba una factura de un proveedor por el costo total del cuidado médico que usted ha recibido o, posiblemente, por más que su costo compartido, según se explica en el documento. Primero, intente resolver el asunto de la factura con el proveedor. Si no resulta, envíenos la factura en lugar de pagarla. Nosotros la revisaremos y decidiremos si los servicios deberían estar cubiertos. Si decidimos que deberían estar cubiertos, le pagaremos al proveedor directamente. Si decidimos no pagarla, notificaremos al proveedor. Usted nunca debería pagar más que el costo compartido permitido por el plan. Si este proveedor está contratado, usted tiene derecho al tratamiento de todas maneras.

Los siguientes son ejemplos de situaciones en las que puede ser necesario que pida a nuestro plan que le haga un reembolso o que pague una factura que usted ha recibido:

1. Cuando haya recibido cuidado médico de emergencia o requerido de urgencia de un proveedor que no está dentro de la red de nuestro plan

Puede recibir servicios para emergencias o servicios requeridos de urgencia de cualquier proveedor, independientemente de que el proveedor forme parte de nuestra red o no. En estos casos, pídale al proveedor que facture al plan.

- Si usted paga el total en el momento de recibir el cuidado, pídanos que le hagamos un reembolso. Envíenos la factura, junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado.
- Es posible que reciba una factura del proveedor en la que se le pide un pago que usted considera que no adeuda. Envíenos esa factura, junto con la documentación de cualquier pago que ya haya realizado.
 - Si se adeuda algo al proveedor, le pagaremos directamente a él.
 - Si usted ya pagó el servicio, le haremos un reembolso.

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

Los proveedores de la red siempre deben facturar directamente al plan. Pero, en ocasiones, cometen errores y le piden a usted que pague sus servicios.

- Cada vez que reciba una factura de un proveedor de la red, envíenos la factura. Nos comunicaremos directamente con el proveedor y resolveremos el problema de facturación.
- Si usted ya pagó una factura a un proveedor de la red, envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado. Debería pedirnos que le hagamos un reembolso.

3. Si su inscripción en nuestro plan es retroactiva.

En ocasiones, la inscripción de una persona en el plan es retroactiva. (Esto significa que ya ha pasado el primer día de su inscripción. La fecha de inscripción puede haber sido incluso el año pasado.) Si su inscripción en nuestro plan fue retroactiva y usted pagó de su bolsillo cualquiera de sus servicios o medicamentos cubiertos después de su fecha de inscripción, puede pedirnos que le hagamos un reembolso. Deberá presentar documentación, como recibos y facturas, para que tramitemos su reembolso.

4. Cuando usa una farmacia fuera de la red para surtir una receta

Si va a una farmacia fuera de la red, es posible que la farmacia no pueda presentar el reclamo directamente ante nosotros. Cuando esto ocurra, usted tendrá que pagar el costo total de su medicamento con receta.

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida que le hagamos un reembolso. Recuerde que solo cubrimos las farmacias fuera de la red en circunstancias limitadas. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para conocer estas circunstancias.

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

Si no lleva consigo su tarjeta de ID de miembro del plan de UnitedHealthcare, puede pedir a la farmacia que llame al plan o que consulte su información de inscripción en el plan. Sin embargo, si la farmacia no puede obtener la información de inscripción que necesita de inmediato, es posible que usted tenga que pagar el costo total del medicamento con receta. Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida que le hagamos un reembolso.

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

Es posible que pague el costo total del medicamento con receta porque se entera de que, por alguna razón, el medicamento no está cubierto.

- Por ejemplo, tal vez el medicamento no esté en la “Lista de Medicamentos” del plan o podría tener un requisito o una restricción que usted desconocía o que piensa que no se debería aplicar a su caso. Si usted decide obtenerlo inmediatamente, es posible que deba pagar el costo total del medicamento.
- Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida que le hagamos un reembolso. En algunas situaciones, es posible que su médico deba proporcionarnos más información para que le reembolsemos el costo del medicamento.

7. Cuando use sus beneficios de Cobertura Mundial de Servicios para Emergencias, de Servicios Requeridos de Urgencia Mundiales o de Transporte de Emergencia Mundial

Usted pagará el costo total de los servicios para emergencias que reciba fuera de los Estados Unidos en el momento de recibirlos. Para recibir un reembolso de nuestra parte, debe hacer lo siguiente:

- Pague su factura en el momento de recibirla. Nosotros le haremos un reembolso.
- Guarde todos sus recibos y envíenos copias al pedirnos que le hagamos un reembolso. En algunas situaciones, es posible que necesitemos obtener más información de su parte o del proveedor que le prestó los servicios para que le hagamos el reembolso.
- Si se le pide que pague su factura por los servicios para emergencias mundiales y usted no puede realizar el pago, llame a Servicio al Cliente para recibir ayuda adicional y es posible que podamos ayudarle a coordinar el pago de los servicios cubiertos en nombre de usted.

Cuando nos envíe una solicitud de pago, la revisaremos y decidiremos si el servicio o el medicamento debería estar cubierto. A esto se le dice tomar una **decisión de cobertura**. Si decidimos que debería estar cubierto, pagaremos el servicio o el medicamento. Si denegamos su solicitud de pago, usted puede apelar nuestra decisión. El Capítulo 8 de este documento contiene información sobre cómo presentar una apelación.

Sección 2 Cómo pedirnos que le hagamos un reembolso o que paguemos una factura que ha recibido

Sección 2.1 Cómo y dónde enviarnos su solicitud de pago

Para pedirnos que le hagamos un reembolso, puede llamarnos o enviarnos una solicitud por escrito. Si envía una solicitud por escrito, envíe su factura y la documentación de cualquier pago que haya realizado. Es conveniente que haga una copia de su factura y de los recibos para su archivo personal. Usted debe presentarnos su reclamo de la Parte C (médico) en un plazo no mayor de 12 meses a partir de la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento. Debe presentarnos su reclamo de la Parte D (medicamentos con receta) en un plazo no mayor de 36 meses a partir de la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.

Para solicitar el pago y asegurarse de proporcionarnos toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede llenar nuestro formulario de reclamo.

- No es necesario que use el formulario, pero nos ayudará a procesar la información con mayor rapidez.
- Descargue una copia del formulario de nuestro sitio web (es.myuhc.com/CommunityPlan) o llame a Servicio al Cliente para pedir el formulario.

Envíenos por correo su solicitud de pago junto con las facturas o los recibos de los pagos a:

Solicitudes de pago de medicamentos con receta de la Parte D:

UnitedHealthcare

P.O. Box 5290

Kingston, NY 12402-5290

Solicitudes de pago de reclamos médicos:

UnitedHealthcare

P.O. Box 5290

Kingston, NY 12402-5290

Sección 3 Consideraremos su solicitud de pago y la aceptaremos o denegaremos

Sección 3.1 Verificamos si debemos cubrir el servicio o el medicamento

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

- Si decidimos que el cuidado médico o el medicamento están cubiertos, y usted siguió todas las reglas, pagaremos el servicio. Si usted ya pagó el servicio o el medicamento, le enviaremos su reembolso por correo. Si usted aún no pagó el servicio o el medicamento, le enviaremos el pago directamente al proveedor por correo.
- Si decidimos que el cuidado médico o el medicamento **no** están cubiertos, o si usted **no** siguió todas las reglas, no pagaremos el cuidado o el medicamento. Le enviaremos una carta que explicará los motivos por los que no le enviamos el pago y los derechos que usted tiene a apelar esa decisión.

Sección 3.2 Si le informamos que no pagaremos el cuidado médico o el medicamento, usted puede presentar una apelación

Si piensa que nos hemos equivocado al denegar su solicitud de pago o con respecto a lo que pagamos, puede presentar una apelación. Si presenta una apelación, significa que nos solicita que cambiemos la decisión que tomamos cuando denegamos su solicitud de pago. El proceso de apelación es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Para obtener información detallada sobre cómo presentar esta apelación, consulte el Capítulo 8 de este documento.

Capítulo 7

Sus derechos y responsabilidades

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

Sección 1.1 Debemos proporcionar la información de una forma que le resulte conveniente y que sea acorde a sus sensibilidades culturales (en otros idiomas además del inglés, braille, en letra grande o en otros formatos alternativos, etc.)

Su plan tiene la obligación de asegurarse de que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se presten de una manera culturalmente competente y sean accesibles para todos los miembros, incluidos quienes tienen una competencia limitada del inglés, una capacidad limitada de lectura o una incapacidad auditiva, o quienes tienen distintos orígenes culturales y étnicos. Algunos ejemplos de cómo un plan puede cumplir estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros, la prestación de servicios de traductores, servicios de interpretación, teletipos o conexión al servicio de TTY (teléfono de texto o teletipo).

Nuestro plan cuenta con servicios gratuitos de interpretación para responder las preguntas de los miembros discapacitados y aquellos que no hablan inglés. Esta información está disponible sin costo en otros idiomas. También podemos proporcionarle información en braille, en letra grande o en otros formatos alternativos sin costo si lo necesita. Se nos exige que le proporcionemos la información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted. Para que le proporcionemos información de una forma que le resulte conveniente, llame a Servicio al Cliente.

Nuestro plan tiene la obligación de ofrecer a las miembros la opción de tener acceso directo a un especialista en salud de la mujer dentro de la red para recibir servicios para el cuidado de la salud preventivo y de rutina de la mujer.

Si los proveedores dentro de la red del plan para una especialidad no están disponibles, es responsabilidad del plan encontrar proveedores especialistas fuera de la red que le proporcionen el cuidado necesario. En este caso, usted solamente pagará el costo compartido dentro de la red. Si se encuentra en una situación en la que no hay ningún especialista dentro de la red del plan que preste un servicio que usted necesita, llame al plan para obtener información sobre dónde debe ir para recibir ese servicio a un costo compartido dentro de la red.

Usted tiene derecho a recibir información sobre la organización, sus servicios, sus profesionales y proveedores, y los derechos y responsabilidades de los miembros. Si tiene alguna dificultad para obtener información de parte de nuestro plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted, llame para presentar una queja formal ante Servicio al Cliente. También puede presentar una queja ante Medicare si llama al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles al **1-800-368-1019** o al TTY **1-800-537-7697**.

Section 1.1 We must provide information in a way that works for you and consistent with your cultural sensitivities (in languages other than Spanish, in braille, in large print, or other alternate formats, etc.)

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

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

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

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

If you have any trouble getting information from our plan in a format that is accessible and appropriate for you, please call Customer Service to file a grievance. You may also file a complaint with Medicare by calling **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** or directly with the Office for Civil Rights **1-800-368-1019** or TTY **1-800-537-7697**.

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

Usted tiene derecho a elegir un proveedor de cuidado primario (PCP) dentro de la red del plan para que le preste los servicios cubiertos y haga los arreglos necesarios para estos. Usted también tiene derecho a consultar a un especialista en salud de la mujer (como un ginecólogo) sin una referencia. No le exigimos que obtenga referencias para consultar a proveedores de la red.

Usted tiene derecho a programar citas y recibir servicios cubiertos de la red de proveedores del plan, **dentro de un plazo razonable**. Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunos de especialistas cuando usted necesite ese cuidado. Usted también tiene derecho a que le surtan o resurtan sus recetas en cualquiera de las farmacias de nuestra red sin largas demoras.

Cómo Recibir Cuidado Fuera del Horario de Atención

Si necesita hablar o hacer una consulta con su Proveedor de Cuidado Primario fuera del horario de atención del consultorio, llame al consultorio de su Proveedor de Cuidado Primario. El médico que esté de guardia le devolverá la llamada y le indicará cómo proceder.

Si cree que no está recibiendo su cuidado médico o sus medicamentos de la Parte D dentro de un plazo razonable, el Capítulo 8 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 de su información de salud personal. Nosotros protegemos su información de salud personal según lo exigen estas leyes.

- Su información de salud personal incluye la **información personal** que usted nos proporcionó cuando se inscribió en este plan, además de sus registros médicos y otra información médica y de salud.
- Usted tiene derechos relacionados con su información y el control de cómo se usa su información de salud. Nosotros le entregamos un aviso por escrito, llamado Aviso de Prácticas de Privacidad, que le informa sobre estos derechos y explica cómo protegemos la privacidad de su información de salud.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información de salud?

- Nos aseguramos de que sus registros no sean consultados ni modificados por ninguna persona sin autorización.
- Excepto en las circunstancias que se indican a continuación, si pretendemos dar su información de salud a cualquier persona que no esté proporcionando su cuidado o pagándolo, **primero debemos obtener su permiso por escrito o el de alguien a quien usted le haya dado un poder legal para que tome decisiones por usted.**
- Hay ciertas excepciones en las que no se nos exige que obtengamos primero su permiso por escrito. La ley permite o exige estas excepciones.
 - Se nos exige que divulguemos información de salud a las agencias del gobierno que verifican la calidad del cuidado.
 - Dado que usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, se nos exige que proporcionemos a Medicare su información de salud, que incluye la información sobre sus medicamentos con receta de la Parte D. Si Medicare divulga su información con fines de investigación o para otros usos, esto se hará según los estatutos y normas federales; normalmente, esto requiere que no se comparta la información que le identifica de forma exclusiva.

Usted puede consultar la información de sus registros y saber cómo se ha compartido con terceros

Usted tiene derecho a consultar sus registros médicos en poder del plan y a obtener una copia de sus registros. Se nos permite cobrarle un cargo por hacer las copias. Usted también tiene derecho a pedirnos que agreguemos o corrijamos información en sus registros médicos. Si nos pide esto, colaboraremos con su proveedor de cuidado de la salud para decidir si se deben hacer los cambios.

Usted tiene derecho a saber cómo se ha compartido su información de salud con terceros para cualquier finalidad que no sea de rutina.

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su información de salud personal, llame a Servicio al Cliente.

AVISOS DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DEL PLAN DE SALUD

ESTE AVISO DESCRIBE LA MANERA EN QUE SU INFORMACIÓN MÉDICA SE PUEDE USAR Y DIVULGAR, Y CÓMO USTED PUEDE ACCEDER A DICHA INFORMACIÓN. LÉALO DETENIDAMENTE.

En vigencia desde el 1 de enero de 2024

Por ley, debemos¹ proteger la privacidad de su información de salud (health information, “HI”). Debemos enviarle este aviso. Le explica:

- Cómo podemos usar su información de salud.
- Cuándo podemos compartir su información de salud con terceros.
- Qué derechos tiene usted para su información de salud.

Por ley, debemos cumplir las condiciones de nuestro aviso actual.

La información de salud es información sobre su salud o sus servicios médicos. Tenemos derecho a hacer cambios en este aviso de prácticas de privacidad. Si hacemos cambios importantes, se lo notificaremos por correo o por correo electrónico. También publicaremos el nuevo aviso en nuestro sitio web. Todo cambio que hagamos en el aviso se aplicará a toda la información de salud que tenemos. Le notificaremos si ocurre una violación de su información de salud.

Cómo Recopilamos, Usamos y Compartimos Su Información

Recopilamos, usamos y compartimos su información de salud con:

- Usted o su representante legal o personal.
- Ciertas agencias del gobierno. Para verificar y asegurarnos de estar cumpliendo las leyes de privacidad.

Tenemos derecho a recopilar, usar y compartir su información de salud con ciertos fines. Esto puede ser para su tratamiento, para pagar su cuidado o para llevar adelante nuestra actividad comercial. Podemos usar y compartir su información de salud de la siguiente manera.

- **Para Procesamiento de Pagos.** Para procesar pagos y pagar reclamos. Por ejemplo, podemos informar a un médico si pagaremos ciertos procedimientos médicos y el porcentaje de la factura que se podría cubrir.
- **Para Tratamientos o la Administración del Cuidado.** Para ayudarle con su cuidado. Por ejemplo, podemos compartir su información de salud con un hospital en el que usted se encuentre para ayudarles a proporcionarle cuidado médico.
- **Para Tareas Administrativas de Cuidado de la Salud.** Para llevar adelante nuestra actividad comercial. Por ejemplo, podemos hablar con su médico para informarle sobre un programa especial de bienestar o para el manejo de enfermedades disponible para usted. Podemos analizar datos para mejorar nuestros servicios.
- **Para Informarle sobre Programas o Productos de Salud.** Podemos comunicarle sobre otros tratamientos, productos y servicios. Estas actividades pueden estar restringidas por la ley.

- **Para los Patrocinadores del Plan.** Si recibe el seguro de salud a través de su empleador, podemos proporcionarle información sobre su inscripción y sobre la cancelación de su inscripción, y un resumen de información de salud a su empleador. También podemos compartir con su empleador información de salud adicional si el empleador limita su uso como corresponde.
- **Para Fines de Suscripción.** Para tomar decisiones de suscripción del seguro de salud. No usaremos su información genética con fines de suscripción.
- **Para Recordatorios de Beneficios o Cuidado.** Podemos enviarle recordatorios de sus citas e información sobre sus beneficios de salud.
- **Para Enviarle Comunicaciones.** Podemos comunicarnos con usted sobre los pagos, el cuidado de la salud y los beneficios de su seguro de salud.

Podemos recopilar, usar y compartir su información de salud de la siguiente manera.

- **Según lo Exija la Ley.** Para cumplir las leyes que se nos aplican.
- **A las Personas Involucradas en Su Cuidado.** Un familiar u otra persona que le ayuda con su cuidado médico o paga su cuidado. También podría ser un familiar en una situación de emergencia. Por ejemplo, en el caso de que usted no pueda decirnos si podemos compartir o no su información de salud. Si no puede decirnos lo que desea, aplicaremos nuestro mejor criterio. Si está permitido, después de su fallecimiento, podemos compartir su información de salud con los familiares o amigos que ayudaron con su cuidado o pagaron su cuidado.
- **Para Actividades de Salud Pública.** Por ejemplo, para prevenir la propagación de enfermedades o informar problemas con productos o medicamentos.
- **Para Denunciar Abuso, Maltrato, Negligencia o Violencia Intrafamiliar.** Podemos compartir la información de salud solo con ciertas entidades autorizadas por ley a obtenerla. Estas entidades pueden ser agencias de servicios sociales o de protección.
- **Para Actividades de Supervisión de la Salud** a una agencia permitida por la ley para obtener la información de salud. Por ejemplo, para la concesión de licencias, para auditorías y para investigaciones de abuso y fraude.
- **Para Responder a una Orden Judicial o una Citación Legal,** por ejemplo, para responder a una orden judicial o una citación legal.
- **Para Cumplir la Ley.** Para encontrar a una persona desaparecida o para denunciar un delito.
- **Por Amenazas contra la Salud o la Seguridad.** A agencias de salud pública o responsables de hacer cumplir la ley, por ejemplo, en una situación de emergencia o catástrofe.
- **Para Funciones del Gobierno.** Para uso militar o de veteranos, por seguridad nacional o para ciertos servicios de protección.

- **Para el Seguro de Accidentes Laborales.** Si se lesionó en el trabajo o para cumplir las leyes laborales.
- **Para Investigación.** Por ejemplo, para estudiar una enfermedad o condición médica. También podemos usar información de salud para ayudar a preparar un estudio de investigación.
- **Para Proporcionar Información sobre Personas Fallecidas.** Por ejemplo, a un médico forense o legista, que puede ayudar a identificar a la persona fallecida, a saber por qué murió o a cumplir ciertas leyes. También podemos compartir información de salud con los directores de funerarias.
- **Para el Trasplante de Órganos.** Por ejemplo, para ayudar a obtener, almacenar o trasplantar órganos, córneas o tejidos.
- **A Instituciones Correccionales u Organismos Responsables de Hacer Cumplir la Ley.** Para personas en custodia, por ejemplo: (1) para proporcionar cuidado de la salud; (2) para proteger su salud y la salud de los demás; y (3) para la seguridad de la institución.
- **A Nuestros Socios Comerciales.** Para prestarle servicios, si es necesario. Son compañías que nos prestan servicios y se comprometen a proteger su información de salud.
- **Otras Restricciones.** Las leyes federales y estatales pueden limitar aún más la manera en que podemos usar la información de salud que se indica a continuación. Cumpliremos las leyes más estrictas que se apliquen.
 1. Trastornos por consumo de sustancias y de alcohol
 2. Información biométrica
 3. Abuso, maltrato o negligencia de menores o adultos, incluso el abuso sexual
 4. Enfermedades contagiosas
 5. Información genética
 6. VIH/SIDA
 7. Salud mental
 8. Información de menores
 9. Recetas
 10. Salud reproductiva
 11. Enfermedades de transmisión sexual

Solo usaremos o compartiremos su información de salud según lo descrito en este aviso o con su consentimiento por escrito. Obtendremos su consentimiento por escrito para compartir notas sobre su psicoterapia, excepto en ciertos casos permitidos por la ley. Obtendremos su consentimiento por escrito para vender su información de salud a otras personas y para usar su información de salud en cierta correspondencia de marketing. Si nos da su consentimiento, puede retirarlo. Para saber cómo hacerlo, llame al número de teléfono que se encuentra en su tarjeta de ID del seguro de salud.

Sus Derechos

Usted tiene los siguientes derechos para su información médica.

- **A pedirnos que limitemos** nuestro uso o divulgación para tratamientos, procesamiento de pagos o tareas administrativas de cuidado de la salud. Puede pedirnos que limitemos la divulgación a familiares u otras personas que ayudan con su cuidado o que pagan su cuidado. Podemos permitir a sus dependientes que soliciten límites. **Trataremos de conceder su solicitud, pero no tenemos la obligación de hacerlo.** Su solicitud para que limitemos nuestro uso o divulgación se debe presentar por escrito.
- **A pedir recibir comunicaciones confidenciales** de una manera o en un lugar diferente. Por ejemplo, en una casilla postal, en lugar de en su domicilio. Concederemos su solicitud según lo permitido por la ley estatal y federal. Aceptamos solicitudes verbales, pero podemos pedirle que confirme su solicitud por escrito. Usted puede cambiar su solicitud. Debe hacerlo por escrito. Envíe la solicitud por correo a la dirección que se indica a continuación.
- **A consultar u obtener una copia** de cierta información de salud. Debe pedirlo por escrito. Envíe la solicitud por correo a la dirección que se indica a continuación. Si mantenemos estos registros en formato electrónico, usted puede solicitar una copia electrónica. Podemos enviarle un resumen. Podemos cobrarle las copias. Podemos denegar su solicitud. Si denegamos su solicitud, usted tiene derecho a solicitar que se revise la denegación.
- **A solicitar que se enmiende.** Si le parece que su información de salud es incorrecta o está incompleta, puede pedir que se la modifique. Debe pedirlo por escrito. Debe indicar las razones del cambio. Responderemos a su solicitud en el plazo en que debemos hacerlo conforme a la ley. Envíe esta solicitud por correo a la dirección que se indica a continuación. Si denegamos su solicitud, usted puede agregar una declaración de desacuerdo a su información de salud.
- **A recibir un informe** de cuándo compartimos su información de salud en los seis años anteriores a su solicitud. Esto no incluirá cuándo compartimos información de salud por los siguientes motivos. (i) Para tratamientos, procesamiento de pagos y tareas administrativas de cuidado de la salud; (ii) con usted o con su consentimiento; (iii) con instituciones correccionales u organismos responsables de hacer cumplir la ley. Tampoco indicará las divulgaciones de información de las que la ley federal no nos exige realizar un seguimiento.
- **A obtener una copia impresa de este aviso.** Puede pedir una copia impresa en cualquier momento. También puede obtener una copia en nuestro sitio web.
- **En ciertos estados, usted puede tener derecho a pedir que borremos** su información de salud. Según el lugar en donde usted viva, es posible que pueda pedirnos que borremos su información de salud. Responderemos a su solicitud en el plazo en que debemos hacerlo conforme a la ley. Si no podemos hacerlo, le avisaremos. En ese caso, usted puede escribirnos para indicarnos por qué no está de acuerdo y enviarnos la información correcta.

Cómo Ejercer Sus Derechos

- **A Comunicarse con su Plan de Salud.** Si tiene preguntas sobre este aviso o si desea hacer valer sus derechos, **llame al número de teléfono que se encuentra en su tarjeta de ID.** O puede comunicarse con el Centro de Llamadas de UnitedHealth Group al **1-866-842-4968** o al TTY/RTT **711**.
- **A Presentar una Solicitud por Escrito.** Envíela por correo a:
UnitedHealthcare Privacy Office
MN017-E300
PO Box 1459
Minneapolis MN 55440
- **A Presentar una Queja.** Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede enviar una queja a la dirección indicada anteriormente.

También puede notificar a la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. No tomaremos ninguna medida en su contra por presentar una queja.

¹ Este Aviso de Prácticas de Privacidad de la Información Médica se aplica a los planes de salud que están afiliados a UnitedHealth Group. Para obtener una lista actualizada de los planes de salud sujetos a este aviso, visite <https://uhc.com/es/privacy/entities-fn-v2>.

AVISO DE PRIVACIDAD DE LA INFORMACIÓN FINANCIERA

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y COMPARTIR SU INFORMACIÓN FINANCIERA. LÉALO DETENIDAMENTE.

En vigencia desde el 1 de enero de 2024

Protegemos² su “información financiera (financial information, “FI”) personal”. La información financiera no es información de salud. La información financiera le identifica y generalmente no es de dominio público.

Información que Recopilamos

- Obtenemos información financiera de sus solicitudes o formularios. Por ejemplo, su nombre, dirección, edad y número del Seguro Social.
- Obtenemos información financiera de sus transacciones con nosotros o con terceros. Puede incluir datos del pago de primas.

Cómo Compartimos Su Información Financiera

Solo compartiremos información financiera según lo permita la ley.

Podemos compartir su información financiera para llevar adelante nuestra actividad comercial. Podemos compartir su información financiera con nuestras compañías afiliadas. No necesitamos su consentimiento para hacerlo.

- Podemos compartir su información financiera para procesar transacciones.
- Podemos compartir su información financiera para mantener sus cuentas.
- Podemos compartir su información financiera para responder a órdenes judiciales e investigaciones legales.
- Podemos compartir su información financiera con compañías que preparan nuestros materiales de marketing.

Confidencialidad y Seguridad

Limitamos el acceso de empleados y proveedores de servicios a su información financiera. Contamos con medidas de seguridad para proteger su información financiera.

Preguntas sobre Este Aviso

Llame al número de teléfono gratuito para miembros que se encuentra en su tarjeta de ID del plan de salud o comuníquese con el Centro de Llamadas del Cliente de UnitedHealth Group al **1-866-842-4968** o al TTY/RTT **711**.

²A efectos de este Aviso de Privacidad de la Información Financiera, “nosotros” o “nos” hacen referencia a los planes de salud afiliados a UnitedHealth Group, y a las siguientes compañías afiliadas de UnitedHealthcare: ACN Group of California, Inc.; AmeriChoice Corporation.; Benefitter Insurance Solutions, Inc.; Claims Management Systems, Inc.; Dental Benefit Providers, Inc.; Ear Professional International Corporation; Excelsior Insurance Brokerage, Inc.; gethealthinsurance.com Agency, Inc. Golden Outlook, Inc.; Golden Rule Insurance Company; HealthMarkets Insurance Agency; Healthplex of CT, Inc.; Healthplex of NJ, Inc.; Healthplex, Inc.;

HealthSCOPE Benefits, Inc.; International Healthcare Services, Inc.; Level2 Health IPA, LLC; Level2 Health Holdings, Inc.; Level2 Health Management, LLC; Managed Physical Network, Inc.; Optum Care Networks, Inc.; Optum Health Care Solutions, Inc.; Optum Health Networks, Inc.; Oxford Benefit Management, Inc.; Oxford Health Plans LLC; Physician Alliance of the Rockies, LLC; POMCO Network, Inc.; POMCO, Inc.; Real Appeal, LLC; Solstice Administrators of Alabama, Inc.; Solstice Administrators of Missouri, Inc.; Solstice Administrators of North Carolina, Inc.; Solstice Administrators, Inc.; Solstice Benefit Services, Inc.; Solstice of Minnesota, Inc.; Solstice of New York, Inc.; Spectera, Inc.; Three Rivers Holdings, Inc.; UHIC Holdings, Inc.; UMR, Inc.; United Behavioral Health; United Behavioral Health of New York I.P.A., Inc.; UnitedHealthcare, Inc.; United HealthCare Services, Inc.; UnitedHealth Advisors, LLC; UnitedHealthcare Service LLC; Urgent Care MSO, LLC; USHEALTH Administrators, LLC; y USHEALTH Group, Inc.; y Vivify Health, Inc. Este Aviso de Privacidad de la Información Financiera solamente se aplica donde lo exige la ley. En particular, no se aplica a (1) los productos de seguros de cuidado de la salud ofrecidos en Nevada por Health Plan of Nevada, Inc. y Sierra Health and Life Insurance Company, Inc.; ni a (2) otros planes de salud de UnitedHealth Group en estados en los que hay excepciones. Para obtener una lista actualizada de los planes de salud sujetos a este aviso, visite <https://uhc.com/es/privacy/entities-fn-v2>.

Sección 1.4 Debemos proporcionarle información sobre el plan, la red de proveedores y sus servicios cubiertos

Como miembro de nuestro plan, usted tiene derecho a obtener varios tipos de información de nuestra parte.

Si desea obtener alguno de los siguientes tipos de información, llame a Servicio al Cliente:

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre el estado financiero del plan.
- **Información sobre los proveedores y las farmacias de nuestra red.** Usted tiene derecho a obtener información sobre los títulos académicos y las habilitaciones de los proveedores y las farmacias dentro de nuestra red, y de la manera como pagamos a los proveedores dentro de nuestra red.
- **Información sobre su cobertura y las reglas que usted debe seguir al usar su cobertura.** Los Capítulos 3 y 4 proporcionan información sobre los servicios médicos. El Capítulo 5 proporciona información sobre la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D.
- **Información sobre por qué algo no está cubierto y lo que usted puede hacer al respecto.** El Capítulo 8 proporciona información sobre cómo pedir una explicación por escrito de por qué un servicio médico o un medicamento de la Parte D no está cubierto o si su cobertura está limitada. El Capítulo 8 también proporciona información sobre cómo solicitarnos que cambiemos una decisión, lo que también se llama apelación.

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

Usted tiene derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a participar en las decisiones sobre el cuidado de su salud

Usted tiene derecho a obtener información completa de parte de sus médicos y otros proveedores de cuidado de la salud. Sus proveedores deben explicarle su condición médica y sus opciones de tratamiento **de una manera que usted pueda comprender**.

Usted también tiene derecho a participar plenamente en las decisiones sobre el cuidado de su salud. Para ayudarle a tomar decisiones, junto con sus médicos, sobre el mejor tratamiento para usted, sus derechos incluyen los siguientes:

- **Conocer todas sus opciones.** Usted tiene derecho a que se le informe sobre todas las opciones de tratamiento recomendadas para su condición, independientemente del costo o de si están cubiertas o no por nuestro plan. También incluye que se le informe sobre los programas que ofrece nuestro plan para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos y a usarlos de manera segura.
- **Conocer los riesgos.** Usted tiene derecho a que se le informe sobre cualquier riesgo relacionado con su cuidado. Se le debe informar por anticipado si algún tratamiento o cuidado médico propuesto es parte de un experimento de investigación. Usted siempre tiene la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.
- **El derecho a “negarse”.** Usted tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a dejar un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja que no lo haga. También tiene derecho a dejar de tomar sus medicamentos. Desde luego, si se niega a recibir un tratamiento o deja de tomar sus medicamentos, asume plena responsabilidad de lo que le suceda a su cuerpo como resultado.

Usted tiene derecho a dar instrucciones sobre lo que se debe hacer si usted no puede tomar decisiones médicas por sí mismo

En ocasiones, las personas no pueden tomar decisiones sobre el cuidado de la salud por sí mismas debido a accidentes o enfermedades graves. Usted tiene derecho a indicar lo que desea que se haga si se encontrara en esta situación. Esto significa que, **si lo desea**, puede:

- Llenar un formulario por escrito para dar a **alguien la autoridad legal para tomar decisiones médicas por usted** si en algún momento usted no puede tomarlas por sí mismo.
- **Proporcionar a sus médicos instrucciones por escrito** sobre el manejo de su cuidado médico si en algún momento usted no puede tomar decisiones por sí mismo.

Los documentos legales que usted puede usar para dar las instrucciones por adelantado en estas situaciones se llaman **instrucciones por anticipado**. Hay diferentes tipos de instrucciones por anticipado y tienen distintos nombres. Los documentos llamados **testamento vital** y **poder legal para el cuidado de la salud** son ejemplos de instrucciones por anticipado.

Si usted desea usar un formulario de instrucciones por anticipado, debe hacer lo siguiente:

- **Obtenga el formulario.** Puede solicitar un formulario de instrucciones por anticipado a su abogado, a un trabajador social o en algunas tiendas de artículos de oficina. En ocasiones, puede pedir formularios de instrucciones por anticipado a organizaciones que proporcionan información sobre Medicare. También puede comunicarse con Servicio al Cliente para pedir los formularios.

- **Llénelo y fírmelo.** Independientemente del lugar en donde obtenga este formulario, tenga en cuenta que es un documento legal. Debería considerar la posibilidad de que un abogado le ayude a llenarlo.
- **Entregue copias a las personas apropiadas.** Debe entregar una copia del formulario a su médico y a la persona que usted nombre en el formulario que puede tomar decisiones por usted si usted no puede hacerlo. Sería conveniente que distribuya copias a sus amigos íntimos o a sus familiares. Guarde una copia en su domicilio.

Si sabe con anticipación que será hospitalizado y ha firmado un formulario de instrucciones por anticipado, **lleve una copia con usted al hospital.**

- En el hospital, le preguntarán si ha firmado un formulario de instrucciones por anticipado y si lo tiene con usted.
- Si no ha firmado un formulario de instrucciones por anticipado, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntarán si desea firmar uno.

Recuerde que es su decisión si desea llenar un formulario de instrucciones por anticipado (incluso si desea firmar uno si está en el hospital). Según la ley, nadie puede denegarle el cuidado ni discriminarle según si ha firmado o no un formulario de instrucciones por anticipado.

¿Qué puede hacer si no se siguen sus instrucciones?

Si firmó un formulario de instrucciones por anticipado y cree que un médico o un hospital no siguieron las instrucciones del formulario, usted puede presentar una queja ante la agencia adecuada que corresponde a su estado, por ejemplo, el Departamento de Salud de su Estado. Consulte la Sección 3 del Capítulo 2 para obtener la información de contacto de la agencia que corresponde a su estado.

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

Si tiene algún problema, inquietud o queja y necesita solicitar cobertura o presentar una apelación, el Capítulo 8 de este documento le indica lo que puede hacer. Independientemente de lo que haga—de que solicite una decisión de cobertura, presente una apelación o presente una queja—**tenemos la obligación de tratarle justamente.**

Sección 1.7 ¿Qué puede hacer si cree que le están tratando injustamente o que no se están respetando sus derechos?

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

Si cree que ha sido tratado injustamente o que no se han respetado sus derechos debido a su raza, discapacidad, religión, sexo, salud, origen étnico, credo (creencias), edad, orientación sexual u origen nacional, debe llamar a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al **1-800-368-1019** o al TTY **1-800-537-7697**; o bien, llame a su Oficina de Derechos Civiles local.

¿Se trata de otro asunto?

Si usted cree que ha sido tratado injustamente o que no se han respetado sus derechos, **y no** es un asunto de discriminación, puede recibir ayuda para tratar su problema:

- Puede **llamar a Servicio al Cliente**.
- Puede **llamar al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud**. Para obtener información detallada, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
- O puede **llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY **1-877-486-2048**).

Sección 1.8 Usted tiene derecho a hacer recomendaciones con respecto a la norma de la organización sobre los derechos y responsabilidades de los miembros. Cómo obtener más información sobre sus derechos

Hay varios lugares en los que puede obtener más información sobre sus derechos:

- Puede **llamar a Servicio al Cliente**.
- Para obtener información sobre el programa de calidad de su plan de salud específico, llame al número de Servicio al Cliente que se encuentra en la parte de atrás de su tarjeta de ID de miembro de UnitedHealthcare.
- Puede **llamar al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud**. Para obtener información detallada, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
- Puede comunicarse con **Medicare**.
 - Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación Sus Derechos y Protecciones en Medicare. (La publicación está disponible en: [es.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-S-Medicare-Rights-and-Protections.pdf](https://www.es.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-S-Medicare-Rights-and-Protections.pdf).)
 - O puede llamar al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY **1-877-486-2048**).

Sección 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan

A continuación, se indica lo que debe hacer como miembro del plan. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicio al Cliente.

- **Familiarizarse con sus servicios cubiertos y con las reglas que debe seguir para recibirlos.** Use esta Evidencia de Cobertura para saber lo que tiene cobertura y las reglas que debe seguir para recibir sus servicios cubiertos.
 - Los Capítulos 3 y 4 proporcionan información detallada sobre sus servicios médicos.
 - Los Capítulos 5 y 6 proporcionan información detallada sobre su cobertura de medicamentos con receta de la Parte D.
- **Si usted tiene alguna otra cobertura de seguro de salud o cobertura de medicamentos con receta además de nuestro plan, tiene la obligación de informarnoslo.** El Capítulo 1 le indica cómo coordinar estos beneficios.

- **Informar a su médico y a los demás proveedores de cuidado de la salud que usted está inscrito en nuestro plan.** Muestre su tarjeta de ID de miembro del plan de UnitedHealthcare cada vez que reciba su cuidado médico o sus medicamentos con receta de la Parte D.
- **Ayudar a sus médicos y a otros proveedores al proporcionarles información, hacer preguntas y seguir todas las indicaciones sobre su cuidado.**
 - A fin de ayudar para recibir el mejor cuidado, informe a sus médicos y otros proveedores de salud sobre sus problemas de salud. Siga los planes e instrucciones de tratamiento que usted y sus médicos acuerden.
 - Asegúrese de que sus médicos sepan todos los medicamentos que usted está tomando, incluso los medicamentos sin receta, las vitaminas y los suplementos.
 - Si tiene alguna pregunta, asegúrese de preguntar y obtener una respuesta que pueda entender.
- **Ser considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que usted se comporte de tal manera que ayude al buen funcionamiento del consultorio médico, de los hospitales y de otros sitios similares.
- **Pagar lo que adeuda.** Como miembro del plan, usted es responsable de los siguientes pagos:
 - Para cumplir los requisitos de nuestro plan, usted debe tener la Parte A de Medicare y la Parte B de Medicare. Para la mayoría de los miembros del plan, Medicaid paga la prima de la Parte A (si no califican para ella automáticamente) y la prima de la Parte B. Si Medicaid no paga las primas de Medicare por usted, usted debe seguir pagando las primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan.
- **Si se muda dentro del área de servicio de nuestro plan, debemos saberlo** para que podamos mantener su registro de membresía actualizado y sepamos cómo comunicarnos con usted.
- **Si usted se muda fuera del área de servicio de nuestro plan, no podrá seguir siendo miembro de nuestro plan.**
- Si se muda, también es importante que se lo informe al Seguro Social (o a la Junta de Retiro Ferroviario).

Capítulo 8

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

Sección 1 Introducción

Sección 1.1 Qué puede hacer si tiene un problema o una inquietud

Este capítulo explica los procesos para resolver problemas e inquietudes. El proceso que usted debe usar para resolver su problema depende del tipo de problema que usted tenga:

1. El tipo de problema que tenga:
 - Para algunos problemas, debe usar el **proceso para decisiones de cobertura y apelaciones**.
 - Para otros problemas, debe usar el **proceso para presentar quejas**, también llamadas quejas formales.

Cada proceso tiene una serie de reglas, procedimientos y plazos que debemos seguir nosotros y usted.

La **Sección 3** le ayudará a identificar el proceso adecuado que debe usar y qué debería hacer.

Sección 1.2 Información sobre los términos legales

Algunas de las reglas, los procedimientos y los tipos de plazos que se explican en este capítulo incluyen términos legales. Muchos de estos términos son desconocidos para la mayoría de las personas y pueden ser difíciles de comprender. Para facilitar las cosas, este capítulo:

- Usa palabras más simples en lugar de ciertos términos legales. Por ejemplo, este capítulo generalmente dice presentar una queja en lugar de presentar una queja formal; decisión de cobertura en lugar de determinación de la organización integrada, determinación de cobertura o determinación en riesgo; y organización de revisión independiente en lugar de Entidad de Revisión Independiente.
- También usa la menor cantidad de siglas posible.

Sin embargo, puede ser útil — y a veces muy importante — que usted conozca los términos legales correctos. Saber qué términos usar le ayudará a comunicarse con más precisión para recibir la ayuda o información adecuada para su situación. Para ayudarle a saber qué términos usar, incluimos términos legales con la información detallada para tratar tipos de situaciones específicos.

Sección 2 Dónde obtener más información y ayuda personalizada

Nosotros siempre estamos a su disposición para ayudarle. Aunque usted tenga una queja sobre cómo le tratamos, estamos obligados a respetar su derecho a quejarse. Por lo tanto, siempre debería comunicarse con Servicio al Cliente para recibir ayuda. Pero, en algunas situaciones, es posible que también desee recibir ayuda u orientación de alguien que no tenga relación con nosotros. A continuación, se indican dos entidades que pueden ayudarle.

Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (SHIP)

Cada estado tiene un programa del gobierno con asesores capacitados. El programa no tiene

relación con nosotros ni con ninguna compañía de seguros ni con ningún plan de salud. Los asesores de este programa pueden explicarle qué proceso debe usar para resolver un problema que tiene. También pueden responder sus preguntas, proporcionarle más información y ofrecerle orientación sobre lo que puede hacer.

Los servicios de los asesores del Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud son gratuitos. Encontrará los números de teléfono y la dirección URL del sitio web en la Sección 3 del Capítulo 2 de este documento.

Medicare

También puede comunicarse con Medicare para recibir ayuda. Para comunicarse con Medicare:

- Puede llamar 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**.
- También puede visitar el sitio web de Medicare (**es.medicare.gov**).

TennCare (Medicaid)

También puede comunicarse con TennCare (Medicaid) para recibir ayuda. Para comunicarse con TennCare (Medicaid):

- Puede llamar al **1-800-342-3145**. Los usuarios de TTY deben llamar al **711**.
- Puede visitar el sitio web de TennCare (Medicaid) (**www.tn.gov/tenncare/**).

Sección 3 Explicación de las quejas y apelaciones de Medicare y de Medicaid en nuestro plan

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

En ocasiones, los procesos de Medicare y de Medicaid no se combinan. En esas situaciones, usted usa un proceso de Medicare para un beneficio cubierto por Medicare y un proceso de Medicaid para un beneficio cubierto por Medicaid. Estas situaciones se explican en la **Sección 6.4** de este capítulo, **Paso a paso: Cómo se realiza una apelación de Nivel 2**.

Problemas sobre sus beneficios

Sección 4 Decisiones de cobertura y apelaciones

Si tiene un problema o una inquietud, solamente necesita leer las partes de este capítulo que corresponden a su situación. La tabla a continuación le ayudará a encontrar la sección correcta de este capítulo para los problemas o las quejas sobre los **beneficios cubiertos por Medicare o por Medicaid**.

¿Su problema o inquietud es sobre sus beneficios o su cobertura?

Esto incluye problemas sobre si el cuidado médico, los artículos o servicios médicos, o los medicamentos con receta de la Parte B tienen cobertura o no, y la manera en que están cubiertos, así como los problemas relacionados con el pago del cuidado médico.

Sí.

Consulte la siguiente sección de este capítulo, la **Sección 5, Guía de los conceptos básicos de decisiones de cobertura y apelaciones**.

No.

Pase a la **Sección 11** al final de este capítulo: **Cómo presentar una queja sobre la calidad del cuidado, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otros problemas**.

Sección 5 **Guía de los conceptos básicos de decisiones de cobertura y apelaciones**

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

Las decisiones de cobertura y las apelaciones tratan los problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura de su cuidado médico (servicios, artículos y medicamentos con receta de la Parte B, incluido el pago). Para simplificar, generalmente nos referimos a esos artículos y servicios médicos, y medicamentos con receta de la Parte B de Medicare como **cuidado médico**. Use el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones para asuntos como si algo tiene o no tiene cobertura, y la manera en que algo está cubierto.

Cómo solicitar decisiones de cobertura antes de recibir servicios

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos relacionada con sus beneficios y su cobertura, o con lo que pagaremos por su cuidado médico. Por ejemplo, si su médico de la red del plan le refiere a un especialista médico que no está dentro de la red, esta referencia se considera una decisión favorable de cobertura, a menos que su médico de la red pueda demostrar que usted recibió un aviso de denegación estándar para ese especialista médico o que la Evidencia de Cobertura aclare que el servicio al que le refirieron no tiene cobertura en ningún caso. Usted o su médico también pueden comunicarse con nosotros y solicitar una decisión de cobertura si su médico no está seguro de que cubramos un servicio médico en particular o si se rehúsa a proporcionar cuidado médico que usted cree que necesita. En otras palabras, si usted desea saber si cubriremos un cuidado médico antes de recibirlo, puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura por usted.

En circunstancias limitadas, una solicitud de una decisión de cobertura será desestimada. Esto significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de situaciones en los que una solicitud será desestimada incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien la presenta en nombre de usted, pero no está autorizado legalmente a hacerlo, o si usted pide que se la retire. Si desestimamos una solicitud de una decisión de cobertura, enviaremos un aviso que explicará por qué la solicitud fue desestimada y cómo solicitar una revisión de la desestimación.

Tomamos una decisión de cobertura por usted cada vez que decidimos lo que tiene cobertura para usted y lo que pagamos. En algunos casos, podríamos decidir que el cuidado médico no tiene cobertura o que ya no se lo cubre Medicare. Si usted no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura, ya sea antes o después de que usted reciba un beneficio, y usted no está satisfecho, puede **apelar** la decisión. Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado. En determinadas circunstancias, de las que hablaremos más adelante, usted puede solicitar una **apelación rápida** de una decisión de cobertura. Los revisores que están a cargo de su apelación no son los mismos que tomaron la decisión original.

Si usted apela una decisión por primera vez, esto se llama apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que tomamos para verificar si seguimos todas las reglas correctamente. Cuando terminemos la revisión, le comunicaremos nuestra decisión.

En circunstancias limitadas, una solicitud de apelación de Nivel 1 será desestimada. Esto significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de situaciones en los que una solicitud será desestimada incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien la presenta en nombre de usted, pero no está autorizado legalmente a hacerlo, o si usted pide que se la retire. Si desestimamos una solicitud de apelación de Nivel 1, enviaremos un aviso que explicará por qué la solicitud fue desestimada y cómo solicitar una revisión de la desestimación.

Si denegamos de manera total o parcial su apelación relacionada con el cuidado médico de Nivel 1, puede pasar a una apelación de Nivel 2 realizada por una organización de revisión independiente que no tiene relación con nosotros.

- Usted no tiene que hacer nada para iniciar una apelación de Nivel 2. Las reglas de Medicare nos exigen que enviemos automáticamente su apelación relacionada con el cuidado médico al Nivel 2 si no estamos totalmente de acuerdo con su apelación de Nivel 1.
- Para obtener más información sobre las apelaciones de Nivel 2, consulte la **Sección 6.4** de este capítulo.
- En el caso de las apelaciones de medicamentos de la Parte D, si denegamos de manera total o parcial su apelación, usted deberá solicitar una apelación de Nivel 2. En la Sección 7 de este capítulo, se proporciona más información sobre las apelaciones de la Parte D.

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

Sección 5.2 **Cómo recibir ayuda si solicita una decisión de cobertura o presenta una apelación**

A continuación, encontrará recursos en caso de que decida solicitar cualquier tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- **Puede llamarnos a Servicio al Cliente.**
- **Puede recibir ayuda gratuita** de su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud.
- **Su médico u otro proveedor de cuidado de la salud pueden presentar una solicitud por usted.** Si su médico le ayuda con una apelación más allá del Nivel 2, tendrá que ser designado como su representante. Llame a Servicio al Cliente y pida el formulario de Nombramiento de un Representante. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en **[cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696Spanish.pdf](https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696Spanish.pdf)**.)
 - Si se trata de cuidado médico, su médico u otro proveedor de cuidado de la salud pueden solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en nombre de usted. Si su apelación se deniega en el Nivel 1, se enviará automáticamente al Nivel 2.
 - Si su médico u otro proveedor de salud solicita que un artículo o un servicio que usted ya está recibiendo continúe durante su apelación, **es posible** que usted deba nombrar a su médico u otro profesional que receta como su representante para que actúe en nombre de usted.
 - Si se trata de medicamentos con receta de la Parte D, su médico u otro profesional que receta pueden solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 o Nivel 2 en nombre de usted. Si su apelación de Nivel 1 se deniega, su médico o el profesional que le receta pueden solicitar una apelación de Nivel 2.
- **Usted puede pedirle a alguien que actúe en nombre de usted.** Si lo desea, puede nombrar a otra persona para que actúe como su representante para solicitar una decisión de cobertura o para presentar una apelación.
 - Si desea que un amigo, un familiar u otra persona sea su representante, llame a Servicio al Cliente y pida el formulario de Nombramiento de un Representante. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en **[cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696Spanish.pdf](https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696Spanish.pdf)**.) El formulario autoriza a esa persona a actuar en nombre de usted. Debe estar firmado por usted y por la persona que usted desee que actúe en nombre de usted. Usted debe entregarnos una copia del formulario firmado.
 - Aunque podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos comenzar ni realizar nuestra revisión hasta que lo recibamos. Si no recibimos el formulario en un plazo no mayor de 44 días calendario después de haber recibido su solicitud de apelación (nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación), su solicitud de apelación será desestimada. Si esto ocurre, le enviaremos un aviso por escrito que explicará su derecho a solicitar a la organización de revisión independiente que revise nuestra decisión de desestimar su apelación.

- **Usted también tiene derecho a contratar a un abogado.** Puede comunicarse con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado en el colegio de abogados local o en otro servicio de referencias. También existen asociaciones que le prestarán servicios legales gratuitos si usted califica. Sin embargo, **no está obligado a contratar a un abogado** para solicitar ningún tipo de decisión de cobertura ni para apelar una decisión.

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

Hay cuatro situaciones distintas que implican decisiones de cobertura y apelaciones. Como cada situación tiene reglas y plazos diferentes, la información detallada de cada una se encuentra en una sección aparte:

- **Sección 6** de este capítulo: Su cuidado médico: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 7** de este capítulo: Sus medicamentos con receta de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 8** de este capítulo: Cómo pedirnos que cubramos una estadía en el hospital como paciente hospitalizado más prolongada si piensa que el médico le dará de alta demasiado pronto
- **Sección 9** de este capítulo: Cómo pedirnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si usted piensa que su cobertura terminará demasiado pronto (Esta sección solamente se aplica a los siguientes servicios: cuidado de asistencia médica a domicilio, cuidado en un centro de enfermería especializada y servicios en un Centro para Rehabilitación Integral de Pacientes Ambulatorios [CORF])

Si no está seguro de qué sección debería usar, llame a Servicio al Cliente. También puede recibir ayuda o información de parte de organizaciones del gobierno, como su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud.

Sección 6 Su cuidado médico: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura

Sección 6.1 Esta sección indica lo que usted puede hacer si tiene problemas para obtener cobertura de cuidado médico o si desea que le reembolsemos el costo de su cuidado

Esta sección trata de sus beneficios de cuidado médico. Estos beneficios se describen en el Capítulo 4 de este documento: **Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto)**. En algunos casos, se aplican reglas diferentes a una solicitud para obtener un medicamento con receta de la Parte B. En esos casos, explicaremos en qué se diferencian las reglas para los medicamentos con receta de la Parte B de las reglas para los artículos y servicios médicos.

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

1. No recibe cierto cuidado médico que desea y cree que nuestro plan cubre ese cuidado. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 6.2.**
2. Nuestro plan no aprobará el cuidado médico que su médico u otro proveedor de cuidado de la salud desean proporcionarle, y usted cree que nuestro plan cubre ese cuidado. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 6.2.**
3. Usted ha recibido cuidado médico que cree que nuestro plan debería cubrir, pero hemos denegado el pago de ese cuidado. **Presente una apelación. Sección 6.3.**
4. Usted recibió y pagó cuidado médico que cree que nuestro plan debería cubrir, y desea pedir a nuestro plan que le reembolse el costo de ese cuidado. **Envíenos la factura. Sección 6.5.**
5. Se le informa que se reducirá o interrumpirá la cobertura de cierto cuidado médico que usted ha estado recibiendo (que habíamos aprobado previamente), y cree que dicha reducción o interrupción de ese cuidado podría perjudicar su salud. **Presente una apelación. Sección 6.3.**
 - **NOTA: Si la cobertura que se interrumpirá es de cuidado hospitalario, cuidado de asistencia médica a domicilio, cuidado en un centro de enfermería especializada o servicios en un Centro para Rehabilitación Integral de Pacientes Ambulatorios (CORF), usted debe leer las Secciones 8 y 9 de este capítulo. Se aplican reglas especiales a estos tipos de cuidado.**

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

Términos Legales: Si una decisión de cobertura está relacionada con su cuidado médico, se llama **determinación de la organización.**

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

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

Una decisión de cobertura estándar se suele tomar en un plazo no mayor de 14 días o de 72 horas en el caso de los medicamentos de la Parte B. Una decisión de cobertura rápida generalmente se toma en un plazo no mayor de 72 horas en el caso de los servicios médicos o de 24 horas en el caso de los medicamentos de la Parte B. Para obtener una decisión de cobertura rápida, usted debe cumplir dos requisitos:

- **Solamente** puede **solicitar** la cobertura de artículos o servicios médicos (no puede solicitar el pago de artículos o servicios que ya recibió)
- Puede obtener una decisión de cobertura rápida **solamente** si los plazos estándar podrían **afectar gravemente a su salud o perjudicar su capacidad funcional.**
- **Si su médico nos informa que su salud requiere una decisión de cobertura rápida, automáticamente aceptaremos concederle una decisión de cobertura rápida.**

- **Si usted solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta, sin el respaldo de su médico, decidiremos si su salud requiere que le concedamos una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que:
 - Explicará que usaremos los plazos estándar.
 - Explicará que, si su médico solicita la decisión de cobertura rápida, automáticamente le concederemos una decisión de cobertura rápida.
 - Explicará que usted puede presentar una queja rápida sobre nuestra decisión de concederle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que usted solicitó.

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

- Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para presentar su solicitud de que autoricemos o proporcionemos cobertura del cuidado médico que usted desea. Pueden hacerlo usted, su médico o su representante. La información de contacto se encuentra en el Capítulo 2.

Paso 3: Consideramos su solicitud de cobertura de cuidado médico y le damos nuestra respuesta.

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

Esto significa que le daremos una respuesta en un plazo no mayor de 14 días calendario después de que recibamos su solicitud para obtener **un artículo o un servicio médico**. Si su solicitud es para obtener un **medicamento con receta de la Parte B de Medicare**, le daremos una respuesta **en un plazo no mayor de 72 horas** después de que recibamos su solicitud.

- **Sin embargo**, si usted pide más tiempo o si necesitamos más información que pueda beneficiarle, **podemos tomarnos hasta 14 días adicionales** si su solicitud es para obtener un artículo o un servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para obtener un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- Si usted piensa que **no** deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar una queja rápida. Le daremos una respuesta a su queja tan pronto como tomemos la decisión. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso para decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener información sobre las quejas, consulte la Sección 10 de este capítulo.)

Para las decisiones de Cobertura Rápidas, usamos un plazo rápido

Una decisión de cobertura rápida significa que responderemos en un plazo no mayor de 72 horas si su solicitud es para obtener un artículo o un servicio médico. Si su solicitud es para obtener un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, responderemos en un plazo no mayor de 24 horas.

- **Sin embargo**, si usted pide más tiempo o si necesitamos más información que pueda beneficiarle, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales**. Si nos tomamos días adicionales, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para obtener un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- Si usted piensa que **no** deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar una queja rápida. (Para obtener información sobre las quejas, consulte la Sección 10 de este capítulo.) Le llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.
- **Si denegamos de manera total o parcial lo que usted solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito que explicará las razones de nuestra respuesta.

Paso 4: Si denegamos su solicitud de cobertura de cuidado médico, usted puede apelar.

- En ese caso, usted tiene derecho a pedirnos que reconsideremos esta decisión mediante la presentación de una apelación. Esto significa volver a pedir obtener la cobertura de cuidado médico que usted desea. Si presenta una apelación, significa que usted pasa al Nivel 1 del proceso de apelación.

Sección 6.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos Legales: Una apelación presentada ante el plan sobre una decisión de cobertura relacionada con el cuidado médico se llama **reconsideración** del plan.

Una apelación rápida también se llama **reconsideración rápida**.

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

Una apelación estándar se suele realizar en un plazo no mayor de 30 días o de 7 días en el caso de los medicamentos de la Parte B. Una apelación rápida generalmente se realiza en un plazo no mayor de 72 horas.

- Si usted apela una decisión que tomamos sobre la cobertura de cuidado que aún no recibió, usted o su médico deberán decidir si usted necesita una apelación rápida. Si su médico nos informa que su salud requiere una apelación rápida, le concederemos una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión de cobertura rápida, según se describen en la Sección 6.2 de este capítulo.

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

- **Si solicita una apelación estándar, hágalo por escrito.**
- **Si solicita una apelación rápida, hágalo por escrito o llámenos.** La información de contacto se encuentra en el Capítulo 2.

Debe presentar su solicitud de apelación en un plazo no mayor de 60 días calendario a partir de la fecha del aviso por escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si se le pasa este plazo por un buen motivo, explique el motivo de su apelación tardía cuando presente su apelación. Es posible que le demos más tiempo para

presentar su apelación. Ejemplos de un buen motivo pueden incluir una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le proporcionamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.

- **Usted puede pedir una copia de la información sobre su decisión médica. Usted y su médico pueden agregar más información para respaldar su apelación.**

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

- Si decidimos cambiar o interrumpir la cobertura de un artículo o servicio que usted recibe actualmente, le enviaremos un aviso antes de tomar la medida propuesta.
- Si no está de acuerdo con la medida, puede presentar una apelación de Nivel 1. Seguiremos cubriendo el servicio o artículo si usted solicita una apelación de Nivel 1 en un plazo no mayor de 10 días calendario a partir de la fecha del matasellos de nuestra carta o antes de la fecha de vigencia prevista de la medida, lo que sea posterior.
- Si usted cumple este plazo, puede seguir recibiendo el artículo o servicio sin cambios mientras su apelación de Nivel 1 esté pendiente. También seguirá recibiendo todos los demás servicios o artículos (que no sean el motivo de su apelación) sin cambios.

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

- Cuando revisamos su apelación, analizamos detenidamente toda la información. Verificamos si estábamos siguiendo todas las reglas cuando denegamos su solicitud.
- Recopilaremos más información si es necesario. Para ello, posiblemente nos comunicaremos con usted o con su médico.

Plazos para una apelación rápida

- En el caso de una apelación rápida, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo no mayor de 72 horas después de que recibamos su apelación**. Si su salud lo requiere, le daremos nuestra respuesta antes.
 - Sin embargo, si usted pide más tiempo o si necesitamos más información que pueda beneficiarle, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es para obtener un artículo o un servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional si su solicitud es para obtener un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
 - Si no le damos una respuesta en un plazo no mayor de 72 horas (o antes de que termine el período extendido si nos tomamos días adicionales), se nos exige que automáticamente enviemos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde será revisada por una organización de revisión independiente. La Sección 6.4 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos de manera total o parcial lo que usted solicitó**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura que hemos aceptado proporcionar en un plazo no mayor de 72 horas después de que recibamos su apelación.
- **Si denegamos de manera total o parcial lo que usted solicitó**, le enviaremos nuestra decisión por escrito y automáticamente enviaremos su apelación a la organización de revisión

independiente para una apelación de Nivel 2. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación.

Plazos para una apelación estándar

- En el caso de las apelaciones estándar, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo no mayor de 30 días calendario** después de que recibamos su apelación. Si su solicitud es para obtener un medicamento con receta de la Parte B de Medicare que aún no recibió, le daremos nuestra respuesta **en un plazo no mayor de 7 días calendario** después de que recibamos su apelación. Si su condición de salud lo requiere, le comunicaremos nuestra decisión antes de ese plazo.
 - Sin embargo, si usted pide más tiempo o si necesitamos más información que pueda beneficiarle, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es para obtener un artículo o un servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para obtener un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
 - Si usted piensa que **no** deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar una queja rápida. Si presenta una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja en un plazo no mayor de 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluso las quejas rápidas, consulte la **Sección 11** de este capítulo.)
 - Si no le damos una respuesta en ese plazo (o antes de que termine el período extendido), enviaremos su solicitud a una apelación de Nivel 2 donde una organización de revisión independiente revisará la apelación. La Sección 6.4 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos de manera total o parcial lo que usted solicitó**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura en un plazo no mayor de 30 días calendario o **en un plazo no mayor de 7 días calendario** si su solicitud es para obtener un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, después de que recibamos su apelación.
- **Si nuestro plan deniega de manera total o parcial su apelación, usted tiene derechos de apelación adicionales.**
- Si denegamos de manera total o parcial lo que usted solicitó, le enviaremos una carta.
 - Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o un artículo de Medicare, la carta le indicará que su caso fue enviado a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.
 - Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o un artículo de Medicaid, la carta le indicará cómo presentar una apelación de Nivel 2 usted mismo.

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

Término Legal: El nombre formal de la organización de revisión independiente es **Entidad de Revisión Independiente (Independent Review Entity, IRE)**.

La **organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare**. No tiene relación con nosotros y no es una agencia del gobierno. Esta organización determina si la decisión que tomamos es correcta o si debemos modificarla. Medicare supervisa su trabajo.

- Si su problema es sobre un servicio o un artículo que habitualmente está **cubierto por Medicare**, enviaremos su caso automáticamente al Nivel 2 del proceso de apelación en cuanto termine la apelación de Nivel 1.
- Si su problema es sobre un servicio o un artículo que habitualmente está **cubierto por Medicaid**, usted mismo puede presentar una apelación de Nivel 2. La carta le explicará cómo hacerlo. A continuación, también encontrará información.
- Si su problema es sobre un servicio o un artículo que podría estar **cubierto tanto por Medicare como por Medicaid**, usted obtendrá automáticamente una apelación de Nivel 2 ante la organización de revisión independiente. También puede solicitar una Audiencia Imparcial ante el estado.

Si usted calificó para la continuación de los beneficios cuando presentó su apelación de Nivel 1, sus beneficios por el servicio, el artículo o el medicamento que se está apelando también podrían continuar durante el Nivel 2. Consulte la Sección 6.3 para obtener información sobre cómo continuar con sus beneficios durante las apelaciones de Nivel 1.

- Si su problema es sobre un servicio que habitualmente está cubierto por Medicare solamente, sus beneficios por ese servicio no continuarán durante el proceso de apelación de Nivel 2 ante la organización de revisión independiente.
- Si su problema es sobre un servicio que habitualmente está cubierto por Medicaid, sus beneficios por ese servicio continuarán si usted presenta una apelación de Nivel 2 en un plazo no mayor de 10 días calendario después de recibir la carta de decisión del plan.

Si su problema es sobre un servicio o un artículo que habitualmente está cubierto por Medicare:

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

- Enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. Esta información se llama su **expediente del caso. Usted tiene derecho a pedirnos una copia gratuita del expediente de su caso.**
- Usted tiene derecho a dar información adicional a la organización de revisión independiente para respaldar su apelación.
- Los revisores de la organización de revisión independiente examinarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Si su apelación fue rápida en el Nivel 1, también será una apelación rápida en el Nivel 2

- En el caso de la apelación rápida, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo no mayor de 72 horas** después de que reciba su apelación.
- Si su solicitud es para obtener un artículo o un servicio médico, y la organización de revisión independiente necesita recopilar más información que pueda beneficiarle a usted, **puede tomarse hasta 14 días calendario adicionales**. La organización de revisión independiente no puede tomarse tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para obtener un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

Si su apelación fue estándar en el Nivel 1, también será una apelación estándar en el Nivel 2

- En el caso de la apelación estándar, si su solicitud es para obtener un artículo o un servicio médico, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo no mayor de 30 días calendario** después de que reciba su apelación. Si su solicitud es para obtener un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo no mayor de 7 días calendario** después de que reciba su apelación.
- Sin embargo, si su solicitud es para obtener un artículo o un servicio médico, y la organización de revisión independiente necesita recopilar más información que pueda beneficiarle a usted, **puede tomarse hasta 14 días calendario adicionales**. La organización de revisión independiente no puede tomarse tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para obtener un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

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

La organización de revisión independiente le comunicará su decisión por escrito y le explicará los motivos.

- **Si la organización de revisión independiente acepta de manera total o parcial una solicitud para obtener un artículo o un servicio médico**, debemos autorizar la cobertura de cuidado médico **en un plazo no mayor de 72 horas** o prestar el servicio en un plazo no mayor de **14 días calendario** después de que recibamos la decisión de la organización de revisión independiente si se trata de **solicitudes estándar**. O bien, debemos prestar el servicio **en un plazo no mayor de 72 horas** a partir de la fecha en que recibamos la decisión de la organización de revisión independiente si se trata de **solicitudes rápidas**.
- **Si la organización de revisión independiente acepta de manera total o parcial una solicitud para obtener un medicamento con receta de la Parte B de Medicare**, debemos autorizar o proporcionar el medicamento con receta de la Parte B de Medicare **en un plazo no mayor de 72 horas** después de que recibamos la decisión de la organización de revisión independiente si se trata de **solicitudes estándar**, o bien, **en un plazo no mayor de 24 horas** a partir de la fecha en que recibamos la decisión de la organización de revisión independiente si se trata de **solicitudes rápidas**.

- **Si esta organización deniega de manera total o parcial su apelación**, significa que está de acuerdo con nuestro plan en que su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura de cuidado médico no debería aprobarse. (A esto se le llama ratificar la decisión o rechazar su apelación.) En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta:
 - Que explicará la decisión.
 - Que le notificará su derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor monetario de la cobertura de cuidado médico alcanza un cierto mínimo. El aviso por escrito que usted reciba de la organización de revisión independiente le indicará el valor monetario que debe alcanzar para continuar con el proceso de apelación.
 - Que le indicará cómo presentar una apelación de Nivel 3.
- Si su apelación de Nivel 2 es denegada y usted cumple los requisitos para continuar con el proceso de apelación, usted debe decidir si desea pasar al Nivel 3 y presentar una tercera apelación. Encontrará información detallada sobre cómo hacerlo en el aviso por escrito que reciba después de su apelación de Nivel 2.
 - La apelación de Nivel 3 está a cargo de un Juez de Derecho Administrativo o de un abogado adjudicador. La **Sección 10** de este capítulo explica el proceso de las apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

Si su problema es sobre un servicio o un artículo que habitualmente está cubierto por Medicaid:

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

- El Nivel 2 del proceso de apelación para los servicios que habitualmente están cubiertos por Medicaid es una Audiencia Imparcial ante el estado. Usted debe solicitar una Audiencia Imparcial por escrito o por teléfono **en un plazo no mayor de 120 días calendario** desde la fecha en que le enviamos la carta de la decisión de su apelación de Nivel 1. La carta que reciba de nuestra parte le indicará dónde presentar su solicitud de audiencia.

Paso 2: La oficina de Audiencias Imparciales le da su respuesta.

La oficina de Audiencias Imparciales le comunicará su decisión por escrito y le explicará los motivos.

- **Si la oficina de Audiencias Imparciales acepta de manera total o parcial una solicitud para obtener un artículo o un servicio médico**, debemos autorizarlo o prestarlo en un plazo no mayor de 72 horas después de que recibamos la decisión de la oficina de Audiencias Imparciales.
- **Si la oficina de Audiencias Imparciales deniega de manera total o parcial su apelación**, está de acuerdo con nuestro plan en que su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura de cuidado médico no debería aprobarse. (A esto se le llama ratificar la decisión o rechazar su apelación.)

Si la decisión deniega de manera total o parcial lo que solicitó. ¿puedo presentar otra apelación?

Si la organización de revisión independiente o la oficina de Audiencias Imparciales deciden denegar de manera total o parcial lo que usted solicitó, tiene **derechos de apelación adicionales**. La carta que usted reciba de la oficina de Audiencias Imparciales describirá esta siguiente opción de apelación.

Para obtener más información sobre sus derechos de apelación después del Nivel 2, consulte la **Sección 10** de este capítulo.

Sección 6.5 ¿Qué sucede si nos pide que le reembolsemos el pago de una factura que recibió por cuidado médico?

Si usted ya pagó un servicio o un artículo de Medicaid cubierto por el plan, puede pedir a nuestro plan que le reembolse lo que usted pagó (esto se suele llamar hacerle un reembolso). Tiene derecho a que nuestro plan le haga un reembolso cada vez que haya pagado servicios médicos o medicamentos que estén cubiertos por nuestro plan. Cuando nos envíe una factura que usted ya pagó, la revisaremos y decidiremos si los servicios o los medicamentos deberían estar cubiertos. Si decidimos que deberían estar cubiertos, le reembolsaremos el costo de los servicios o los medicamentos.

Pedir un reembolso significa solicitarnos una decisión de cobertura.

Si nos envía la documentación para pedir un reembolso, está solicitando una decisión de cobertura. Para tomar esta decisión, verificaremos si el cuidado médico que usted pagó está cubierto. También verificaremos si usted siguió todas las reglas para usar su cobertura de cuidado médico.

Si desea que le reembolsemos el costo de un servicio o un artículo de **Medicare**, o si nos pide que le paguemos a un proveedor de cuidado de la salud por un servicio o un artículo de Medicaid que usted pagó, nos solicitará que tomemos esta decisión de cobertura. Verificaremos si el cuidado médico que usted pagó es un servicio cubierto. También verificaremos si usted siguió todas las reglas para usar su cobertura de cuidado médico.

- **Si aceptamos su solicitud:** Si el cuidado médico está cubierto y usted siguió todas las reglas, le enviaremos el pago de su cuidado médico en un plazo no mayor de 60 días calendario después de que recibamos su solicitud.
- **Si denegamos su solicitud:** Si el cuidado médico **no** está cubierto o si usted no siguió todas las reglas, no enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta que indicará que no pagaremos el cuidado médico, además de los motivos.

Si usted no está de acuerdo con nuestra decisión de denegación, **puede presentar una apelación**. Si presenta una apelación, significa que nos solicita que cambiemos la decisión de cobertura que tomamos cuando denegamos su solicitud de pago.

Para presentar esta apelación, siga el proceso de apelación que se describe en la

Sección 6.3. En el caso de las apelaciones relacionadas con un reembolso, tenga en cuenta que:

- Debemos darle nuestra respuesta en un plazo no mayor de 30 días calendario después de que recibamos su apelación. Si nos pide que le reembolsemos el costo de cuidado médico que ya recibió y pagó, no se le permite solicitar una apelación rápida.

- Si la organización de revisión independiente decide que debemos pagar, debemos enviarle a usted o al proveedor el pago en un plazo no mayor de 30 días calendario. Si aceptamos su apelación en cualquier etapa del proceso de apelación después del Nivel 2, debemos enviarle el pago que usted solicitó a usted o al proveedor en un plazo no mayor de 60 días calendario.

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

Sección 7.1 Esta sección le indica qué puede hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea que le reembolsemos el costo de un medicamento de la Parte D

Sus beneficios incluyen la cobertura de muchos medicamentos con receta. Para tener cobertura, el medicamento se debe usar para una indicación médicamente aceptada. (Consulte el Capítulo 5 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada.) Para obtener información detallada sobre las reglas, las restricciones, los costos y los medicamentos de la Parte D, consulte los Capítulos 5 y 6.

- **Esta sección se refiere solamente a sus medicamentos de la Parte D.** Para simplificar, generalmente decimos medicamento en el resto de esta sección, en lugar de repetir medicamento con receta cubierto para pacientes ambulatorios o medicamento de la Parte D en cada caso. También usamos el término “Lista de Medicamentos” en lugar de Lista de Medicamentos Cubiertos o Formulario.
- Si usted no sabe si un medicamento está cubierto o si usted cumple las reglas, puede preguntarnos. Algunos medicamentos requieren que usted obtenga nuestra aprobación antes de que los cubramos.
- Si en su farmacia le informan que no pueden surtir su receta tal como fue emitida, la farmacia le dará un aviso por escrito que explicará cómo comunicarse con nosotros para solicitar 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 llama **determinación de cobertura**.

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos relacionada con sus beneficios y su cobertura, o con lo que pagaremos por sus medicamentos. Esta sección indica lo que puede hacer si se encuentra en alguna de las situaciones siguientes:

- Desea solicitar que se cubra un medicamento de la Parte D que no está en la Lista de Medicamentos Cubiertos del plan. **Solicite una excepción. Sección 7.2.**
- Desea pedir que no se aplique una restricción a la cobertura del plan para un medicamento (como los límites sobre la cantidad del medicamento que usted puede obtener). **Solicite una excepción. Sección 7.2.**

- Desea solicitar la preaprobación de un medicamento. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 7.4.**
- Desea pedir que se pague un medicamento con receta que usted ya compró. **Pídanos que le hagamos un reembolso. Sección 7.4.**

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

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

Sección 7.2 ¿Qué es una excepción?

Términos Legales: Solicitar la cobertura de un medicamento que no está en la “Lista de Medicamentos” a veces se dice solicitar una **excepción al formulario**.

Pedir que se elimine una restricción a la cobertura de un medicamento a veces se dice solicitar una **excepción al formulario**.

Solicitar pagar un precio más bajo por un medicamento no preferido cubierto a veces se dice solicitar una **excepción de nivel**.

Si un medicamento no está cubierto de la manera que usted desea, puede solicitarnos que hagamos una excepción. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura.

Para que consideremos su solicitud de excepción, su médico u otro profesional que receta deberán explicar las razones médicas por las que usted necesita que se apruebe la excepción.

Los siguientes son dos ejemplos de excepciones que usted, su médico u otro profesional que receta pueden solicitarnos:

1. **Cubrir un medicamento de la Parte D para usted que no está en nuestra “Lista de Medicamentos”.** Si aceptamos cubrir un medicamento que no está en la “Lista de Medicamentos”, usted tendrá que pagar el costo compartido que se aplica a todos nuestros medicamentos. No puede solicitar una excepción al costo compartido que usted debe pagar por el medicamento.
2. **Eliminar una restricción a un medicamento cubierto.** El Capítulo 5 describe las reglas o restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos de nuestra “Lista de Medicamentos”.

Sección 7.3 Información importante sobre la solicitud de excepciones

Su médico debe informarnos las razones médicas

Su médico u otro profesional que receta deben entregarnos una declaración en la que expliquen las razones médicas para solicitar una excepción. Para recibir una decisión más rápida, incluya esta información médica de parte de su médico o de otro profesional que receta cuando solicite la excepción.

Por lo general, nuestra “Lista de Medicamentos” incluye más de un medicamento para tratar una condición en particular. A estas diferentes posibilidades se les llama medicamentos alternativos. Si un medicamento alternativo podría surtir exactamente el mismo efecto que el medicamento que usted solicita y no causaría más efectos secundarios u otros problemas de salud, generalmente **no** aprobaremos su solicitud de excepción.

Podemos aceptar o denegar su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de excepción, generalmente nuestra aprobación permanece vigente hasta el final del año del plan, siempre y cuando su médico le siga recetando el medicamento y el medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar su condición.
- Si denegamos su solicitud, puede presentar una apelación para solicitar otra revisión.

Sección 7.4 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluso una excepción

Término Legal: Una decisión de cobertura rápida se llama **determinación de cobertura rápida**.

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

Las **decisiones de cobertura estándar** se realizan en un plazo no mayor de **72 horas** después de que recibamos la declaración de su médico. Las **decisiones de cobertura rápida** se realizan en un plazo no mayor de **24 horas** después de que recibamos la declaración de su médico.

- **Si su salud lo requiere, solicítenos una decisión de cobertura rápida. Para obtener una decisión de cobertura rápida, usted debe cumplir dos requisitos:**
 - Debe solicitar un **medicamento que usted aún no recibió**. (No puede solicitar una decisión de cobertura rápida para que le reembolsemos el costo de un medicamento que usted ya compró.)
 - Los plazos estándar podrían **afectar gravemente a su salud o perjudicar su capacidad funcional**.
- **Si su médico u otro profesional que receta nos informan que su salud requiere una decisión de cobertura rápida, automáticamente le concederemos una decisión de cobertura rápida.**
- **Si usted solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta, sin el respaldo de su médico ni del profesional que le receta, decidiremos si su salud requiere que le concedamos una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que:
 - Explicará que usaremos los plazos estándar.
 - Explicará que, si su médico u otro profesional que receta solicitan la decisión de cobertura rápida, automáticamente le concederemos una decisión de cobertura rápida.

- Le indicará cómo puede presentar una queja rápida sobre nuestra decisión de concederle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que usted solicitó. Responderemos su queja en un plazo no mayor de 24 horas después de recibirla.

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

Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para presentar su solicitud de que autoricemos o proporcionemos cobertura del cuidado médico que usted desea. También puede acceder al proceso para decisiones de cobertura a través de nuestro sitio web. Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito, incluso una solicitud presentada en el formulario de **Solicitud de Determinación de Cobertura Modelo de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid**. La información de contacto se encuentra en el Capítulo 2. Para ayudarnos a procesar su solicitud, asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información que identifique qué reclamo denegado se está apelando.

Pueden hacerlo usted, su médico (u otro profesional que receta) o su representante. Un abogado también puede actuar en nombre de usted. La Sección 5.2 de este capítulo explica cómo usted puede autorizar por escrito a alguien para que actúe como su representante.

- **Si solicita una excepción, presente la declaración de respaldo**, que contiene las razones médicas para la excepción. Su médico u otro profesional que receta pueden enviarnos la declaración por fax o por correo. O bien, su médico u otro profesional que receta pueden explicarnos las razones por teléfono y luego enviarnos por correo o por fax la declaración por escrito, si es necesario.

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

Plazos para una decisión de cobertura rápida

- Generalmente, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo no mayor de 24 horas** después de que recibamos su solicitud.
 - En el caso de las excepciones, le daremos nuestra respuesta en un plazo no mayor de 24 horas después de que recibamos la declaración de respaldo de su médico. Si su salud lo requiere, le daremos nuestra respuesta antes.
 - Si no cumplimos este plazo, se nos exige que enviemos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde será revisada por una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos de manera total o parcial lo que usted solicitó**, debemos proporcionar la cobertura que hemos aceptado proporcionar en un plazo no mayor de 24 horas después de que recibamos su solicitud o la declaración de su médico en respaldo de su solicitud.
- **Si denegamos de manera total o parcial lo que usted solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito que explicará las razones de nuestra respuesta. También le indicaremos cómo usted puede apelar.

Plazos para una decisión de cobertura estándar relacionada con un medicamento que usted aún no recibió

- Debemos darle nuestra respuesta **en un plazo no mayor de 72 horas** después de que recibamos su solicitud.

- En el caso de las excepciones, le daremos nuestra respuesta en un plazo no mayor de 72 horas después de que recibamos la declaración de respaldo de su médico. Si su salud lo requiere, le daremos nuestra respuesta antes.
- Si no cumplimos este plazo, se nos exige que enviemos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde será revisada por una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos de manera total o parcial lo que usted solicitó**, debemos proporcionar la cobertura que hemos aceptado proporcionar **en un plazo no mayor de 72 horas** después de que recibamos su solicitud o la declaración de su médico en respaldo de su solicitud.
- **Si denegamos de manera total o parcial lo que usted solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito que explicará las razones de nuestra respuesta. También le indicaremos cómo usted puede apelar.

Plazos para una decisión de cobertura estándar relacionada con el pago de un medicamento que usted ya compró

- Debemos darle nuestra respuesta **en un plazo no mayor de 14 días calendario** después de que recibamos su solicitud.
 - Si no cumplimos este plazo, se nos exige que enviemos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde será revisada por una organización de revisión independiente
- **Si aceptamos de manera total o parcial lo que usted solicitó**, también se nos exige que le realicemos el pago en un plazo no mayor de 14 días calendario después de que recibamos su solicitud.
- **Si denegamos de manera total o parcial lo que usted solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito que explicará las razones de nuestra respuesta. También le indicaremos cómo usted puede apelar.

Paso 4: Si denegamos su solicitud de cobertura, usted puede presentar una apelación.

- En ese caso, usted tiene derecho a pedirnos que reconsideremos esta decisión mediante la presentación de una apelación. Esto significa volver a pedir obtener la cobertura del medicamento que usted desea. Si presenta una apelación, significa que usted pasa al Nivel 1 del proceso de apelación.

Sección 7.5 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Término Legal: Una apelación presentada ante el plan sobre una decisión de cobertura relacionada con un medicamento de la Parte D se llama **redeterminación** del plan.

Una apelación rápida también se llama **redeterminación rápida**.

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

Una apelación estándar generalmente se realiza en un plazo no mayor de 7 días. Una apelación rápida generalmente se realiza en un plazo no mayor de 72 horas. Si su salud lo requiere, solicite una apelación rápida.

- Si apela una decisión que tomamos sobre un medicamento que aún no recibió, usted y su médico u otro profesional que receta deberán decidir si usted necesita una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión de cobertura rápida, según se describen en la Sección 6.4 de este capítulo.

Paso 2: Usted, su representante, su médico u otro profesional que receta deben comunicarse con nosotros y presentar su apelación de Nivel 1. Si su salud requiere una respuesta rápida, usted debe solicitar una apelación rápida.

- **Para presentar apelaciones estándar, presente una solicitud por escrito.** La información de contacto se encuentra en el Capítulo 2.
- **Para presentar apelaciones rápidas, preséntelas por escrito o llámenos al 1-800-690-1606.** La información de contacto se encuentra en el Capítulo 2.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito**, incluso una solicitud presentada en el Formulario de Solicitud de Determinación de Cobertura Modelo de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, que está disponible en nuestro sitio web. Asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información sobre su reclamo para ayudarnos a procesar su solicitud.
- **Debe presentar su solicitud de apelación en un plazo no mayor de 60 días calendario** a partir de la fecha del aviso por escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si se le pasa este plazo por un buen motivo, explique el motivo de su apelación tardía cuando presente su apelación. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de un buen motivo pueden incluir una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le proporcionamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Usted puede pedir 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 nuestra respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, analizamos otra vez detenidamente toda la información sobre su solicitud de cobertura. Verificamos si estábamos siguiendo todas las reglas cuando denegamos su solicitud. Es posible que nos comuniquemos con usted, con su médico o con otro profesional que receta para obtener más información.

Plazos para una apelación rápida

- En el caso de las apelaciones rápidas, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo no mayor de 72 horas después de que recibamos su apelación**. Si su salud lo requiere, le daremos nuestra respuesta antes.
 - Si no le damos una respuesta en un plazo no mayor de 72 horas, se nos exige que enviemos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde será revisada por una organización de revisión independiente. La **Sección 7.6** explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos de manera total o parcial lo que usted solicitó**, debemos proporcionar la cobertura que hemos aceptado proporcionar en un plazo no mayor de 72 horas después de que recibamos su apelación.

- **Si denegamos de manera total o parcial lo que usted solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito que explicará las razones de nuestra respuesta y cómo usted puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una apelación estándar relacionada con un medicamento que usted aún no recibió

- En el caso de las apelaciones estándar, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo no mayor de 7 días calendario** después de que recibamos su apelación. Le comunicaremos nuestra decisión antes si usted aún no recibió el medicamento y si su condición de salud lo requiere.
 - Si no le comunicamos una decisión en un plazo no mayor de 7 días calendario, se nos exige que enviemos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde será revisada por una organización de revisión independiente. La **Sección 7.6** explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos de manera total o parcial lo que usted solicitó**, debemos proporcionar la cobertura con la rapidez que requiera su salud, pero en un plazo no mayor de **7 días calendario** después de que recibamos su apelación.
- **Si denegamos de manera total o parcial lo que usted solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito que explicará las razones de nuestra respuesta y cómo apelar nuestra decisión.
- Debemos darle nuestra respuesta **en un plazo no mayor de 14 días calendario** después de que recibamos su solicitud.
 - Si no cumplimos este plazo, se nos exige que enviemos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde será revisada por una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos de manera total o parcial lo que usted solicitó**, también se nos exige que le realicemos el pago en un plazo no mayor de 30 días calendario después de que recibamos su solicitud.
- **Si denegamos de manera total o parcial lo que usted solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito que explicará las razones de nuestra respuesta. También le indicaremos cómo usted puede apelar.

Paso 4: Si denegamos su apelación, usted decide si desea continuar con el proceso de apelación y presentar otra apelación.

- Si decide presentar otra apelación, significa que su apelación pasa al Nivel 2 del proceso de apelación.

Sección 7.6 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2

Término Legal: El nombre formal de la Organización de Revisión Independiente es **Entidad de Revisión Independiente (IRE)**.

La organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare. No tiene relación con nosotros y no es una agencia del gobierno. Esta organización determina si la decisión que tomamos es correcta o si debemos modificarla. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Usted (o su representante, su médico u otro profesional que receta) debe comunicarse con la organización de revisión independiente y solicitar una revisión de su caso.

- Si denegamos su apelación de Nivel 1, el aviso por escrito que le enviaremos incluirá **instrucciones sobre cómo presentar una apelación de Nivel 2** ante la organización de revisión independiente. Estas instrucciones explicarán quién puede presentar esta apelación de Nivel 2, los plazos que usted debe cumplir y cómo comunicarse con la organización de revisión. Sin embargo, si no terminamos nuestra revisión en el plazo correspondiente, o tomamos una decisión desfavorable con respecto a la determinación en riesgo conforme a nuestro programa de administración de medicamentos, enviaremos automáticamente su reclamo a la Entidad de Revisión Independiente.
- Enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. Esta información se llama su expediente del caso. **Usted tiene derecho a pedirnos una copia del expediente de su caso.**
- Usted tiene derecho a dar 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 examinarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Plazos para una apelación rápida

- Si su salud lo requiere, solicite una apelación rápida a la organización de revisión independiente.
- Si la organización acepta concederle una apelación rápida, debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo no mayor de 72 horas** después de que reciba su solicitud de apelación.

Plazos para apelaciones estándar

- En el caso de las apelaciones estándar, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo no mayor de 7 días calendario** después de que la reciba si está relacionada con un medicamento que usted aún no recibió. Si nos solicita que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo no mayor de 14 días calendario** después de que reciba su solicitud.

Paso 3: La organización de revisión independiente le da su respuesta.

En el caso de las apelaciones rápidas:

- **Si la organización de revisión independiente acepta de manera total o parcial lo que usted solicitó**, debemos proporcionar la cobertura de medicamentos que fue aprobada por la organización de revisión **en un plazo no mayor de 24 horas** después de que recibamos la decisión de la organización de revisión.

En el caso de las apelaciones estándar:

- **Si la organización de revisión independiente acepta de manera total o parcial su solicitud de cobertura**, debemos **proporcionar la cobertura de medicamentos** que fue aprobada por la organización de revisión **en un plazo no mayor de 72 horas** después de que recibamos la decisión de la organización de revisión.
- **Si la organización de revisión independiente acepta de manera total o parcial su solicitud para que le reembolsemos el costo** de un medicamento que usted ya compró, se nos exige que le **enviemos el pago en un plazo no mayor de 30 días calendario** después de que recibamos la decisión de la organización de revisión.

¿Qué sucede si la organización de revisión deniega su apelación?

Si esta organización deniega de manera total o parcial su apelación, significa que está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud (o parte de su solicitud). (A esto se le llama ratificar la decisión o rechazar su apelación.) En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta:

- Que explicará la decisión.
- Que le notificará su derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor monetario de la cobertura de medicamentos que usted está solicitando alcanza un cierto mínimo. Si el valor monetario de la cobertura de medicamentos que está solicitando es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación y la decisión tomada en el Nivel 2 es final.
- Que le indicará el valor monetario que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelación.

Paso 4: Si su caso cumple el requisito, usted decide si desea continuar con el proceso de apelación.

- Hay tres niveles de apelación adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (un total de cinco niveles de apelación).
- Si usted desea pasar a una apelación de Nivel 3, encontrará información detallada sobre cómo hacerlo en el aviso por escrito que reciba después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 está a cargo de un Juez de Derecho Administrativo o de un abogado adjudicador. La **Sección 10** de este capítulo explica más sobre las apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

Sección 8 Cómo pedirnos que cubramos una estadía en el hospital como paciente hospitalizado más prolongada si piensa que le darán de alta demasiado pronto

Si se le admite en un hospital, tiene derecho a recibir todos los servicios hospitalarios cubiertos que sean necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Durante su estadía en el hospital cubierta, su médico y el personal del hospital colaborarán con usted para prepararle para el día en que deje el hospital. Le ayudarán con los arreglos necesarios para el cuidado que pudiera necesitar al dejar el hospital.

- El día que deja el hospital se llama su **fecha de alta**.
- Una vez decidida su fecha de alta, su médico o el personal del hospital se la comunicará.
- Si usted cree que le están pidiendo que deje el hospital demasiado pronto, puede solicitar una estadía en el hospital más prolongada y su solicitud será considerada.

Sección 8.1 Durante su estadía en el hospital como paciente hospitalizado, recibirá un aviso por escrito de Medicare con información sobre sus derechos

En un plazo no mayor de dos días después de haber sido admitido en el hospital, recibirá un aviso por escrito llamado **Mensaje Importante de Medicare sobre Sus Derechos**. Todos los beneficiarios de Medicare reciben una copia de este aviso.

Si no recibe el aviso de parte de alguien del hospital (por ejemplo, un asistente social o una enfermera), pídaselo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicio al Cliente o al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY **1-877-486-2048**).

- 1. Lea este aviso detenidamente y haga preguntas si no lo comprende.** Le explica:
 - Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su estadía en el hospital, según las indicaciones de su médico. Esto incluye su derecho a saber cuáles son estos servicios, quién los pagará y dónde puede recibirlos.
 - Su derecho a participar en las decisiones sobre su estadía en el hospital.
 - Dónde informar todo problema o inquietud que tenga sobre la calidad de su cuidado hospitalario.
 - Su derecho a **solicitar una revisión inmediata** de la decisión de darle de alta si piensa que le darán de alta del hospital demasiado pronto. Es una manera formal y legal de pedir que se aplase su fecha de alta para que cubramos su cuidado hospitalario durante más tiempo.
- 2. Se le pedirá que firme el aviso por escrito para demostrar que lo ha recibido y que entiende sus derechos.**
 - Se le pedirá a usted o a la persona que actúe en nombre de usted que firme el aviso.
 - La firma del aviso **solamente** significa que usted recibió la información sobre sus derechos. El aviso no le indica su fecha de alta. La firma del aviso **no significa** que usted acepta una fecha de alta.
- 3. Mantenga su copia** del aviso a mano para poder tener la información sobre cómo presentar una apelación (o cómo informar un problema o una inquietud sobre la calidad del cuidado) si la necesita.
 - Si firma el aviso más de dos días antes de su fecha de alta, recibirá otra copia antes de la fecha de alta que se ha programado para usted.

- Si desea ver una copia de este aviso por adelantado, puede llamar a Servicio al Cliente 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**. Usted también puede consultar el aviso en Internet en **cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices**.

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

Si desea pedirnos que cubramos sus servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados durante más tiempo, deberá usar el proceso de apelación para presentar esta solicitud. Antes de comenzar, infórmese sobre lo que debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicio al Cliente. O llame a su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud, una organización del gobierno que proporciona asistencia personalizada.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad revisa su apelación. Verifica que su fecha de alta programada sea médicamente apropiada para usted.

La **Organización para el Mejoramiento de la Calidad** es un grupo de médicos y otros profesionales de cuidado de la salud que reciben pagos del gobierno federal para que verifiquen la calidad del cuidado que reciben los beneficiarios de Medicare y ayuden a mejorarla. Esto incluye la revisión de las fechas de alta del hospital para los beneficiarios de Medicare. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado y solicite una revisión inmediata de su alta del hospital. Debe actuar con rapidez.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso por escrito que recibió (**Mensaje Importante de Medicare sobre Sus Derechos**) le indica cómo comunicarse con esta organización. O puede encontrar 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 con rapidez:

- Para presentar su apelación, debe comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad **antes** de dejar el hospital y **a más tardar a la medianoche del día que le dan de alta**.
 - **Si no cumple este plazo**, puede quedarse en el hospital **después** de su fecha de alta **sin pagar la estadía** mientras espera a que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le comunique la decisión.
 - Si **no** cumple este plazo y decide quedarse en el hospital después de su fecha de alta

programada, **es posible que tenga que pagar todos los costos** del cuidado hospitalario que reciba después de su fecha de alta programada.

- Si se le pasa el plazo para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y todavía desea apelar, debe presentar su apelación directamente ante nuestro plan. Para obtener información detallada sobre esta otra manera de presentar su apelación, consulte la Sección 8.4 de este capítulo.

Una vez que solicite una revisión inmediata de su alta del hospital, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se comunicará con nosotros. Antes del mediodía del día siguiente al que se comuniquemos con nosotros, le enviaremos a usted un **Aviso Detallado del Alta**. Este aviso le informa su fecha de alta programada y le explica detalladamente las razones por las que su médico, el hospital y nosotros creemos que es adecuado (médicamente apropiado) que a usted le den de alta en esa fecha.

Para obtener una muestra del **Aviso Detallado del Alta**, puede llamar a Servicio al Cliente 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 bien, usted puede consultar un aviso de muestra en Internet en **cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices**.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad realiza una revisión independiente de su caso.

¿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) por qué cree que debería continuar la cobertura de los servicios. No es necesario que usted prepare nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- Los revisores también examinarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que les proporcionamos el hospital y nosotros.
- Antes del mediodía del día siguiente a que los revisores nos informen sobre su apelación, usted recibirá un aviso por escrito de nuestra parte que le indicará cuál es su fecha de alta programada. Este aviso también le explica detalladamente las razones por las que su médico, el hospital y nosotros creemos que es adecuado (médicamente apropiado) que a usted le den de alta en esa fecha.

Paso 3: En un plazo no mayor de un día completo después de tener toda la información necesaria, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le dará una respuesta a su apelación.

¿Qué sucede si la apelación es aceptada?

- Si la organización de revisión la acepta, **debemos seguir prestando sus servicios hospitalarios cubiertos para pacientes hospitalizados durante todo el tiempo que estos servicios sean médicamente necesarios.**
- Es posible que sus servicios hospitalarios cubiertos tengan limitaciones.

¿Qué sucede si la apelación es denegada?

- Si la organización de revisión la deniega, significa que considera que su fecha de alta programada es médicamente apropiada. En este caso, **nuestra cobertura de sus servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados terminará** al mediodía del día **siguiente** a que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le dé una respuesta a su apelación.
- Si la organización de revisión deniega su apelación y usted decide quedarse en el hospital, **es posible que usted tenga que pagar el costo total** del cuidado hospitalario que reciba a partir del mediodía del día siguiente a que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le dé una respuesta a su apelación.

Paso 4: Si su apelación de Nivel 1 es denegada, usted decide si desea presentar otra apelación.

- Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad **denegó** su apelación **y** usted se queda en el hospital después de su fecha de alta programada, usted puede presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que usted pasa al **Nivel 2** del proceso de apelación.

Sección 8.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar su fecha de alta del hospital

Durante una apelación de Nivel 2, usted solicita a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad que revise otra vez la decisión sobre su primera apelación. Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad deniega su apelación de Nivel 2, es posible que usted tenga que pagar el costo total de su estadía después de su fecha de alta programada.

Paso 1: Comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad nuevamente y solicite otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **en un plazo no mayor de 60 días calendario** después del día en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad denegó su apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión solamente si se quedó en el hospital después de la fecha en que terminó su cobertura del cuidado.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad examinarán otra vez detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En un plazo no mayor de 14 días calendario después de recibir su solicitud de apelación de Nivel 2, los revisores tomarán una decisión sobre su apelación y se la comunicarán.

Si la organización de revisión acepta:

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos del cuidado hospitalario que usted haya recibido desde el mediodía del día siguiente a la fecha en que su primera apelación fue denegada por la Organización para el Mejoramiento de la Calidad. **Debemos seguir proporcionando cobertura de su cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados durante todo el tiempo que sea médicamente necesario.**

- Usted debe seguir pagando su parte de los costos; se pueden aplicar limitaciones a la cobertura.

Si la organización de revisión deniega su apelación:

- Significa que está de acuerdo con la decisión que tomó en su apelación de Nivel 1.
- El aviso que usted reciba le indicará por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión.

Paso 4: Si su apelación es denegada, usted deberá decidir si desea continuar con el proceso de apelación y pasar al Nivel 3.

- Hay tres niveles de apelación adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (un total de cinco niveles de apelación). Si usted desea pasar a una apelación de Nivel 3, encontrará información detallada sobre cómo hacerlo en el aviso por escrito que reciba después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 está a cargo de un Juez de Derecho Administrativo o de un abogado adjudicador. La **Sección 10** de este capítulo explica más sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación para **cambiar su fecha de alta del hospital**.

Sección 8.4 ¿Qué sucede si se le pasa el plazo para presentar su apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta del hospital?

Término Legal: Una revisión rápida también se llama **apelación rápida**.

En su lugar, puede apelar ante nosotros

Según lo explicado anteriormente, usted debe actuar con rapidez para comenzar su apelación de Nivel 1 de su fecha de alta del hospital. Si se le pasa el plazo para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, hay otra manera de presentar su apelación. Si usa esta otra manera de presentar su apelación, **los dos primeros niveles de apelación son diferentes**.

Paso a Paso: Cómo presentar una apelación Alternativa de Nivel 1

Paso 1: Comuníquese con nosotros y solicite una revisión rápida.

- **Solicite una revisión rápida.** Esto significa que nos solicita que le demos una respuesta en los plazos rápidos en lugar de los plazos estándar. La información de contacto se encuentra en el Capítulo 2.

Paso 2: Realizamos una revisión rápida de su fecha de alta programada para verificar si era médicamente apropiada.

- Durante esta revisión, revisamos toda la información sobre su estadía en el hospital. Verificamos que su fecha de alta programada era médicamente apropiada. Determinamos si la decisión respecto a cuándo usted debería dejar el hospital fue justa y siguió todas las reglas.

Paso 3: Le comunicamos nuestra decisión en un plazo no mayor de 72 horas después de que usted solicite una revisión rápida.

- **Si aceptamos su apelación**, significa que estamos de acuerdo con usted en que aún necesita quedarse en el hospital después de la fecha de alta. Seguiremos prestando sus servicios hospitalarios cubiertos para pacientes hospitalizados durante todo el tiempo que sea médicamente necesario. También significa que hemos aceptado reembolsarle nuestra parte de los costos del cuidado que usted haya recibido desde la fecha en que indicamos que su cobertura terminaría. (Usted debe pagar su parte de los costos; se pueden aplicar limitaciones a la cobertura.)
- **Si denegamos su apelación**, estamos diciendo que su fecha de alta programada era médicamente apropiada. Nuestra cobertura de sus servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados termina desde el día en que indicamos que su cobertura terminaría.
 - Si usted se quedó en el hospital **después** de su fecha de alta programada, **es posible que tenga que pagar el costo total** del cuidado hospitalario que recibió después de la fecha de alta programada.

Paso 4: Si denegamos su apelación, su caso será enviado automáticamente al siguiente nivel del proceso de apelación.

Paso a Paso: Proceso de apelación Alternativa de Nivel 2

Término Legal: El nombre formal de la organización de revisión independiente es **Entidad de Revisión Independiente (IRE)**.

La organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare. No tiene relación con nuestro plan y no es una agencia del gobierno. Esta organización determina si la decisión que tomamos es correcta o si debemos modificarla. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Enviaremos automáticamente su caso a la organización de revisión independiente.

- Debemos enviar la información de su apelación de Nivel 2 a la organización de revisión independiente en un plazo no mayor de 24 horas después de que le informamos que denegamos su primera apelación. (Si usted piensa que no estamos cumpliendo este plazo u otros plazos, puede presentar una queja. La Sección 11 de este capítulo indica cómo presentar una queja.)

Paso 2: La organización de revisión independiente realiza una revisión rápida de su apelación. Los revisores le dan una respuesta en un plazo no mayor de 72 horas.

- Los revisores de la organización de revisión independiente examinarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación de su alta del hospital.
- **Si esta organización acepta su apelación**, debemos reembolsarle a usted nuestra parte de los costos del cuidado hospitalario que recibió desde su fecha de alta programada. También debemos seguir proporcionando la cobertura del plan de sus servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados durante todo el tiempo que sea médicamente necesario. Usted debe seguir pagando su parte de los costos. Si la cobertura tiene limitaciones, estas podrían limitar lo que reembolsaríamos o el tiempo que seguiríamos cubriendo sus servicios.

- **Si esta organización deniega su apelación**, significa que está de acuerdo en que su fecha de alta del hospital programada era médicamente apropiada.
 - El aviso por escrito que reciba de la organización de revisión independiente le indicará cómo iniciar una apelación de Nivel 3, que está a cargo de un Juez de Derecho Administrativo o un abogado adjudicador.

Paso 3: Si la organización de revisión independiente deniega su apelación, usted decide si desea continuar con el proceso de apelación.

- Hay tres niveles de apelación adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (un total de cinco niveles de apelación). Si los revisores deniegan su apelación de Nivel 2, usted decide si acepta la decisión o si pasa a una apelación de Nivel 3.
- La Sección 10 de este capítulo explica más sobre el proceso de apelación de Nivel 3, 4 y 5.

Sección 9 Cómo pedirnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si usted piensa que su cobertura terminará demasiado pronto

Sección 9.1 Esta sección explica solamente tres servicios: Cuidado de asistencia médica a domicilio, cuidado en un centro de enfermería especializada y servicios en un Centro para Rehabilitación Integral de Pacientes Ambulatorios (CORF)

Si usted está recibiendo **servicios de asistencia médica a domicilio, cuidado de enfermería especializada o cuidado de rehabilitación (Centro para Rehabilitación Integral de Pacientes Ambulatorios)** cubiertos, tiene derecho a seguir recibiendo sus servicios cubiertos para ese tipo de cuidado durante todo el tiempo que sea necesario para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Cuando decidamos que es el momento de interrumpir su cobertura de cualquiera de estos tres tipos de cuidado, debemos avisarle por anticipado. Cuando su cobertura de este cuidado termine, **dejaremos de pagar su cuidado.**

Si usted piensa que terminaremos la cobertura de su cuidado demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión.** Esta sección le indica cómo solicitar una apelación.

Sección 9.2 Le avisaremos por anticipado cuándo terminará su cobertura

Término Legal: Aviso de Denegación de la Cobertura de Medicare. Le indica cómo puede solicitar una **apelación de tramitación rápida.** Solicitar una apelación de tramitación rápida es una manera formal y legal de solicitar que cambiemos nuestra decisión de cobertura de cuándo interrumpir su cuidado.

- 1. Usted recibirá un aviso por escrito** al menos dos días antes de que nuestro plan deje de

cubrir su cuidado. El aviso le indicará:

- La fecha en que dejaremos de cubrir su cuidado.
- Cómo solicitar una apelación de tramitación rápida para pedirnos que sigamos cubriendo su cuidado durante más tiempo.

2. Se le pedirá a usted o a la persona que actúe en nombre de usted que firme el aviso por escrito para demostrar que lo ha recibido. La firma del aviso **solamente** significa que usted recibió la información sobre la fecha en que se interrumpirá su cobertura. **El hecho de firmarlo no significa que usted está de acuerdo** con la decisión del plan de interrumpir el cuidado.

Sección 9.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para solicitar que el plan cubra su cuidado durante más tiempo

Si desea pedirnos que cubramos su cuidado durante más tiempo, deberá usar el proceso de apelación para presentar esta solicitud. Antes de comenzar, infórmese sobre lo que debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicio al Cliente. O llame a su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud, una organización del gobierno que proporciona asistencia personalizada.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad revisa su apelación. Decide si la fecha de finalización de su cuidado es médicamente apropiada.

La **Organización para el Mejoramiento de la Calidad** es un grupo de médicos y otros expertos en cuidado de la salud que reciben pagos del gobierno federal para que verifiquen la calidad del cuidado que reciben los beneficiarios de Medicare y ayuden a mejorarla. Esto incluye revisar las decisiones del plan sobre cuándo es momento de dejar de cubrir ciertos tipos de cuidado médico. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Presente su apelación de Nivel 1: comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y solicite una apelación de tramitación rápida. Debe actuar con rapidez.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso por escrito que recibió (**Aviso de Denegación de la Cobertura de Medicare**) le indica cómo comunicarse con esta organización. O puede encontrar 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 con rapidez

- Para iniciar su apelación, debe comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad **antes del mediodía del día anterior a la fecha de vigencia** indicada en el Aviso de Denegación de la Cobertura de Medicare.

Su plazo para comunicarse con esta organización.

- Si se le pasa el plazo para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y todavía desea presentar una apelación, debe presentarla directamente ante nosotros en su lugar. Para obtener información detallada sobre esta otra manera de presentar su apelación, consulte la Sección 9.5 de este capítulo.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad realiza una revisión independiente de su caso.

Término Legal: Explicación Detallada de Denegación de la Cobertura. Aviso que proporciona información detallada sobre las razones para terminar su cobertura.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de salud de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (los revisores) les preguntarán a usted o a su representante por qué creen que debería continuar la cobertura de los servicios. No es necesario que usted prepare nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- La organización de revisión también examinará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que le proporcionó nuestro plan.
- Al final del día en que los revisores nos informen sobre su apelación, usted recibirá la **Explicación Detallada de Denegación de la Cobertura** de nuestra parte que explicará en detalle nuestras razones para terminar nuestra cobertura de sus servicios.

Paso 3: En un plazo no mayor 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, **debemos seguir prestándole sus servicios cubiertos durante todo el tiempo que sea médicamente necesario.**
- Usted tendrá que seguir pagando su parte de los costos (por ejemplo, deducibles o copagos, si corresponde). Es posible que sus servicios cubiertos tengan limitaciones.

¿Qué sucede si los revisores deniegan su apelación?

- Si los revisores deniegan su apelación, **su cobertura terminará en la fecha que le indicamos.**
- Si usted decide seguir recibiendo el cuidado de asistencia médica a domicilio, el cuidado en un centro de enfermería especializada o los servicios en un Centro para Rehabilitación Integral de Pacientes Ambulatorios (CORF) **después** de esta fecha en que termine su cobertura, **tendrá que pagar el costo total** de este cuidado.

Paso 4: Si su apelación de Nivel 1 es denegada, usted decide si desea presentar otra apelación.

- Si los revisores **deniegan** su apelación de Nivel 1 **y** usted decide seguir recibiendo el cuidado después de que haya terminado su cobertura para el cuidado — puede presentar una apelación de Nivel 2.

Sección 9.4 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para solicitar que el plan cubra su cuidado durante más tiempo

Durante una apelación de Nivel 2, usted solicita a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad que revise otra vez la decisión sobre su primera apelación. Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad deniega su apelación de Nivel 2, es posible que usted tenga que pagar el costo total de su cuidado de asistencia médica a domicilio, su cuidado en un centro de enfermería especializada o sus servicios en un Centro para Rehabilitación Integral de Pacientes Ambulatorios (CORF) **después** de la fecha en que dijimos que su cobertura terminaría.

Paso 1: Comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad nuevamente y solicite otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **en un plazo no mayor de 60 días** después del día en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad denegó su apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión solamente si siguió recibiendo cuidado después de la fecha en que terminó su cobertura del cuidado.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad examinarán otra vez detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En un plazo no mayor de 14 días después de recibir su solicitud de apelación, los revisores tomarán una decisión sobre su apelación y se la comunicarán.

¿Qué sucede si la organización de revisión acepta su apelación?

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos del cuidado que usted haya recibido desde la fecha en que indicamos que su cobertura terminaría. **Debemos seguir proporcionando cobertura** del cuidado durante todo el tiempo que sea médicamente necesario.
- Usted debe seguir pagando su parte de los costos; se pueden aplicar limitaciones a la cobertura.

¿Qué sucede si la organización de revisión deniega su apelación?

- Significa que está de acuerdo con la decisión que tomó en su apelación de Nivel 1.
- El aviso que usted reciba le indicará por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le proporcionará información detallada sobre cómo pasar al próximo nivel de apelación, que está a cargo de un Juez de Derecho Administrativo o un abogado adjudicador.

Paso 4: Si su apelación es denegada, usted deberá decidir si desea continuar con el proceso de apelación.

- Hay tres niveles de apelación adicionales después del Nivel 2, es decir, un total de cinco niveles de apelación. Si usted desea pasar a una apelación de Nivel 3, encontrará información detallada sobre cómo hacerlo en el aviso por escrito que reciba después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 está a cargo de un Juez de Derecho Administrativo o de un abogado adjudicador. La Sección 10 de este capítulo explica más sobre el proceso de apelación de Nivel 3, 4 y 5.

Sección 9.5 ¿Qué sucede si se le pasa el plazo para presentar su apelación de Nivel 1?

En su lugar, puede apelar ante nosotros

Tal como se explicó anteriormente, usted debe actuar con rapidez y comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad para comenzar su primera apelación (en un plazo no mayor de uno o dos días). Si se le pasa el plazo para comunicarse con esta organización, hay otra manera de presentar su apelación. Si usa esta otra manera de presentar su apelación, **los dos primeros niveles de apelación son diferentes.**

Paso a Paso: Cómo presentar una apelación Alternativa de Nivel 1

Término Legal: Una revisión rápida también se llama **apelación rápida.**

Paso 1: Comuníquese con nosotros y solicite una revisión rápida.

- **Solicite una revisión rápida.** Esto significa que nos solicita que le demos una respuesta en los plazos rápidos en lugar de los plazos estándar. La información de contacto se encuentra en el Capítulo 2.

Paso 2: Realizamos una revisión rápida de la decisión que tomamos sobre cuándo terminar la cobertura de sus servicios.

- Durante esta revisión, revisamos otra vez toda la información relacionada con su caso. Verificamos si estábamos siguiendo todas las reglas cuando fijamos la fecha para terminar la cobertura del plan de los servicios que usted recibía.

Paso 3: Le comunicamos nuestra decisión en un plazo no mayor de 72 horas después de que usted solicite una revisión rápida.

- **Si aceptamos su apelación,** significa que estamos de acuerdo con usted en que necesita los servicios durante más tiempo, y que seguiremos prestándole sus servicios cubiertos durante todo el tiempo que sea médicamente necesario. También significa que hemos aceptado reembolsarle nuestra parte de los costos del cuidado que usted haya recibido desde la fecha en que indicamos que su cobertura terminaría. (Usted debe pagar su parte de los costos; se pueden aplicar limitaciones a la cobertura.)

- **Si denegamos su apelación**, su cobertura terminará en la fecha que le indicamos y no pagaremos ninguna parte de los costos después de esa fecha.
- Si usted siguió recibiendo cuidado de asistencia médica a domicilio, cuidado en un centro de enfermería especializada o servicios en un Centro para Rehabilitación Integral de Pacientes Ambulatorios (CORF) **después** de la fecha en que indicamos que su cobertura terminaría, **tendrá que pagar el costo total** de este cuidado.

Paso 4: Si denegamos su apelación rápida, su caso pasará automáticamente al siguiente nivel del proceso de apelación.

Término Legal: El nombre formal de la organización de revisión independiente es **Entidad de Revisión Independiente (IRE)**.

Paso a Paso: Proceso de apelación Alternativa de Nivel 2

Durante la apelación de Nivel 2, la **organización de revisión independiente** revisa la decisión que tomamos sobre su apelación rápida. Esta organización determina si debemos modificar la decisión. **La organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** Esta organización no tiene relación con nuestro plan y no es una agencia del gobierno. Esta organización es una compañía elegida por Medicare para cumplir la función de ser una organización de revisión independiente. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Enviaremos automáticamente su caso a la organización de revisión independiente.

- Debemos enviar la información de su apelación de Nivel 2 a la organización de revisión independiente en un plazo no mayor de 24 horas después de que le informamos que denegamos su primera apelación. (Si usted piensa que no estamos cumpliendo este plazo u otros plazos, puede presentar una queja. La Sección 11 de este capítulo indica cómo presentar una queja.)

Paso 2: La organización de revisión independiente realiza una revisión rápida de su apelación. Los revisores le dan una respuesta en un plazo no mayor de 72 horas.

- Los revisores de la organización de revisión independiente examinarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.
- **Si esta organización acepta su apelación**, debemos reembolsarle a usted nuestra parte de los costos del cuidado que haya recibido desde la fecha en que indicamos que su cobertura terminaría. También debemos seguir cubriendo el cuidado durante todo el tiempo que sea médicamente necesario. Usted debe seguir pagando su parte de los costos. Si la cobertura tiene limitaciones, estas podrían limitar lo que reembolsaríamos o el tiempo que seguiríamos cubriendo los servicios.
- **Si esta organización deniega su apelación**, significa que está de acuerdo con la decisión que tomó nuestro plan sobre su primera apelación y no la cambiará.
 - El aviso que usted reciba de la organización de revisión independiente le indicará por escrito lo que puede hacer si desea pasar a una apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si la organización de revisión independiente deniega su apelación, usted decide si desea continuar con el proceso de apelación.

- Hay tres niveles de apelación adicionales después del Nivel 2, es decir, un total de cinco niveles de apelación. Si usted desea pasar a una apelación de Nivel 3, encontrará información detallada sobre cómo hacerlo en el aviso por escrito que reciba después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- Una apelación de Nivel 3 es revisada por un Juez de Derecho Administrativo o un abogado adjudicador. La Sección 10 de este capítulo explica más sobre el proceso de apelación de Nivel 3, 4 y 5.

Sección 10 Cómo presentar una apelación de Nivel 3 y de niveles superiores

Sección 10.1 Niveles de Apelación 3, 4 y 5 para Solicitudes Relacionadas con los Servicios Médicos

Esta sección puede serle útil si usted presentó una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2, y ambas fueron denegadas.

Si el valor monetario del artículo o del servicio médico que apeló alcanza ciertos niveles mínimos, es posible que usted pueda pasar a niveles de apelación adicionales. Si el valor monetario es inferior al nivel mínimo, usted no puede seguir apelando. La respuesta por escrito que reciba a su apelación de Nivel 2 explicará cómo presentar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los tres últimos niveles de apelación funcionan de manera muy similar. A continuación, se indica quién revisa su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3: Un Juez de Derecho Administrativo o un abogado adjudicador que trabaja para el gobierno Federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si el Juez de Derecho Administrativo o el abogado adjudicador aceptan su apelación, el proceso de apelación podría o no terminar.** A diferencia de una decisión de una apelación de Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 que sea favorable para usted. Si decidimos apelar, pasará a una apelación de Nivel 4.
 - Si decidimos **no** apelar, debemos autorizar o proporcionarle el cuidado médico en un plazo no mayor de 60 días calendario después de haber recibido la decisión del Juez de Derecho Administrativo o del abogado adjudicador.
 - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 con los documentos complementarios. Es posible que esperemos la decisión sobre la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o proporcionar el cuidado médico en disputa.

- **Si el Juez de Derecho Administrativo o el abogado adjudicador deniegan su apelación, el proceso de apelación podría o no terminar.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión que deniega su apelación, el proceso de apelación termina.
 - Si no desea aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le indicará qué hacer para presentar una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4: El **Consejo de Apelaciones de Medicare** (el Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si la apelación es aceptada o si el Consejo deniega nuestra solicitud de revisar una decisión favorable de una apelación de Nivel 3, el proceso de apelación podría o no terminar.** A diferencia de una decisión en el Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 4 que sea favorable para usted. Decidiremos si apelaremos o no esta decisión en el Nivel 5.
 - Si decidimos **no** apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionarle el cuidado médico en un plazo no mayor de 60 días calendario después de haber recibido la decisión del Consejo.
 - Si decidimos apelar la decisión, se lo notificaremos por escrito.
- **Si la apelación es denegada o si el Consejo deniega la solicitud de revisión, el proceso de apelación podría o no terminar.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión que deniega su apelación, el proceso de apelación termina.
 - Si no desea aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo deniega su apelación, el aviso que reciba le indicará si las reglas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5 y cómo continuar con una apelación de Nivel 5.

Apelación de Nivel 5: Un juez del **Tribunal del Distrito Federal** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si se acepta o no su solicitud. Esa es una respuesta final. No hay más niveles de apelación después del Tribunal de Distrito Federal.

Sección 10.2 Apelaciones adicionales de Medicaid

Si su apelación es sobre servicios o artículos que habitualmente están cubiertos por Medicaid, usted también tiene otros derechos de apelación. La carta que usted reciba de la oficina de Audiencias Imparciales le indicará qué puede hacer si desea continuar con el proceso de apelación.

Sección 10.3 Niveles de Apelación 3, 4 y 5 para Solicitudes Relacionadas con los Medicamentos de la Parte D

Esta sección puede serle útil si usted presentó una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2, y ambas fueron denegadas.

Si el valor del medicamento que apeló alcanza un cierto valor monetario, es posible que usted pueda pasar a niveles de apelación adicionales. Si el valor monetario es menor, usted no puede continuar con el proceso de apelación. La respuesta por escrito que reciba a su apelación de Nivel 2 explicará con quién debe comunicarse y 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 de manera muy similar. A continuación, se indica quién revisa su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3: Un Juez de Derecho Administrativo o un abogado adjudicador que trabaja para el gobierno Federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si la apelación es aceptada, el proceso de apelación termina.** Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos** que aprobó el Juez de Derecho Administrativo o el abogado adjudicador **en un plazo no mayor de 72 horas (24 horas en el caso de las apelaciones rápidas) o realizar un pago en un plazo no mayor de 30 días calendario** después de que recibamos la decisión.
 - **Si la apelación es denegada, el proceso de apelación podría o no terminar.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión que deniega su apelación, el proceso de apelación termina.
 - Si no desea aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le indicará qué hacer para presentar una apelación de Nivel 4.
-

Apelación de Nivel 4: El Consejo de Apelaciones de Medicare (el Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si la apelación es aceptada, el proceso de apelación termina.** Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos** que aprobó el Consejo **en un plazo no mayor de 72 horas (24 horas en el caso de las apelaciones rápidas) o realizar un pago en un plazo no mayor de 30 días calendario** después de que recibamos la decisión.
- **Si la apelación es denegada, el proceso de apelación podría o no terminar.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión que deniega su apelación, el proceso de apelación termina.
 - Si no desea aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo deniega su apelación o su solicitud de revisión de la apelación, el aviso le indicará si las reglas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5. También le indicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer a continuación si decide continuar con su apelación.

Apelación de Nivel 5: Un juez del **Tribunal del Distrito Federal** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si se **acepta** o **no** su solicitud. Esa es una respuesta final. No hay más niveles de apelación después del Tribunal de Distrito Federal.

Sección 11 Cómo presentar una queja sobre la calidad del cuidado, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otros problemas

Sección 11.1 ¿Qué tipos de problemas se tratan mediante el proceso de queja?

El proceso de queja se usa **solamente** para ciertos tipos de problemas. Por ejemplo, problemas relacionados con la calidad del cuidado, los tiempos de espera y el servicio al cliente. Los siguientes son ejemplos de los tipos de problemas que se abordan a través del proceso de queja.

Queja	Ejemplo
Calidad de su cuidado médico	<ul style="list-style-type: none"> • ¿No está conforme con la calidad del cuidado que recibió (incluso el cuidado en el hospital)?
Respeto a su privacidad	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Alguien compartió información confidencial o no respetó su derecho a la privacidad?
Falta de respeto, servicio al cliente deficiente u otros comportamientos negativos	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Alguna persona fue descortés o irrespetuosa con usted? • ¿No está conforme con nuestro Servicio al Cliente? • ¿Le parece que le están alentando a que deje el plan?
Tiempos de espera	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Tiene problemas para hacer una cita o está esperando demasiado para obtenerla? • ¿Ha tenido que esperar mucho para que le atiendan los médicos, los farmacéuticos u otros profesionales de salud? ¿O nuestro Servicio al Cliente u otro personal del plan? <ul style="list-style-type: none"> – Por ejemplo, esperar demasiado en el teléfono, en la sala de espera o en la sala de examen, o para obtener un medicamento con receta.
Limpieza	<ul style="list-style-type: none"> • ¿No está conforme con la limpieza o el estado de una clínica, un hospital o un consultorio médico?
Información que obtiene de nosotros	<ul style="list-style-type: none"> • ¿No le enviamos un aviso obligatorio? • ¿Nuestra información escrita es difícil de entender?

Queja	Ejemplo
Puntualidad (Este tipo de quejas están relacionadas con la puntualidad de nuestras medidas con respecto a decisiones de cobertura y apelaciones)	<p>Si usted solicitó una decisión de cobertura o presentó una apelación, y piensa que no le respondemos de manera suficientemente rápida, puede presentar una queja sobre nuestra tardanza. Ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Usted nos solicitó una “decisión de cobertura rápida” o una “apelación rápida”, y la denegamos; puede presentar una queja.• Cree que no estamos cumpliendo los plazos para las decisiones de cobertura o apelaciones; puede presentar una queja.• Cree que no estamos cumpliendo los plazos para cubrir determinados artículos o servicios médicos, o medicamentos que fueron aprobados, o para reembolsar el costo de estos; puede presentar una queja.• Cree que no hemos cumplido los plazos exigidos para enviar su caso a la organización de revisión independiente; puede presentar una queja.

Sección 11.2 Cómo presentar una queja

Términos Legales:

- Una **Queja** también se llama **queja formal**.
- **Presentar una queja** también se dice **presentar una queja formal**.
- Otra manera de decir **usar el proceso para presentar quejas** es **usar el proceso para presentar una queja formal**.
- Una **queja rápida** también se llama **queja formal rápida**.

Sección 11.3 Paso a paso: Cómo presentar una queja

Paso 1: Comuníquese con nosotros rápidamente—por teléfono o por escrito.

- **Generalmente, llamar a Servicio al Cliente es el primer paso.** Si usted debe hacer algo más, Servicio al Cliente se lo indicará.
- **Si no desea llamar (o llamó, pero no quedó conforme), puede enviarnos su queja por escrito.** Si envía su queja por escrito, se la responderemos por escrito.
- Debemos recibir su queja en un plazo no mayor de 60 días calendario a partir del evento o incidente sobre el que se está quejando. Si algo le impidió presentar su queja (estaba enfermo, le proporcionamos información incorrecta, etc.), infórmenos y tal vez podamos aceptar su queja después del plazo de 60 días. Trataremos su queja lo más rápido posible, pero a más tardar 30 días después de recibirla. A veces, necesitamos información adicional, o quizás usted desee presentar más información. En ese caso, podemos tomarnos 14 días adicionales para responder a su queja. Si nos tomamos los 14 días adicionales, le enviaremos una carta para avisarle.

Si su queja se debe a que nos tomamos 14 días adicionales para responder a su solicitud de determinación de cobertura o apelación, o porque decidimos que usted no necesitaba una decisión de cobertura rápida o una apelación rápida, puede presentar una queja rápida. Le responderemos en un plazo no mayor de 24 horas después de recibir su queja. Si no aceptamos de manera total o parcial su queja formal, nuestra decisión por escrito explicará por qué no la aceptamos y le informará las opciones que usted pueda tener. La dirección y los números de fax para presentar quejas se encuentran en el Capítulo 2 en Cómo comunicarse con nosotros para presentar una queja sobre su cuidado médico o sus medicamentos con receta de la Parte D y en Cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación o una queja relacionada con sus medicamentos con receta de la Parte D.

- **Independientemente de que llame o escriba, debe comunicarse con Servicio al Cliente de inmediato.** Puede presentar la queja en cualquier momento después de haber tenido el problema por el que desea quejarse.

Paso 2: Analizamos su queja y le damos nuestra respuesta.

- **Si es posible, le responderemos de inmediato.** Si nos llama para presentar una queja, es posible que le podamos dar una respuesta en el mismo momento de su llamada.
- **La mayoría de las quejas se responden en un plazo no mayor de 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora es por su bien, o si usted nos pide más tiempo, podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales (un total de 44 días calendario) para responder a su queja. Si decidimos tomarnos días adicionales, se lo informaremos por escrito.
- **Si presenta una queja porque denegamos su solicitud de decisión de cobertura rápida o de apelación rápida, le concederemos automáticamente una queja rápida.** Si su queja es rápida, significa que le daremos **una respuesta en un plazo no mayor de 24 horas.**
- **Si no estamos de acuerdo** con una parte o la totalidad de su queja, o no asumimos la responsabilidad del problema por el que se queja, incluiremos nuestras razones en la respuesta que le demos.

Sección 11.4 También puede presentar quejas sobre la calidad del cuidado ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad

Si su queja es sobre la **calidad del cuidado**, también tiene dos opciones adicionales:

- **Puede presentar su queja directamente ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.** La Organización para el Mejoramiento de la Calidad es un grupo de médicos y otros expertos en el cuidado de la salud en ejercicio que reciben pagos del gobierno federal para verificar y mejorar el cuidado que reciben los pacientes de Medicare. La información de contacto se encuentra en el Capítulo 2.
- **Puede presentar su queja tanto ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad como ante nosotros al mismo tiempo.**

Sección 11.5 También puede presentar su queja ante Medicare

Usted puede presentar una queja sobre UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, visite es.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. También puede llamar al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**. Los usuarios de TTY/TDD pueden llamar al **1-877-486-2048**.

Problemas sobre sus beneficios de Medicaid

Sección 12 Cómo resolver problemas sobre sus beneficios de Medicaid

Hay 2 clases diferentes de apelaciones:

- Apelaciones médicas
- Apelaciones administrativas

Apelaciones médicas—Si está teniendo problemas para recibir sus beneficios de Medicaid, comuníquese con nosotros para presentar una apelación de Nivel 1 según lo documentado en la Sección 6.3.

En el caso de apelaciones ratificadas o parcialmente ratificadas,

- Su apelación se envía automáticamente a TennCare para que la revise.
- En algunos casos, su apelación también se envía a la Entidad de Revisión Independiente para que la revise.

Apelaciones administrativas—Cómo obtener o mantener TennCare, y otros problemas con TennCare. Una apelación sobre problemas con TennCare **que no están relacionados con el cuidado de la salud** se llama **apelación administrativa**. Una apelación administrativa va a la Unidad de Apelaciones sobre Requisitos de Participación de TennCare Connect.

Una apelación administrativa se usa para problemas con TennCare como los siguientes:

- Usted recibe una carta que dice que su membresía en TennCare terminará,
- O su membresía en TennCare terminó, pero usted no recibió una carta porque se mudó,
- O piensa que sus copagos de TennCare son incorrectos.
- O piensa que TennCare le dio el paquete de beneficios equivocado.

Si usted tiene un problema como uno de los indicados anteriormente, llame a **TennCare Connect** al **1-855-259-0701**. Verificarán si se cometió un error. Si deciden que usted tiene razón, resolverán el problema. Pero si dicen que no y usted sigue pensando que se cometió un error en su caso, **puede apelar**.

Cómo presentar una apelación administrativa.

Hay 2 maneras de presentar una apelación administrativa.

1. Apelar **por teléfono** al número gratuito de TennCare Connect **1-855-259-0701**.
2. O apelar **por escrito**. Usted puede escribir su apelación en un papel común.

Para presentar una apelación administrativa por escrito, debe incluir:

- Su **nombre completo** (nombre, inicial del segundo nombre, apellido).
- Su **número del Seguro Social**
- Los **nombres de otras personas que viven con usted** y que tienen el mismo problema.
- Su **número de teléfono diurno** y el mejor horario para llamarle.
- El **error específico** que usted cree que se cometió. Diga todo lo que pueda sobre el problema.
- Envíe **copias** de cualquier documento que demuestre por qué cree que se cometió el error.

Luego, envíe por correo su carta sobre el problema a:

UnitedHealthcare Appeals & Grievance
P.O. Box 6103
MS CA124-0187
Cypress, CA 90630-0023

Guarde una copia de su apelación. Escriba la fecha en que la envió por correo a TennCare.

Capítulo 9

Cómo terminar su membresía en el plan

Sección 1 Introducción sobre cómo terminar su membresía en nuestro plan

Su membresía en el plan puede terminar de manera **voluntaria** (por su decisión propia) o **involuntaria** (no por su decisión propia):

- Usted podría dejar nuestro plan porque ha decidido que **desea** hacerlo. Las Secciones 2 y 3 proporcionan información sobre cómo terminar su membresía voluntariamente.
- También hay situaciones limitadas en las que usted no decide dejar el plan, sino que nosotros estamos obligados a terminar su membresía. La Sección 5 describe las situaciones en las que debemos terminar su membresía.

Si va a dejar nuestro plan, nuestro plan debe seguir proporcionándole su cuidado médico y sus medicamentos con receta hasta que termine su membresía.

Sección 2 ¿Cuándo puede terminar su membresía en nuestro plan?

Sección 2.1 Es posible que pueda terminar su membresía porque tiene Medicare y Medicaid

La mayoría de los beneficiarios de Medicare pueden terminar su membresía solo durante ciertos momentos del año. Debido a que usted tiene Medicaid, es posible que pueda terminar su membresía en nuestro plan o cambiarse a un plan diferente por única vez durante cada uno de los siguientes Períodos de Inscripción Especial:

- De enero a marzo
- De abril a junio
- De julio a septiembre

Si se inscribió en nuestro plan durante uno de estos períodos, tendrá que esperar hasta el próximo período para terminar su membresía o cambiarse a un plan diferente. No puede usar este Período de Inscripción Especial para terminar su membresía en nuestro plan entre octubre y diciembre. Sin embargo, todos los beneficiarios de Medicare pueden hacer cambios del 15 de octubre al 7 de diciembre durante el Período de Inscripción Anual. La Sección 2.2 le explica más sobre el Período de Inscripción Anual.

- Elija cualquiera de los siguientes tipos de planes de Medicare:
 - Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos con receta
 - Medicare Original con un plan aparte de medicamentos con receta de Medicare
 - Medicare Original sin un plan aparte de medicamentos con receta de Medicare
 - Si elige esta opción, Medicare puede inscribirle en un plan de medicamentos, a menos que usted se haya excluido de la inscripción automática.

Nota: Si usted cancela su inscripción en una cobertura de medicamentos con receta de Medicare y está sin cobertura de medicamentos con receta acreditable durante un período de 63 días consecutivos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Comuníquese con su Oficina Estatal de Medicaid para informarse sobre sus opciones de planes de Medicaid (los números de teléfono se encuentran en la Sección 6 del Capítulo 2 de este documento).

- **¿Cuándo terminará su membresía?** Su membresía generalmente terminará el primer día del mes después de que recibamos su solicitud de cambio de plan. Su inscripción en su nuevo plan también comenzará ese día.

Sección 2.2 Puede terminar su membresía durante el Período de Inscripción Anual

Puede terminar su membresía durante el **Período de Inscripción Anual** (también conocido como Período de Inscripción Abierta Anual). Durante este período, revise su cobertura de salud y de medicamentos, y decida sobre la cobertura para el próximo año.

- El **Período de Inscripción Anual** abarca desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre**.
- **Elija mantener su cobertura actual o hacer cambios en su cobertura para el próximo año.** Si decide cambiarse a un nuevo plan, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
 - Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos con receta.
 - Medicare Original **con** un plan aparte de medicamentos con receta de Medicare
 -
 - Medicare Original **sin** un plan aparte de medicamentos con receta de Medicare.
- **Su membresía en nuestro plan terminará** cuando comience la cobertura de su nuevo plan, el 1 de enero.

Si recibe el programa “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos con receta: Si se cambia a Medicare Original, pero no se inscribe en un plan aparte de medicamentos con receta de Medicare, Medicare puede inscribirle en un plan de medicamentos, a menos que usted se haya excluido de la inscripción automática.

Nota: Si usted cancela su inscripción en una cobertura de medicamentos con receta de Medicare y está sin cobertura de medicamentos con receta acreditable durante 63 días consecutivos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Sección 2.3 Puede terminar su membresía durante el Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage

Usted tiene la oportunidad de hacer **un** cambio en su cobertura de salud durante el **Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage**.

- **El Período de Inscripción Abierta anual de Medicare Advantage** abarca desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo.
- **Durante el Período de Inscripción Abierta anual de Medicare Advantage**, usted puede:
 - Cambiarse a otro Plan Medicare Advantage, con o sin cobertura de medicamentos con receta.
 - Cancelar su inscripción en nuestro plan y obtener cobertura a través de Medicare Original. Si decide cambiarse a Medicare Original durante este período, también puede inscribirse en un plan aparte de medicamentos con receta de Medicare en ese momento.
- **Su membresía terminará** el primer día del mes después de que se inscriba en un plan Medicare Advantage diferente o de que recibamos su solicitud para cambiarse a Medicare Original. Si usted también decide inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare, su membresía en el plan de medicamentos comenzará el primer día del mes después de que el plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

Sección 2.4 En ciertas situaciones, puede terminar su membresía durante un Período de Inscripción Especial

En ciertas situaciones, usted podría cumplir los requisitos para terminar su membresía en otros momentos del año. Esto se conoce como **Período de Inscripción Especial**.

Usted podría cumplir los requisitos para terminar su membresía durante un Período de Inscripción Especial si se encuentra en alguna de las siguientes situaciones. Los siguientes son solamente ejemplos. Para obtener la lista completa, puede comunicarse con el plan, llamar a Medicare o visitar el sitio web de Medicare ([es.medicare.gov](https://www.medicare.gov)):

- Generalmente, cuando se ha mudado.
- Si tiene TennCare (Medicaid).
- Si cumple los requisitos del programa “Ayuda Adicional” para pagar sus medicamentos con receta de Medicare.
- Si no cumplimos nuestro contrato con usted.
- Si usted está recibiendo cuidado en una institución, como un asilo de convalecencia o un hospital de cuidado a largo plazo (LTC).

Nota: Si usted está inscrito en un programa de administración de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de plan. La Sección 10 del Capítulo 5 contiene más información sobre los programas de administración de medicamentos.

Nota: La Sección 2.1 le explica más sobre el período de inscripción especial para los beneficiarios de Medicaid.

Los períodos de inscripción varían según su situación.

Para saber si usted cumple los requisitos para un Período de Inscripción Especial, llame a Medicare 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**. Si usted cumple los requisitos para terminar su membresía debido a una situación especial, puede decidir cambiar tanto su cobertura de salud como su cobertura de medicamentos con receta de Medicare. Puede elegir:

- Otro plan de salud de Medicare con o sin cobertura de medicamentos con receta.
- Medicare Original **con** un plan aparte de medicamentos con receta de Medicare
 -
- Medicare Original **sin** un plan aparte de medicamentos con receta de Medicare

Nota: Si usted cancela su inscripción en una cobertura de medicamentos con receta de Medicare y está sin cobertura de medicamentos con receta acreditable durante 63 días consecutivos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Si recibe el programa “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos con receta: Si se cambia a Medicare Original, pero no se inscribe en un plan aparte de medicamentos con receta de Medicare, Medicare puede inscribirle en un plan de medicamentos, a menos que usted se haya excluido de la inscripción automática.

Su membresía generalmente terminará el primer día del mes después de que se reciba su solicitud de cambio de plan.

Nota: Las Secciones 2.1 y 2.2 le explican más sobre el período de inscripción especial para los beneficiarios de Medicaid y del programa Ayuda Adicional.

Sección 2.5 ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede terminar su membresía?

Si tiene alguna pregunta sobre cómo terminar su membresía, puede:

- Llamar a **Servicio al Cliente**.
- Encontrar la información en el **manual Medicare y Usted 2024**
- Comunicarse con **Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (TTY **1-877-486-2048**).

Sección 3 ¿Cómo puede terminar su membresía en nuestro plan?

La tabla que aparece a continuación explica cómo debería terminar su membresía en nuestro plan.

Si desea cambiarse de nuestro plan a:	Esto es lo que debería hacer:
Otro plan de salud de Medicare.	<ul style="list-style-type: none">• Inscribese en el nuevo plan de salud de Medicare. Su cobertura comenzará el primer día del mes siguiente.• Cuando comience la cobertura de su nuevo plan, su inscripción en nuestro plan se cancelará automáticamente.

Si desea cambiarse de nuestro plan a:	Esto es lo que debería hacer:
Medicare Original con un plan aparte de medicamentos con receta de Medicare.	<ul style="list-style-type: none"> • Inscríbase en el nuevo plan de medicamentos con receta de Medicare. Su cobertura comenzará el primer día del mes siguiente. • Cuando comience la cobertura de su nuevo plan, su inscripción en nuestro plan se cancelará automáticamente.
Medicare Original sin un plan aparte de medicamentos con receta de Medicare. <ul style="list-style-type: none"> • Si se cambia a Medicare Original, pero no se inscribe en un plan aparte de medicamentos con receta de Medicare, Medicare puede inscribirle en un plan de medicamentos, a menos que usted se haya excluido de la inscripción automática. • Si usted cancela su inscripción en una cobertura de medicamentos con receta de Medicare y está 63 días consecutivos o más sin una cobertura de medicamentos con receta acreditable, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante. 	<ul style="list-style-type: none"> • Envíenos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con Servicio al Cliente. • También puede comunicarse con Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicitar que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. • Su inscripción en nuestro plan se cancelará cuando comience su cobertura de Medicare Original.

Nota: Si usted cancela su inscripción en una cobertura de medicamentos con receta de Medicare y está sin cobertura de medicamentos con receta acreditable durante 63 días consecutivos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Si tiene preguntas sobre sus beneficios de TennCare, comuníquese con TennCare al **1-800-342-3145 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 5 p.m., hora local, de lunes a viernes. Pregunte cómo se verá afectada la manera en que obtiene su cobertura de TennCare si se inscribe en otro plan o si vuelve a Medicare Original.

Sección 4 Hasta que termine su membresía, debe seguir recibiendo sus artículos y servicios médicos, y sus medicamentos a través de nuestro plan

Hasta que termine su membresía en UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) y comience su nueva cobertura de Medicare y Medicaid, debe seguir recibiendo sus artículos y servicios médicos, y medicamentos con receta a través de nuestro plan.

- **Siga usando los proveedores de nuestra red para recibir cuidado médico.**
- **Siga usando la farmacia de pedidos por correo o las farmacias de nuestra red para surtir sus recetas.**
- **Si es hospitalizado el mismo día en que termina su membresía, nuestro plan cubrirá su estadía en el hospital hasta que se le dé de alta** (incluso si se le da de alta después de que haya comenzado su nueva cobertura de salud).

Sección 5 UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) debe terminar su membresía en el plan en ciertas situaciones

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos terminar su membresía en el plan?

Debemos terminar su membresía en el plan en cualquiera de las siguientes situaciones:

- Si usted ya no tiene la Parte A y la Parte B de Medicare.
- Si ya no cumple los requisitos de Medicaid CHOICES. Como se indicó en la Sección 2.1 del Capítulo 1, nuestro plan es para las personas que cumplen los requisitos tanto de Medicare como de Medicaid CHOICES. Debemos notificarle por escrito que usted tiene un período de gracia de 90 días para volver a cumplir los requisitos, antes de que cancelemos su inscripción. Para obtener más información sobre el período de gracia y cómo puede afectar a sus costos conforme a este plan, consulte la Sección 1.1 del Capítulo 4.
- Si no paga su excedente en gastos médicos, si corresponde.
- Si se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio durante más de seis meses.
 - Si se muda o sale de viaje por mucho tiempo, llame a Servicio al Cliente para saber si el lugar al que se mudará o al que viajará está dentro del área de servicio de nuestro plan.
- Si es encarcelado (va a prisión).
- Si deja de ser ciudadano estadounidense o residente legal en los Estados Unidos.
- Si miente u oculta información sobre otro seguro que tiene y que le proporciona cobertura de medicamentos con receta.
- Si, al inscribirse en nuestro plan, usted nos proporciona intencionalmente información incorrecta que afecta sus requisitos de participación en nuestro plan. (No podemos obligarle a dejar nuestro plan por esta razón, a menos que obtengamos primero el permiso de Medicare.)
- Si se comporta constantemente de una manera conflictiva y nos dificulta proporcionarles cuidado médico a usted y a otros miembros de nuestro plan. (No podemos obligarle a dejar nuestro plan por esta razón, a menos que obtengamos primero el permiso de Medicare.)
- Si permite que otra persona use su tarjeta de ID de miembro de UnitedHealthcare para recibir cuidado médico. (No podemos obligarle a dejar nuestro plan por esta razón, a menos que obtengamos primero el permiso de Medicare.)

- Si terminamos su membresía por este motivo, es posible que Medicare haga que el Inspector General investigue su caso.
- Si tiene la obligación de pagar la cantidad adicional por la Parte D debido a sus ingresos y no la paga, Medicare cancelará su inscripción en nuestro plan.

¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene preguntas o desea obtener más información sobre cuándo podemos terminar su membresía, llame a Servicio al Cliente.

Sección 5.2 No podemos pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con la salud

Nuestro plan no tiene permitido pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con la salud.

¿Qué debe hacer si esto sucede?

Si cree que le están pidiendo que deje nuestro plan debido a un motivo relacionado con la salud, llame a Medicare al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY **1-877-486-2048**).

Sección 5.3 Usted tiene derecho a presentar una queja si terminamos su membresía en nuestro plan

Si terminamos su membresía en nuestro plan, debemos comunicarle por escrito nuestros motivos para hacerlo. También debemos explicarle cómo puede presentar una queja o una queja formal sobre nuestra decisión de terminar su membresía.

Capítulo 10

Avisos legales

Sección 1 **Aviso sobre las leyes vigentes**

La ley principal que rige a este documento **Evidencia de Cobertura** es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y las normas creadas por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) conforme a la Ley del Seguro Social. Además, se pueden aplicar otras leyes federales y, en determinadas circunstancias, las leyes del estado en el que usted vive. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades, incluso si este documento no contiene ni explica esas leyes.

Sección 2 **Aviso sobre antidiscriminación**

No discriminamos por motivos de raza, origen étnico, origen nacional, color, religión, sexo, género, edad, orientación sexual, discapacidad física o mental, estado de salud, experiencia de reclamos, 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 obedecer las leyes federales que protegen contra la discriminación, que incluyen el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley contra la Discriminación Laboral debido a la Edad de 1975, la Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio, todas las demás leyes que se aplican a las organizaciones que reciben financiamiento federal y cualquier otra ley y regla que se aplique por cualquier otro motivo.

Si desea obtener más información o tiene inquietudes o problemas relacionados con la discriminación o un trato injusto, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al **1-800-368-1019** (TTY **1-800-537-7697**) o a su Oficina de Derechos Civiles local. También puede revisar la información de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos en **ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf**.

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda con el acceso al cuidado, llámenos a Servicio al Cliente. Si tiene una queja, como un problema de acceso para sillas de ruedas, Servicio al Cliente puede ayudar.

Sección 3 **Aviso sobre los derechos de subrogación de Pagador Secundario de Medicare**

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar los servicios cubiertos por Medicare, pero por los que Medicare no es el pagador primario. Según las normas de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid en las Secciones 422.108 y 423.462 del Título 42 del Código de Reglamentos Federales (Code of Federal Regulations, CFR), nuestro plan, como Organización de Planes Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que ejerce la Secretaría conforme a las normas de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid en los subapartados B a D de la parte 411 del Título 42 del Código de Reglamentos Federales, y las reglas establecidas en esta sección sustituyen cualquier ley estatal.

Sección 4 Responsabilidad civil ante terceros y subrogación

Si usted sufre una enfermedad o lesión por la que un tercero es presuntamente responsable debido a cualquier acto u omisión negligente o intencional que la haya causado, debe notificarnos rápidamente dicha enfermedad o lesión. Le enviaremos un resumen de cuenta que establece lo que pagamos por los servicios que se prestaron en relación con la enfermedad o lesión. Si usted recupera una cantidad cualquiera de parte de un tercero, debemos recibir un reembolso proveniente de esa recuperación por los pagos que realizamos en nombre de usted, sujeto a las limitaciones que se detallan en los siguientes párrafos.

- 1. Nuestros pagos son menores que la cantidad restituida.** Si nuestros pagos son menores que el total restituido recibido de un tercero (la “cantidad restituida”), nuestro reembolso se calcula de la siguiente manera:
 - a. Primero:** Determine el índice de los costos de adquisición en relación con la cantidad restituida (el término “costos de adquisición” significa los gastos y costos legales en los que se incurrió para llegar a un acuerdo o fallo).
 - b. Segundo:** Aplique el índice calculado anteriormente a nuestro pago. El resultado es nuestra parte de los costos de adquisición.
 - c. Tercero:** Reste nuestra parte de los costos de adquisición de nuestros pagos. El saldo es lo que debe reembolsarnos.
- 2. Nuestros pagos igualan o exceden la cantidad restituida.** Si nuestros pagos igualan o exceden la cantidad restituida, lo que debe reembolsarnos es el total restituido menos el total de los costos de adquisición.
- 3. Incurrimos en costos de adquisición debido a la oposición a hacernos el reembolso.** Si debemos demandar al tercero que recibió la cantidad restituida debido a que se opone a hacernos el reembolso, nuestro reembolso es la cantidad que sea menor de las siguientes:
 - a. los pagos que realizamos en nombre de usted por los servicios; o
 - b. la cantidad restituida, menos el costo total de adquisición realizado por dicho tercero.

Sujeto a las limitaciones indicadas anteriormente, usted acepta otorgarnos una cesión y un reclamo y un derecho de retención de cualquier cantidad restituida mediante una satisfacción de deuda, fallo o veredicto. Es posible que le exijamos oficiar documentos y proporcionar la información necesaria para establecer la cesión, el reclamo o el derecho de retención para constatar nuestro derecho a un reembolso, y usted acepta hacerlo.

Sección 5 Responsabilidad civil del miembro

En el caso de que no reembolsemos los cargos de un proveedor de la red por servicios cubiertos, usted no será responsable de ninguna cantidad que adeudemos. Ni el plan ni Medicare pagarán esos servicios, excepto en el caso de los siguientes gastos aprobados:

- Servicios para emergencias
- Servicios requeridos de urgencia

- Diálisis de rutina recibida fuera del área de servicio durante un viaje (se debe recibir en un Centro de Diálisis Certificado por Medicare dentro de los Estados Unidos)
- Servicios para la posestabilización

Si usted celebra un contrato privado con un proveedor, ni el plan ni Medicare pagarán esos servicios.

Sección 6 Los servicios cubiertos por Medicare deben cumplir el requisito de ser razonables y necesarios

Al determinar la cobertura, los servicios deben cumplir el requisito de ser razonables y necesarios conforme a Medicare para que su plan los cubra, a menos que, de otra manera, se indique que son un servicio cubierto. Un servicio es “razonable y necesario” si el servicio:

- Es seguro y eficaz;
- No es experimental ni de investigación; y
- Es apropiado, incluso la duración y la frecuencia se consideran apropiadas para el servicio, en términos de si el servicio:
 1. Se presta según los estándares de la medicina aceptados para el diagnóstico o el tratamiento de la condición del paciente o para mejorar la función de una parte deformada del cuerpo;
 2. Se presta en un centro apropiado para la condición y las necesidades médicas del paciente;
 3. Es indicado y prestado por personal calificado;
 4. Satisface, pero no excede, las necesidades médicas del paciente; y
 5. Es al menos tan beneficioso como una alternativa médicamente apropiada existente y disponible.

Sección 7 Prevención de duplicación de beneficios con cobertura de Seguro de Automóvil, contra Accidentes o de Responsabilidad Civil

Si usted recibe beneficios como resultado de otra cobertura de Seguro de Automóvil, contra Accidentes o de Responsabilidad Civil, no duplicaremos esos beneficios. Es su responsabilidad tomar cualquier medida necesaria para recibir el pago proveniente de la cobertura de Seguro de Automóvil, contra Accidentes o de Responsabilidad Civil cuando sea razonable esperar dichos pagos, además de notificarnos de dicha cobertura cuando esté disponible. Si duplicamos los beneficios a los que usted tiene derecho conforme a otra cobertura de Seguro de Automóvil, contra Accidentes o de Responsabilidad Civil, podemos pedir un reembolso por el valor razonable de esos beneficios a usted, a su compañía de seguros o a su proveedor de cuidado de la salud, en la medida en que lo permitan las leyes federales o estatales. Proporcionaremos beneficios, en exceso de su otra cobertura de Seguro de Automóvil, contra Accidentes o de Responsabilidad

Civil, si el costo de sus servicios para el cuidado de la salud excede dicha cobertura. **Usted tiene la obligación de cooperar con nosotros para que obtengamos el pago de la compañía de seguros de su cobertura de Seguro de Automóvil, contra Accidentes o de Responsabilidad Civil. Su falta de cooperación podría resultar en la cancelación de su membresía en el plan.**

Sección 8 Motivos de fuerza mayor

Si, debido a una catástrofe natural, guerra, disturbio, insurrección civil, destrucción parcial o total de un centro, ordenanza, ley o decreto de una agencia gubernamental o cuasi gubernamental, disputa laboral (cuando dicha disputa no dependa de nosotros) o cualquier otra emergencia o evento similar que no esté bajo nuestro control, los proveedores no pudieran prestar los servicios de salud o hacer los arreglos necesarios para que sean prestados conforme a esta Evidencia de Cobertura y Divulgación de Información, intentaremos hacer los arreglos necesarios para prestar los servicios cubiertos en la medida en que sea factible y según nuestro mejor criterio. Ni nosotros ni ningún proveedor tendremos ninguna responsabilidad civil ni obligación por no prestar los servicios cubiertos o no hacer los arreglos necesarios para que sean prestados, o por demorarnos en hacerlo si dicha demora es el resultado de alguna de las circunstancias anteriormente descritas.

Sección 9 Los proveedores médicos y hospitales de la red contratantes son contratistas independientes

La relación entre nosotros y los proveedores y hospitales de nuestra red es una relación de contratista independiente. Ninguno de los proveedores u hospitales de la red, ni sus médicos o empleados son empleados ni agentes de UnitedHealthcare Insurance Company ni de ninguna de sus compañías afiliadas. Un agente sería cualquier persona o entidad autorizada a actuar en nuestro nombre. Ni nosotros ni ninguno de los empleados de UnitedHealthcare Insurance Company o de una de sus compañías afiliadas somos empleados ni agentes de los proveedores u hospitales de la red.

Sección 10 Evaluación de la tecnología

Revisamos regularmente los nuevos procedimientos, dispositivos y medicamentos para determinar si son seguros y eficaces para nuestros Miembros. Los nuevos procedimientos y tecnologías que sean seguros y eficaces cumplen los requisitos para convertirse en Servicios Cubiertos. Si la tecnología se convierte en un Servicio Cubierto, estará sujeta a todos los demás términos y condiciones del plan, entre ellos, la necesidad médica y cualquier copago, coseguro y deducible del Miembro u otras contribuciones de pago que correspondan.

Para determinar si cubriremos un servicio, usamos pautas patentadas para la evaluación de tecnologías para revisar nuevos dispositivos, procedimientos y medicamentos, incluso los relacionados con la salud del comportamiento o la salud mental. Cuando una necesidad clínica requiere una determinación rápida de la seguridad y la eficacia de una nueva tecnología o de una nueva aplicación de una tecnología existente para un Miembro en particular, uno de nuestros

Directores Médicos toma una determinación de necesidad médica según la documentación médica del Miembro en particular, la revisión de evidencias científicas publicadas y, cuando corresponda, la opinión profesional o especializada pertinente de una persona con pericia en esa tecnología.

Sección 11 Declaraciones del miembro

Ante la ausencia de fraude, todas las declaraciones que usted haga se considerarán afirmaciones y no garantías. Ninguna de esas declaraciones anulará la cobertura ni reducirá los servicios cubiertos conforme a esta Evidencia de Cobertura, ni se usará como defensa de una acción legal, a menos que esté expresada en una solicitud por escrito.

Sección 12 Información disponible a solicitud

Como miembro del plan, usted tiene derecho a solicitar información sobre lo siguiente:

- Información general de la cobertura e información comparativa del plan
- Procedimientos para controlar la utilización
- Programas para el mejoramiento de la calidad
- Datos estadísticos sobre quejas formales y apelaciones
- La situación financiera de UnitedHealthcare Insurance Company o de una de sus compañías afiliadas

Sección 13 Comunicación de Parte de un Miembro de Casos de Fraude y Abuso en el Año 2024

Comunicación de parte de un miembro de casos de fraude y abuso en el año 2024

Cómo puede combatir el fraude relacionado con el cuidado de la salud

Nuestra compañía tiene el compromiso de prevenir el fraude, el uso indebido y el abuso en los programas de beneficios de Medicare y, para eso, le pedimos su ayuda. Si usted identifica un posible caso de fraude, avisenoslo inmediatamente.

Estos son algunos ejemplos de posibles casos de fraude relacionados con Medicare:

- Un proveedor de cuidado de la salud—como un médico, una farmacia o una compañía de dispositivos médicos—le factura servicios que usted nunca recibió;
- Un distribuidor le factura un equipo diferente al que usted recibió;
- Alguien usa la tarjeta de Medicare de otra persona para recibir cuidado médico, medicamentos con receta, suministros o equipos;
- Alguien factura por un equipo médico de uso en el domicilio después de que ese equipo ya se devolvió;

- Una compañía ofrece un plan de salud o de medicamentos de Medicare que no ha sido aprobado por Medicare; o
- Una compañía usa información falsa para inducirle de manera engañosa a inscribirse en un plan de salud o de medicamentos de Medicare.

Para denunciar un posible caso de fraude en un programa de beneficios de Medicare, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre.

Esta línea directa le permite denunciar casos de manera anónima y confidencial. Haremos todo lo posible por mantener su confidencialidad. Sin embargo, si se debe involucrar a un organismo responsable de hacer cumplir la ley, no podremos garantizar su confidencialidad. Tenga la certeza de que nuestra organización no tomará ninguna medida en contra de usted por denunciar de buena fe un posible caso de fraude.

También puede denunciar posibles casos de fraude en servicios médicos o en medicamentos con receta ante el Contratista de Integridad de Medicamentos de Medicare (Medicare Drug Integrity Contractor, MEDIC) por teléfono al **1-877-7SafeRx (1-877-772-3379)** o directamente ante el programa Medicare si llama al **(1-800-633-4427)**. El número de fax de Medicare es el **1-717-975-4442** y el sitio web es **es.medicare.gov**.

Sección 14 Cómo se remunera generalmente a los proveedores de nuestra red

Compromiso de las Decisiones de Cobertura

Los médicos y el personal de servicios clínicos de UnitedHealthcare toman decisiones sobre los servicios para el cuidado de la salud que usted recibe según la idoneidad del cuidado y del servicio, y de la existencia de cobertura. Los médicos y el personal clínico que toman estas decisiones:

1. No son recompensados específicamente por emitir decisiones de denegación de la cobertura;
2. No ofrecen incentivos a médicos ni a otros profesionales de cuidado de la salud para animar la subutilización inapropiada de cuidado o de servicios; y
3. No contratan, promueven ni despiden a médicos ni a otras personas según la probabilidad, o la aparente probabilidad, de que la persona apoyará o tendrá tendencia a apoyar la denegación de beneficios.

Sección 15 Términos y Condiciones del Programa Renew Active®

Requisitos de Participación

- Solo los miembros inscritos en un Plan de Medicare participante asegurado por UnitedHealthcare Insurance Company (“UnitedHealthcare”) y sus compañías afiliadas cumplen los requisitos para

participar en el programa Renew Active (el “Programa”), que incluye, entre otros, acceso a membresías estándar en un programa de acondicionamiento físico en gimnasios y centros de acondicionamiento físico participantes, proveedores de servicios cognitivos y de acondicionamiento físico en Internet, comunidades digitales, eventos, clases y descuentos para la entrega de comidas sin costo adicional.

- Al inscribirse en el Programa, por medio del presente documento, usted acepta que está legalmente obligado por estos Términos y Condiciones.

Requisitos de Inscripción

- La membresía y participación en el Programa es voluntaria.
- Usted debe inscribirse en el Programa según las instrucciones proporcionadas en este sitio web. Una vez inscrito, debe obtener su código de confirmación y usarlo al registrarse para cualquier servicio del Programa. Proporcione su código de confirmación cuando visite un gimnasio o un centro de acondicionamiento físico participante para recibir acceso a una membresía estándar sin costo adicional, cuando se registre con proveedores de servicios cognitivos o de acondicionamiento físico en Internet, cuando se inscriba en la Comunidad Fitbit® para Renew Active y para tener acceso a los descuentos incluidos. Tenga en cuenta que, al usar su código de confirmación, usted está eligiendo divulgar que es un miembro del programa Renew Active con un plan de Medicare de UnitedHealthcare participante.
- La inscripción en el Programa es individual y la exención de pago de la tarifa de membresía mensual del Programa por los servicios de membresía estándar en gimnasios y centros de acondicionamiento físico participantes solo se aplica a membresías individuales.
- Usted es responsable de todos y cada uno de los servicios sin cobertura o de los productos y servicios tarifados similares ofrecidos por proveedores de servicios del Programa (incluidos, entre otros, gimnasios o centros de acondicionamiento físico, ofertas digitales de acondicionamiento físico, proveedores de servicios cognitivos digitales, Fitbit y otras ofertas de servicios externos disponibles a través del Programa), que incluyen, entre otros, tarifas asociadas con sesiones de entrenamiento personal, clases especializadas, niveles optimizados de membresía en los centros, más allá del nivel básico o estándar de membresía, y entrega de comidas.

La membresía en un programa de acondicionamiento físico, el equipo, las clases, los planes de acondicionamiento físico personalizados, el acceso para los cuidadores y los eventos pueden variar según el sitio. El acceso a la red de gimnasios y centros de acondicionamiento físico puede variar según el sitio y el plan.

Exención de Responsabilidad

- Antes de empezar un programa de ejercicios o de hacer cambios en su estilo de vida o en su rutina de cuidado de la salud, siempre consulte a un médico.
- Algunos servicios, descuentos, clases, eventos y ofertas de acondicionamiento físico en Internet son proporcionados por compañías afiliadas de UnitedHealthcare u otros terceros que no están afiliados a UnitedHealthcare. La participación en estos servicios externos está sujeta a su aceptación de sus respectivas condiciones y normas. UnitedHealthcare y sus

correspondientes subsidiarias no son responsables de la información ni de los servicios proporcionados por terceros. La información proporcionada a través de estos servicios es para su conocimiento solamente y no sustituye el consejo de un médico. UnitedHealthcare y sus correspondientes subsidiarias y compañías afiliadas no avalan ni son responsables de la información ni los servicios proporcionados por terceros, ni del contenido de cualquier sitio web vinculado, ni tampoco de lesiones que usted pueda sufrir mientras participa en cualquiera de las actividades del Programa.

Otros Requisitos

- Usted debe verificar que el gimnasio, el centro de acondicionamiento físico o el proveedor de servicios en particular participe en el Programa antes de inscribirse.
- Si un proveedor de servicios del Programa que usted usa, como un gimnasio o un centro de acondicionamiento físico, deja de participar en el Programa, se discontinuará su participación en el Programa y su exención de pago de la tarifa de membresía mensual con dicho proveedor de servicios a través del Programa hasta que usted se inscriba en otro servicio ofrecido por un proveedor de servicios participante. Si usted decide seguir recibiendo servicios de un proveedor de servicios una vez que este deje de participar en nuestro Programa, usted será responsable de pagar las tarifas de membresía estándar de dicho proveedor de servicios. Si desea cancelar su membresía con dicho proveedor de servicios, puede optar por hacerlo según la norma de cancelación del proveedor de servicios correspondiente, incluso del gimnasio o del centro de acondicionamiento físico correspondientes. Debe revisar sus derechos de cancelación con un proveedor de servicios cuando elige inicialmente inscribirse con dicho proveedor de servicios.

Requisitos de Datos

- Optum (el administrador del Programa) o su proveedor de servicios recopilarán y enviarán o recibirán electrónicamente su información personal mínima requerida para facilitar el Programa según los requisitos de las leyes vigentes, incluso las leyes de privacidad. Dicha información personal requerida incluye, entre otros datos, el código de confirmación del programa, la ID de membresía en el gimnasio, centro de acondicionamiento físico o proveedor, el año y mes de actividad, y el recuento de visitas mensuales. Al inscribirse en el Programa, usted autoriza a Optum a solicitar dicha información personal y a cada proveedor de servicios a proporcionarla.

Capítulo 11

Definiciones de palabras importantes

Apelación–Lo que usted presenta si no está de acuerdo con nuestra decisión de denegar una solicitud de cobertura de servicios para el cuidado de la salud o de medicamentos con receta, o de denegar el pago de servicios o medicamentos que ya recibió. Usted también puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de interrumpir los servicios que está recibiendo.

Área de servicio–Área geográfica en la que usted debe vivir para inscribirse en un plan de salud en particular. En los planes que limitan los médicos y hospitales que usted puede usar, generalmente también es el área donde usted puede recibir servicios de rutina (que no son de emergencia). El plan debe cancelar su inscripción si usted se muda fuera del área de servicio del plan de manera permanente.

Auxiliar de asistencia médica a domicilio–Persona que presta servicios para los que no se necesita la especialización de un terapeuta o una enfermera con licencia, como la ayuda con el cuidado personal (por ejemplo, bañarse, ir al baño, vestirse o realizar los ejercicios indicados).

Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB)–Usted obtiene cobertura de Medicaid para los costos compartidos de Medicare, pero no cumple los requisitos para recibir los beneficios completos de Medicaid. Medicaid paga las primas, los deducibles, los coseguros y los copagos de la Parte A y de la Parte B de Medicare solamente por servicios cubiertos por Medicare. Usted no paga nada, excepto los copagos por los medicamentos con receta de la Parte D (si corresponde).

Beneficiario Calificado de Medicare Plus (Qualified Medicare Beneficiary Plus, QMB+)–Usted obtiene cobertura de Medicaid para los costos compartidos de Medicare y también cumple los requisitos para recibir los beneficios completos de Medicaid. Medicaid paga las primas, los deducibles, los coseguros y los copagos de la Parte A y de la Parte B de Medicare por servicios cubiertos por Medicare. Usted no paga nada, excepto los copagos por los medicamentos con receta de la Parte D (si corresponde).

Cancelar la inscripción o cancelación de la inscripción–Proceso para terminar su membresía en nuestro plan.

Centro de cirugía ambulatoria–Entidad que opera exclusivamente con el propósito de prestar servicios de cirugía para pacientes ambulatorios que no requieren hospitalización y cuya estadía prevista en el centro no excede las 24 horas.

Centro para Rehabilitación Integral de Pacientes Ambulatorios (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF)–Centro que principalmente presta servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, que incluyen fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, servicios de terapia respiratoria, de terapia ocupacional y de patología del habla y del lenguaje, además de servicios para la evaluación ambiental de su domicilio.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS)–Agencia federal que administra Medicare.

Clínica sin previa cita–Sitio donde los proveedores generalmente atienden sin requerir una cita y que puede ser un sitio independiente o estar ubicado en un supermercado, una farmacia o una tienda minorista. Los servicios de las Clínicas Sin Previa Cita están sujetos al mismo costo compartido que los Centros de Cuidado de Urgencia. (Consulte la Tabla de Beneficios en el Capítulo 4.)

Cobertura de medicamentos con receta acreditable–Cobertura de medicamentos con receta (por ejemplo, de un empleador o sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura cuando comienzan a cumplir los requisitos de Medicare generalmente pueden mantener esa cobertura sin pagar una multa si deciden inscribirse en una cobertura de medicamentos con receta de Medicare más adelante.

Cobertura de medicamentos con receta de Medicare (Parte D de Medicare)–Seguro que ayuda a pagar medicamentos con receta, vacunas, productos biológicos y algunos suministros para pacientes ambulatorios que no cubre la Parte A ni la Parte B de Medicare.

Copago–Lo que posiblemente tenga que pagar como su parte del costo de un suministro o un servicio médico, como una visita al médico, una visita al hospital como paciente ambulatorio o un medicamento con receta. El copago es una cantidad fija (por ejemplo, \$10), en lugar de un porcentaje.

Coseguro–Lo que posiblemente tenga que pagar, expresado como un porcentaje (por ejemplo, 20%), como su parte del costo de servicios o medicamentos con receta.

Costo compartido–Se refiere a lo que un miembro debe pagar cuando recibe servicios o medicamentos. El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) el deducible que un plan puede imponer antes de cubrir servicios o medicamentos; (2) el copago fijo que un plan requiere cuando se recibe un servicio o un medicamento específicos; o (3) el coseguro, un porcentaje del total que se paga por un servicio o un medicamento, que un plan requiere cuando se recibe un servicio o un medicamento específicos. Los miembros de este plan no deben pagar ningún costo compartido.

Costo permitido por Medicare–Precio máximo de un servicio para que pueda ser reembolsado por Medicare Original.

Cuidado de asistencia médica a domicilio–Cuidado de enfermería especializada y ciertos otros servicios para el cuidado de la salud que usted recibe en su domicilio para el tratamiento de una enfermedad o lesión. Los servicios cubiertos se indican en la Tabla de Beneficios Médicos de la Sección 2.1 del Capítulo 4 bajo el título “Cuidado de una agencia de asistencia médica a domicilio”. Si usted necesita servicios de cuidado de asistencia médica a domicilio, nuestro plan los cubrirá siempre que se cumplan los requisitos de cobertura de Medicare. El cuidado de asistencia médica a domicilio puede incluir los servicios de un **auxiliar de asistencia médica a domicilio** si los servicios forman parte del plan de cuidado de asistencia médica a domicilio indicado para su enfermedad o lesión. No están cubiertos, a menos que usted también reciba un servicio especializado cubierto. Los servicios de asistencia médica a domicilio no incluyen los servicios de limpieza de la casa, los arreglos para servicios de alimentos ni el cuidado de enfermería de tiempo completo en el domicilio.

Cuidado de custodia–Cuidado personal que se recibe dentro de un asilo de convalecencia, un centro de cuidados paliativos u otro centro cuando usted no necesita cuidado médico especializado ni cuidado de enfermería especializada. El cuidado de custodia, proporcionado por personas que no tienen capacitación ni especialización profesional, incluye la ayuda con las actividades de la vida diaria, por ejemplo, bañarse, vestirse, alimentarse, acostarse o levantarse de la cama, sentarse o pararse de una silla, desplazarse e ir al baño. También puede incluir el tipo de cuidado relacionado con la salud que la mayoría de las personas realizan solas, como ponerse gotas en los ojos. Medicare no paga el cuidado de custodia.

Cuidado de emergencia–Servicios cubiertos que son: (1) prestados por un proveedor calificado para prestar servicios para emergencias; y (2) necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia.

Cuidado en un Centro de Enfermería Especializada (Skilled Nursing Facility, SNF)–Cuidado de enfermería especializada y servicios de rehabilitación que se prestan diaria y continuamente en un centro de enfermería especializada. Ejemplos de cuidado incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas que solamente pueden ser proporcionadas por un médico o una enfermera titulada.

Cuidados paliativos–Beneficio que proporciona un tratamiento especial para un miembro que tiene una enfermedad terminal certificada médicamente, lo que significa que tiene una esperanza de vida de 6 meses o menos. Nosotros, su plan, debemos proporcionarle una lista de los centros de cuidados paliativos en su área geográfica. Si usted elige cuidados paliativos y sigue pagando las primas, seguirá siendo miembro de nuestro plan. Puede seguir recibiendo todos los servicios médicamente necesarios, así como los beneficios complementarios que ofrecemos.

Cuidados paliativos–Una manera especial de cuidar a personas que tienen una enfermedad terminal y de proporcionar asesoramiento a sus familiares. Los cuidados paliativos consisten en cuidados físicos y asesoramiento a cargo de un equipo de personas que forman parte de una compañía privada o una agencia pública certificadas por Medicare. Según la situación, estos cuidados pueden prestarse en el domicilio, en un centro de cuidados paliativos, en un hospital o en un asilo de convalecencia. Los cuidados paliativos tienen el propósito de ayudar a los pacientes durante sus últimos meses de vida al aliviar el dolor y dar comodidad. El enfoque se centra en cuidar al paciente, no en curarle. Para obtener más información sobre los cuidados paliativos, visite [es.medicare.gov](https://www.medicare.gov) y, en “Herramientas de búsqueda”, elija “Buscar una publicación de Medicare” para ver o descargar la publicación “Medicare y los Beneficios de Hospicio”. O llame al **1-800-633-4227**. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**. Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Deducible–Lo que usted debe pagar por cuidado de la salud o medicamentos con receta antes de que pague nuestro plan. Los miembros de este plan no deben pagar un deducible.

Determinación de cobertura–Decisión sobre si un medicamento que se le ha recetado está cubierto por el plan y lo que usted debe pagar, si corresponde, por el medicamento con receta. Por lo general, si usted lleva su receta a una farmacia y le informan que el medicamento con receta no está cubierto por su plan, esto no se trata de una determinación de cobertura. Usted debe llamar o escribir a su plan para solicitar una decisión formal con respecto a la cobertura. En este documento, las determinaciones de cobertura se llaman decisiones de cobertura.

Determinación de la organización–Decisión que toma nuestro plan sobre si los artículos o servicios tienen o no tienen cobertura, o sobre cuánto debe pagar usted por los artículos o los servicios cubiertos. El proveedor o el centro de la red del plan Medicare Advantage también toman una determinación de la organización cuando le proporcionan un artículo o un servicio, o le refieren a un proveedor fuera de la red para que reciba un servicio o un artículo. En este documento, las determinaciones de la organización se llaman decisiones de cobertura.

Determinación de la organización integrada–Decisión que toma nuestro plan sobre si los artículos o servicios tienen o no tienen cobertura, o sobre cuánto debe pagar usted por los artículos o los servicios cubiertos. En este documento, las determinaciones de la organización se llaman “decisiones de cobertura”.

Emergencia–Se da cuando usted o cualquier otra persona prudente con conocimientos promedio de salud y medicina creen que usted tiene síntomas médicos que necesitan atención médica inmediata para prevenir la muerte (y, si está embarazada, la pérdida de un feto), la pérdida de una extremidad o la pérdida de la función de una extremidad, o la pérdida o limitación grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, dolor grave o una condición médica que está empeorando rápidamente.

Emergencia médica–Una emergencia médica se da cuando usted o cualquier otra persona prudente con conocimientos promedio de salud y medicina creen que usted tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para prevenir la muerte, la pérdida de una extremidad o la pérdida de la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, dolor grave o una condición médica que está empeorando rápidamente.

Equipo Médico Duradero (Durable Medical Equipment, DME)–Cierta equipo médico que su médico le indica por razones médicas. Por ejemplo, andadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones motorizados, suministros para la diabetes, bombas de infusión intravenosa, dispositivos para la generación del habla, equipos de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital que un proveedor indique para uso en el domicilio.

Estadía en el hospital como paciente hospitalizado–Estadía en el hospital cuando usted ha sido formalmente admitido en el hospital para recibir servicios médicos especializados. Aunque usted pase la noche en el hospital, es posible que aun así sea considerado un paciente ambulatorio.

Estudio de investigación clínica–Forma en que los médicos y científicos prueban nuevos tipos de cuidado médico, por ejemplo, el efecto que surte un nuevo medicamento para tratar el cáncer. Para probar nuevos procedimientos de cuidado médico o medicamentos, piden voluntarios que participen en el estudio. Esta clase de estudio es una de las etapas finales de un proceso de investigación que ayuda a médicos y científicos a determinar si un nuevo método funciona y si es seguro.

Evidencia de cobertura (Evidence of coverage, EOC) y divulgación de información–Este documento, junto con su solicitud de inscripción y todo otro documento adjunto, cláusula adicional u otra cobertura opcional elegida, que explican su cobertura, lo que debemos hacer, sus derechos y lo que usted debe hacer como miembro de nuestro plan.

Excepción–Tipo de decisión de cobertura que, si es aprobada, le permite obtener un medicamento que no está en nuestro formulario (una excepción al formulario). Usted también puede solicitar una excepción si nuestro plan requiere que usted pruebe otro medicamento antes de recibir el medicamento que está solicitando, o si nuestro plan limita la cantidad o la dosificación del medicamento que usted está solicitando (una excepción al formulario).

Farmacia de la red–Farmacia que tiene un contrato con nuestro plan para que los miembros de nuestro plan puedan obtener sus beneficios de medicamentos con receta. En la mayoría de los casos, sus medicamentos con receta tienen cobertura solamente si se surten en una de las farmacias de nuestra red.

Farmacia fuera de la red–Farmacia que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar ni proporcionar los medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. La mayoría de los medicamentos que usted obtiene en farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que se apliquen ciertas condiciones.

Gastos de su bolsillo–Consulte la definición de costo compartido anteriormente. Los gastos de su bolsillo del miembro son la cantidad que el miembro tiene la obligación de pagar como su costo compartido de los servicios o medicamentos recibidos.

Herramienta de Beneficios en Tiempo Real–Portal o aplicación informática en que los miembros pueden consultar información completa, precisa, oportuna, clínicamente adecuada y específica del miembro sobre el formulario y los beneficios. Esto incluye los costos compartidos, los medicamentos alternativos del formulario que se pueden usar para la misma condición de salud que un medicamento determinado y las restricciones de cobertura (Preautorización, Terapia Escalonada, Límites de Cantidad) que se aplican a los medicamentos alternativos.

Indicación medicamento aceptada–Uso de un medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos, o que cuenta con el respaldo de ciertas fuentes de referencia.

Límites de cantidad–Proceso administrativo diseñado para limitar el uso de medicamentos elegidos por razones de calidad, seguridad o utilización. Los límites pueden ser en la cantidad del medicamento que cubrimos por cada medicamento con receta o durante un período definido.

Lista de medicamentos cubiertos (formulario o “Lista de Medicamentos”)–Lista de los medicamentos con receta cubiertos por el plan.

Medicaid (o asistencia médica)–Programa conjunto del gobierno federal y estatal que ayuda a pagar los costos médicos de algunas personas de bajos ingresos y recursos limitados. Los programas estatales de Medicaid varían, pero la mayoría de los costos de cuidado de la salud están cubiertos si usted califica tanto para Medicare como para Medicaid.

Medicamento necesario–Servicios, suministros o medicamentos que son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su condición médica, y que cumplen los estándares de la medicina aceptados.

Medicamento de marca–Medicamento con receta que es fabricado y vendido por la compañía farmacéutica que lo investigó y desarrolló originalmente. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de ingredientes activos que la versión genérica de los medicamentos. Sin embargo, los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otros fabricantes de medicamentos y generalmente no están disponibles hasta que haya vencido la patente del medicamento de marca.

Medicamento genérico—Medicamento con receta que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) como medicamento que contiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Generalmente, un medicamento genérico surte el mismo efecto que un medicamento de marca y suele costar menos.

Medicamentos cubiertos—Término que usamos para referirnos a todos los medicamentos con receta que cubre nuestro plan.

Medicamentos de la Parte D—Medicamentos que pueden estar cubiertos por la Parte D. Es posible que no ofrezcamos 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.

Medicare—Programa federal de seguro de salud para personas mayores de 65 años, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas con Enfermedad Renal en Etapa Terminal (generalmente personas con insuficiencia renal permanente que necesitan diálisis o un trasplante de riñón).

Medicare Original (Medicare Tradicional o Medicare de Tarifa por Servicio)—Medicare Original es ofrecido por el gobierno, y no por un plan de salud privado como los Planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos con receta. En Medicare Original, los servicios de Medicare se cubren mediante el pago de las cantidades de pago establecidas por el Congreso a los médicos, hospitales y otros proveedores de cuidado de la salud. Usted puede consultar a cualquier médico, hospital u otro proveedor de cuidado de la salud que acepte Medicare. Debe pagar el deducible. Medicare paga la parte que le corresponde de la cantidad aprobada por Medicare, y usted paga su parte. Medicare Original tiene dos partes: La Parte A (Seguro Hospitalario) y la Parte B (Seguro Médico), y está disponible en cualquier parte de los Estados Unidos.

Miembro (miembro de nuestro plan o miembro del plan)—Beneficiario de Medicare que cumple los requisitos para recibir los servicios cubiertos, se ha inscrito en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Multa por Inscripción Tardía en la Parte D—Cantidad que se agrega a la prima mensual de la cobertura de medicamentos de Medicare si usted ha estado sin cobertura acreditable (una cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare) durante un período de 63 días consecutivos o más después de que usted cumple los requisitos por primera vez para inscribirse en un plan de la Parte D. Si usted pierde el programa Ayuda Adicional, es posible que esté sujeto a la multa por inscripción tardía si está 63 días consecutivos o más sin cobertura de medicamentos con receta de la Parte D u otra cobertura de medicamentos con receta acreditable.

Organización para el Mejoramiento de la Calidad (Quality Improvement Organization, QIO)—Grupo de médicos y otros expertos en el cuidado de la salud en ejercicio que reciben pagos del gobierno federal para verificar y mejorar el cuidado que reciben los pacientes de Medicare.

Parte C—consulte la definición Plan Medicare Advantage (MA).

Parte D—Programa de Beneficios de Medicamentos con Receta de Medicare voluntario.

Período de beneficios–Forma como Medicare Original cuantifica el uso que usted hace de los servicios de centros de enfermería especializada (SNF). Un período de beneficios comienza el día en que usted ingresa en un centro de enfermería especializada. El período de beneficios termina cuando usted no ha recibido ningún cuidado especializado en un centro de enfermería especializada durante 60 días consecutivos. Si ingresa en un centro de enfermería especializada después de que haya terminado un período de beneficios, comenzará un nuevo período de beneficios. El número de períodos de beneficios es ilimitado.

Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage–Período del 1 de enero al 31 de marzo en el que los miembros de un plan Medicare Advantage pueden cancelar su inscripción en el plan y cambiarse a otro plan Medicare Advantage, u obtener cobertura a través de Medicare Original. Si decide cambiarse a Medicare Original durante este período, también puede inscribirse en un plan aparte de medicamentos con receta de Medicare en ese momento. El Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage también está disponible por un período de 3 meses después de que una persona cumple los requisitos de Medicare por primera vez.

Período de Inscripción Inicial–Período en el que puede inscribirse en la Parte A y en la Parte B de Medicare cuando cumple los requisitos de Medicare por primera vez. Si cumple los requisitos de Medicare cuando cumple 65 años, su Período de Inscripción Inicial es el período de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que cumple 65 años, incluye el mes de su cumpleaños y termina 3 meses después del mes en que cumple 65 años.

Persona con elegibilidad doble–Persona que califica para la cobertura de Medicare y de Medicaid.

Plan de Punto de Servicio (Point of Service, POS)–Como miembro de este plan de Punto de Servicio (POS), usted puede recibir los servicios cubiertos de parte de proveedores de la red. También puede recibir servicios dentales de rutina de proveedores que no tienen un contrato con UnitedHealthcare.

Plan de salud de Medicare–Plan de salud de Medicare ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para proporcionar los beneficios de la Parte A y la Parte B a los beneficiarios de Medicare que se inscriban en el plan. Este término incluye todos los Planes Medicare Advantage, los Planes de Costos de Medicare, los Planes para Personas con Necesidades Especiales, los Programas Piloto o de Demostración, y los Programas de Cuidado Todo Incluido para Personas Mayores (Programs of All-inclusive Care for the Elderly, PACE).

Plan del Programa de Cuidado Todo Incluido para Personas Mayores (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE)–Plan que combina apoyos y servicios a largo plazo (LTSS), sociales y médicos para personas frágiles a fin de ayudarles a mantener su independencia y vivir en su comunidad (en lugar de mudarse a un asilo de convalecencia) durante el mayor tiempo posible. Las personas inscritas en planes del Programa de Cuidado Todo Incluido para Personas Mayores reciben sus beneficios tanto de Medicare como de Medicaid a través del plan. Este programa no está disponible en todos los estados. Si desea saber si el Programa de Cuidado Todo Incluido para Personas Mayores está disponible en su estado, comuníquese con Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este documento).

Plan Institucional Equivalente para Personas con Necesidades Especiales (Special Needs Plan, SNP)–Plan que inscribe a personas que cumplen los requisitos y viven en la comunidad, pero que requieren un nivel de cuidado institucional basado en la evaluación realizada por el estado. La evaluación se debe realizar con la misma herramienta de evaluación del nivel de cuidado del estado correspondiente y debe ser administrada por una entidad que no sea la organización que ofrece el plan. Este tipo de Plan para Personas con Necesidades Especiales puede limitar la inscripción a personas que viven en una residencia de vivienda asistida (assisted living facility, ALF) contratada, si es necesario para asegurar la prestación uniforme del cuidado especializado.

Plan Institucional para Personas con Necesidades Especiales (Special Needs Plan, SNP)–Plan que inscribe a personas que cumplen los requisitos y que viven continuamente, o se espera que vivan continuamente, durante 90 días o más en un centro de cuidado a largo plazo (LTC). Estos centros pueden incluir un centro de enfermería especializada (SNF), un centro de enfermería (nursing facility, NF) o ambos (SNF/NF), un Centro de Cuidado Intermedio para Personas con Discapacidades Intelectuales (Intermediate Care Facility for Individuals with Intellectual Disabilities, ICF/IID), un centro psiquiátrico para pacientes hospitalizados o centros aprobados por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid que prestan servicios para el cuidado de la salud a largo plazo similares que están cubiertos por la Parte A de Medicare, la Parte B de Medicare o Medicaid; y cuyos residentes tienen un estado de cuidado de la salud o necesidades similares a los otros tipos de centros mencionados. Un Plan Institucional para Personas con Necesidades Especiales debe tener un acuerdo contractual con (o ser propietario de y operar) los centros de cuidado a largo plazo específicos.

Plan Medicare Advantage (MA)–En ocasiones, se le llama Parte C de Medicare. Es un plan ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para proporcionarle a usted todos sus beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare. Un Plan Medicare Advantage puede ser i) un plan de una Organización para el Mantenimiento de la Salud, ii) un plan de una Organización de Proveedores Preferidos (Preferred Provider Organization, PPO), iii) un plan Privado de Tarifa por Servicio (Private Fee-for-Service, PFFS) o iv) un plan de Cuenta de Ahorros para Gastos Médicos (Medical Savings Account, MSA) de Medicare. Además de elegir entre estos tipos de planes, un plan Medicare Advantage de una Organización para el Mantenimiento de la Salud o de una Organización de Proveedores Preferidos también puede ser un Plan para Personas con Necesidades Especiales (SNP). En la mayoría de los casos, los Planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D de Medicare (cobertura de medicamentos con receta). A estos planes se les llama **Planes Medicare Advantage con Cobertura de Medicamentos con Receta**.

Plan para personas con necesidades especiales–Tipo especial de Plan Medicare Advantage que proporciona cuidado de la salud más especializado para grupos específicos de personas, por ejemplo, quienes tienen tanto Medicare como Medicaid, quienes viven dentro de un asilo de convalecencia o quienes tienen ciertas condiciones médicas crónicas.

Plan para Personas con Necesidades Especiales por Condiciones Crónicas (Chronic-Care Special Needs Plan, C-SNP)–Planes para Personas con Necesidades Especiales que limitan la inscripción a personas que cumplen los requisitos de Medicare Advantage y que tienen una o más condiciones crónicas graves o incapacitantes, según lo definido en la Sección 422.2 del Título 42 del Código de Reglamentos Federales; incluso limitan la inscripción según los grupos de condiciones clínicamente vinculadas que por lo general son comórbidas, que se especifican en la Sección 422.4(a)(1)(iv) del Título 42 del Código de Reglamentos Federales.

Plan para Personas con Necesidades Especiales que Tienen Elegibilidad Doble (Dual Eligible Special Needs Plans, D-SNP)–Plan que inscribe 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 conforme a Medicaid (título XIX). Los estados cubren algunos costos de Medicare, según el estado y los requisitos de participación de la persona.

Póliza Medigap (Seguro Complementario de Medicare)–Seguro Complementario de Medicare vendido por compañías de seguros privadas para cubrir los costos que “no están cubiertos” por Medicare Original. Las pólizas Medigap solamente se pueden usar con Medicare Original. (Un Plan Medicare Advantage no es una póliza Medigap.)

Preautorización–Preaprobación para recibir servicios o ciertos medicamentos. Los servicios cubiertos que necesitan una preautorización se indican en la Tabla de Beneficios Médicos del Capítulo 4. Los medicamentos cubiertos que necesitan una preautorización se indican en el formulario.

Prima–Pago periódico a Medicare, a una compañía de seguros o a un plan de cuidado de la salud por la cobertura de salud o de medicamentos con receta.

Producto biológico–Medicamento con receta elaborado a partir de fuentes naturales y vivas, como células animales y vegetales, bacterias u hongos. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no se pueden copiar exactamente, por lo que los productos alternativos se llaman biosimilares. Por lo general, los productos biosimilares surten exactamente el mismo efecto y son tan seguros como los productos biológicos originales.

Programa Ayuda Adicional–Programa estatal o 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 los coseguros.

Programa Seguridad de Ingreso Complementario (Supplemental Security Income, SSI)–Beneficio mensual que paga el Seguro Social a personas con ingresos y recursos limitados, y que sean discapacitadas, ciegas o mayores de 65 años. Los beneficios del programa Seguridad de Ingreso Complementario no son los mismos que los beneficios del Seguro Social.

Prótesis y ortesis–Dispositivos médicos que incluyen, entre otros, abrazaderas ortopédicas para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte interna o una función del cuerpo, incluso los suministros para ostomía y la terapia de nutrición enteral y parenteral.

Proveedor de Cuidado Primario (Primary Care Provider, PCP)–Médico u otro proveedor que usted consulta primero para la mayoría de los problemas de salud. En muchos planes de salud de Medicare, usted debe consultar a su proveedor de cuidado primario antes de consultar a cualquier otro proveedor de cuidado de la salud.

Proveedor de la red–Proveedor es el término general para médicos, otros profesionales de cuidado de la salud, hospitales y otros centros de cuidado de la salud con licencia o certificación de Medicare y del estado para prestar servicios para el cuidado de la salud. Los **proveedores de la red** tienen un convenio con nuestro plan para aceptar nuestro pago como pago total y, en algunos casos, coordinar además de prestar los servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. A los proveedores de la red también se les llama “proveedores del plan”.

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red–Proveedor o centro que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar ni para prestar los servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no son empleados de nuestro plan, no son propiedad de este ni son operados por este.

Proveedores–Médicos y otros profesionales de cuidado de la salud con licencia del estado para proporcionar cuidado y servicios médicos. El término “proveedores” también incluye hospitales y otros centros de cuidado de la salud.

Queja–El nombre formal para presentar una queja es **presentar una queja formal**. El proceso de queja se usa **solamente** para ciertos tipos de problemas. Por ejemplo, problemas relacionados con la calidad del cuidado, los tiempos de espera y el servicio al cliente que usted recibe. También incluye quejas si su plan no cumple los períodos del proceso de apelación.

Queja formal integrada–Tipo de queja que usted presenta sobre nuestro plan o sobre uno de los proveedores o una de las farmacias de nuestra red, incluso una queja concerniente a la calidad del cuidado que ha recibido. No incluye disputas sobre cobertura ni pago.

Red–Médicos y otros profesionales de cuidado de la salud, grupos médicos, hospitales y otros proveedores o centros de cuidado de la salud que tienen un convenio con nosotros para prestar a nuestros miembros los servicios cubiertos y aceptar nuestro pago y cualquier costo compartido del plan como pago total. (Consulte la Sección 3.2 del Capítulo 1)

Servicio al Cliente–Departamento dentro de nuestro plan que se encarga de responder sus preguntas sobre membresía, beneficios, quejas formales y apelaciones.

Servicios cubiertos–Término que usamos para referirnos a todos los suministros y servicios para el cuidado de la salud que cubre 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 que están cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. El término Servicios Cubiertos por Medicare no incluye los beneficios adicionales, como los dentales o de servicios para la vista o la audición, que un plan Medicare Advantage puede ofrecer.

Servicios de rehabilitación–Incluyen fisioterapia, terapia del habla y del lenguaje, y terapia ocupacional.

Servicios requeridos de urgencia–Servicios cubiertos que no son servicios para emergencias, que son prestados cuando los proveedores de la red no están a su disposición o no están accesibles temporalmente, o cuando el miembro está fuera del área de servicio. Por ejemplo, cuando usted necesita cuidado inmediato durante el fin de semana. Los servicios deben ser de necesidad inmediata y médicamente necesarios.

Subsidio para Personas de Bajos Ingresos (Low Income Subsidy, LIS)–Consulte la definición Programa “Ayuda Adicional”.

Terapia escalonada–Procedimiento de utilización que requiere que usted primero pruebe otro medicamento para tratar su condición médica antes de que cubramos el medicamento que su médico le recetó inicialmente.

Servicio al Cliente de UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP):



Llame al **1-800-690-1606**

Las llamadas a este número son gratuitas.

De 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre.

Servicio al Cliente también tiene servicios gratuitos de interpretación de idiomas para personas que no hablan inglés.

TTY **711**

Las llamadas a este número son gratuitas.

De 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre.



Escriba a: **P.O. Box 30769, Salt Lake City, UT 84130-0769**



es.myuhc.com/CommunityPlan

Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud

El Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal para proporcionar asesoramiento gratuito sobre el seguro de salud local a los beneficiarios de Medicare.

Usted puede llamar al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud de su estado al número que se indica en la Sección 3 del Capítulo 2 de la Evidencia de Cobertura.

Declaración de Divulgación de la Ley de Simplificación de Trámites Administrativos (PRA)

Según la Ley de Simplificación de Trámites Administrativos (Paperwork Reduction Act, PRA) de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información, a menos que esta exhiba un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (Office of Management and Budget, OMB). El número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto para esta recopilación de información es 0938-1051. Si usted tiene algún comentario o sugerencia para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.