

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2023

Evidencia de cobertura:

Los beneficios y servicios de salud y la cobertura para medicamentos recetados de Medicare como miembro de Zing Dual Complete Plus IN (HMO-POS D-SNP)

Este documento proporciona detalles acerca de la cobertura para atención médica y medicamentos recetados de Medicare y Medicaid Indiana desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2023. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

Si tiene preguntas sobre este documento, comuníquese con nuestro número del Servicio de atención al cliente al 1-866-946-4458. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Atendemos de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., todos los días de la semana (excepto por el Día de Acción de Gracias y Navidad), del 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre.

Este plan, Zing Dual Complete Plus IN (HMO-POS D-SNP), es ofrecido por Zing Health. (Cuando esta *Evidencia de Cobertura* dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, significa Zing Health. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, significa Zing Dual Complete Plus IN [HMO-POS D-SNP])

Este documento está disponible de forma gratuita en inglés. Esta información está disponible en un formato diferente, lo que incluye braille, impresión en letra grande y cintas de audio. Llame al Servicio de atención al cliente al número antes mencionado si necesita la información en otro formato.

Los beneficios, las primas, el deducible o los copagos/el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2024.

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

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

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

Índice**Evidencia de cobertura de 2023****Índice**

CAPÍTULO 1:	<i>Primeros pasos como miembro</i>	6
SECCIÓN 1	Introducción	7
SECCIÓN 2	¿Qué requisitos son necesarios para ser miembro del plan?	9
SECCIÓN 3	Materiales importantes para miembros que recibirá	10
SECCIÓN 4	Sus costos mensuales para Zing Dual Complete Plus IN (HMO-POS D-SNP)	12
SECCIÓN 5	Más información sobre su prima mensual	16
SECCIÓN 6	Mantener actualizado su registro de miembro del plan	17
SECCIÓN 7	Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan	18
CAPÍTULO 2:	<i>Números de teléfono y recursos importantes</i>	20
SECCIÓN 1	Contactos de Zing Dual Complete Plus IN (HMO-POS D-SNP) (cómo ponerse en contacto con nosotros, lo que incluye cómo comunicarse con el Servicio de atención al cliente)	21
SECCIÓN 2	Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal Medicare)	26
SECCIÓN 3	Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)	28
SECCIÓN 4	Organización para la mejora de la calidad	28
SECCIÓN 5	Seguro Social	29
SECCIÓN 6	Medicaid	30
SECCIÓN 7	Información sobre programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos con recetados	31
SECCIÓN 8	Cómo puede ponerse en contacto con la Junta de jubilación para ferroviarios	32
SECCIÓN 9	¿Tiene un “seguro grupal” u otro seguro médico de un empleador?	33
CAPÍTULO 3:	<i>Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos</i>	35
SECCIÓN 1	Datos importantes sobre cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan	36
SECCIÓN 2	Use los proveedores de la red del plan para obtener atención médica	37

Índice

SECCIÓN 3	Cómo obtener servicios cuando tiene una emergencia, una necesidad urgente de recibir atención o durante un desastre	43
SECCIÓN 4	¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de los servicios cubiertos?	41
SECCIÓN 5	¿Cómo se cubren los servicios médicos cuando participa en un “estudio de investigación clínica”?	47
SECCIÓN 6	Normas para obtener atención en una “institución religiosa de atención sanitaria no médica”	49
SECCIÓN 7	Normas para la posesión de equipo médico duradero	50
CAPÍTULO 4:	<i>Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)</i>	52
SECCIÓN 1	Cómo comprender los costos que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos	53
SECCIÓN 2	Utilice la <i>Tabla de beneficios médicos</i> para averiguar qué es lo que está cubierto	54
SECCIÓN 3	¿Qué servicios están cubiertos fuera de Zing Dual Complete Plus IN (HMO-POS D-SNP)?	96
SECCIÓN 4	¿Qué servicios no están cubiertos por el plan?	96
CAPÍTULO 5:	<i>Cómo utilizar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D</i>	100
SECCIÓN 1	Introducción	101
SECCIÓN 2	Obtenga sus medicamentos recetados en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan	102
SECCIÓN 3	Sus medicamentos deben estar en la “Lista de medicamentos” del plan ...	105
SECCIÓN 4	Hay restricciones respecto de la cobertura de algunos medicamentos	107
SECCIÓN 5	¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera en que usted querría que lo estuviera?	109
SECCIÓN 6	¿Qué sucede si cambia la cobertura para alguno de sus medicamentos? ...	112
SECCIÓN 7	¿Qué tipos de medicamentos <i>no</i> cubre el plan?	114
SECCIÓN 8	Surtir un medicamento recetado	115
SECCIÓN 9	Cobertura para medicamentos de la Parte D en situaciones especiales	116
SECCIÓN 10	Programas sobre la seguridad y administración de los medicamentos	118
CAPÍTULO 6:	<i>Lo que le corresponde pagar por los medicamentos recetados de la Parte D</i>	121
SECCIÓN 1	Introducción	122

Índice

SECCIÓN 2	El precio que paga por un medicamento depende de la “etapa de pago de medicamentos” en la que esté al obtener el medicamento	125
SECCIÓN 3	Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos y la etapa de pago en la que se encuentra.....	125
SECCIÓN 4	Durante la Etapa del deducible, usted paga el costo total de sus medicamentos de nivel 2, 3, 4 y 5	127
SECCIÓN 5	Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos, y usted paga su parte.....	127
SECCIÓN 6	Zing Dual Complete Plus IN (HMO-POS D-SNP) no tiene carencia de cobertura	132
SECCIÓN 7	Durante la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, el plan paga la mayor parte del costo de sus medicamentos.....	132
SECCIÓN 8	Vacunas de la Parte D. Lo que usted paga depende de cómo y dónde las obtiene	132
CAPÍTULO 7:	<i>Cómo solicitarnos que paguemos una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos.</i>	135
SECCIÓN 1	Situaciones en las que debe solicitarnos que paguemos sus servicios o medicamentos cubiertos	136
SECCIÓN 2	Cómo solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que recibió	138
SECCIÓN 3	Analizaremos su solicitud de pago y decidiremos si le pagaremos o no....	139
CAPÍTULO 8:	<i>Sus derechos y responsabilidades</i>	141
SECCIÓN 1	Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades interculturales como miembro del plan.....	142
SECCIÓN 2	Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan	148
CAPÍTULO 9:	<i>Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas).</i>	150
SECCIÓN 1	Introducción.....	151
SECCIÓN 2	Dónde obtener más información y asistencia personalizada.....	152
SECCIÓN 3	¿Qué proceso debe utilizar para tratar su problema?.....	152
SECCIÓN 4	Cómo manejar problemas relacionados con sus beneficios de <u>Medicare</u> ..	153
SECCIÓN 5	Guía de los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones	154

Índice

SECCIÓN 6	Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación	157
SECCIÓN 7	Medicamentos recetados de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación	165
SECCIÓN 8	Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto	176
SECCIÓN 9	Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto.....	184
SECCIÓN 10	Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y más allá	190
SECCIÓN 11	Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el Servicio de atención al cliente u otras inquietudes.....	193
SECCIÓN 12	Cómo manejar problemas relacionados con sus beneficios de <u>Medicare</u> ..	197
CAPÍTULO 10: Cancelación de su membresía en el plan		198
SECCIÓN 1	Introducción a cómo cancelar su membresía en nuestro plan	199
SECCIÓN 2	¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan?.....	199
SECCIÓN 3	¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan?	203
SECCIÓN 4	Hasta que se cancele su membresía, debe seguir recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan	205
SECCIÓN 5	Zing Dual Complete Plus IN (HMO-POS D-SNP) debe cancelar su membresía en el plan en ciertas situaciones	197
CAPÍTULO 11: Avisos legales		208
SECCIÓN 1	Aviso sobre leyes vigentes	209
SECCIÓN 2	Aviso sobre no discriminación	209
SECCIÓN 3	Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare	212
SECCIÓN 4	Aviso de Confidencialidad de la Ley HIPAA (Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de los Seguros Médicos).....	213
CAPÍTULO 12: Definiciones de palabras importantes.....		219

CAPÍTULO 1

Primeros pasos como miembro

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro**SECCIÓN 1 Introducción****Sección 1.1 Usted está inscrito en Zing Dual Complete Plus IN (HMO-POS D-SNP), que es un plan especializado de Medicare Advantage (Plan de necesidades especiales)**

Está cubierto por Medicare y Medicaid:

- **Medicare** es el programa federal de seguros de salud para personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con determinadas discapacidades y personas con enfermedad renal en etapa terminal (insuficiencia renal).
- **Medicaid** es un programa estatal y federal conjunto que brinda ayuda con los costos médicos a ciertas personas con ingresos y recursos limitados. La cobertura de Medicaid varía dependiendo del estado y del tipo de plan de Medicaid que usted tenga. Algunas personas que tienen Medicaid reciben ayuda para pagar sus primas de Medicare y otros costos. Otras personas también obtienen cobertura por medicamentos y servicios adicionales que no están cubiertos por Medicare.

Usted ha elegido recibir su cobertura de atención médica y de medicamentos recetados de Medicare mediante nuestro plan, Zing Dual Complete Plus IN (HMO-POS D-SNP). Estamos obligados a cubrir todos los servicios de la Parte A y la Parte B de Medicare. Sin embargo, los costos compartidos y el acceso a proveedores en este plan son distintos del Plan Original de Medicare.

Zing Dual Complete Plus IN (HMO-POS D-SNP) es un plan especializado de Medicare Advantage (un “Plan de necesidades especiales” de Medicare), lo que significa que sus beneficios están diseñados para personas con necesidades de atención médica especiales. Zing Dual Complete Plus IN (HMO-POS D-SNP) está específicamente diseñado para personas que tienen Medicare y que también tienen derecho a recibir ayuda de Medicaid.

Dado que usted recibe asistencia de Medicaid para cubrir sus costos compartidos de la Parte A y la Parte B de Medicare (deducibles, copagos y coseguro), es posible que no pague nada por sus servicios de atención médica de Medicare. Medicaid también puede proporcionarle otros beneficios al cubrir servicios de atención médica que por lo general no están cubiertos por Medicare. También recibirá “Ayuda adicional” de Medicare para pagar sus costos de los medicamentos recetados de Medicare. Zing Dual Complete Plus IN (HMO-POS D-SNP) le ayudará a administrar todos estos beneficios para que pueda recibir los servicios de atención médica y la asistencia de pago a la que tiene derecho.

Zing Dual Complete Plus IN (HMO-POS D-SNP) está administrado por una compañía privada. Al igual que todos los planes Medicare Advantage, este Plan de necesidades especiales de Medicare está aprobado por Medicare. El plan también tiene un contrato con el programa de Medicaid para coordinar sus beneficios de Medicaid Indiana. Nos complace brindarle la cobertura de atención médica de Medicare, lo que incluye la cobertura de medicamentos recetados.

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

La cobertura según este plan califica como cobertura de salud que reúne los requisitos (Qualifying Health Coverage, QHC) y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección del Paciente y Cuidado de Salud de Bajo Costo (Patient Protection and Affordable Care Act, ACA). Para obtener más información, visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families.

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

Este documento *Evidencia de cobertura* describe cómo puede obtener atención médica y medicamentos recetados de Medicare. Explica sus derechos y responsabilidades, lo que está cubierto, la parte que le corresponde pagar a usted como miembro del plan y cómo presentar una queja si no está satisfecho con una decisión o tratamiento.

Los términos “cobertura” y “servicios cubiertos” hacen referencia a la atención, los servicios médicos y los medicamentos recetados a su disposición como miembro de Zing Dual Complete Plus IN (HMO-POS D-SNP).

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

Si hay algún tema que lo confunde o le preocupa, o simplemente tiene una pregunta, comuníquese con el Servicio de atención al cliente.

Sección 1.3 Información legal sobre la *Evidencia de cobertura*

Esta *Evidencia de cobertura* es parte de nuestro contrato con usted sobre cómo Zing Dual Complete Plus IN (HMO-POS D-SNP) cubre su atención. Las otras partes de este contrato incluyen el formulario de inscripción, la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* y cualquier aviso que reciba de nuestra parte sobre modificaciones en su cobertura o condiciones que puedan afectar su cobertura. En ocasiones, estos avisos se denominan “cláusulas adicionales” o “enmiendas”.

El contrato estará vigente durante los meses en los que esté inscrito en Zing Dual Complete Plus IN (HMO-POS D-SNP) desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2023.

Cada año calendario, Medicare nos permite realizar cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de Zing Dual Complete Plus IN (HMO-POS D-SNP) después del 31 de diciembre de 2023. 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 2023.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) y la Agencia de Medicaid del Estado de Indiana deben aprobar Zing Dual Complete Plus IN (HMO-POS D-SNP) cada año.

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

Puede seguir obteniendo la cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan cada año solo si decidimos continuar ofreciendo el plan y si Medicare renueva la aprobación del plan.

SECCIÓN 2 ¿Qué requisitos son necesarios para ser miembro del plan?

Sección 2.1 Sus requisitos de elegibilidad

Usted es elegible para ser miembro de nuestro plan, siempre y cuando cumpla con estos requisitos:

- Tenga la Parte A y la Parte B de Medicare.
- Viva en nuestra área de servicio geográfica (la Sección 2.3, que se encuentra más abajo, describe el área de servicio). No se considera que las personas encarceladas vivan en el área de servicio geográfica, aun si se encuentran físicamente en esta área.
- Sea ciudadano estadounidense o esté legalmente presente a los Estados Unidos.
- Cumpla con los requisitos especiales de elegibilidad que se describen a continuación.

Requisitos especiales de elegibilidad para nuestro plan

Nuestro plan está diseñado para satisfacer las necesidades de las personas que reciben ciertos beneficios de Medicaid. (Medicaid es un programa estatal y federal conjunto que brinda ayuda con los costos médicos a ciertas personas con ingresos y recursos limitados). Para ser elegible para nuestro plan, debe ser elegible para Medicare y para la asistencia con los costos compartidos de Medicare a través de Medicaid.

Tenga en cuenta lo siguiente: Si pierde la elegibilidad, pero se puede esperar razonablemente que la vuelva a obtener en un máximo de seis (6) meses, entonces aún es elegible para ser miembro de nuestro plan (la Sección 2.1 del Capítulo 4 le informa sobre la cobertura y el costo compartido durante un período de supuesta elegibilidad continua).

Sección 2.2 ¿Qué es Medicaid?

Medicaid Indiana es un programa estatal y federal conjunto que brinda ayuda con los costos médicos para ciertas personas con ingresos y recursos limitados. Cada estado decide qué cuenta como ingresos y recursos, quién es elegible, qué servicios están cubiertos y el costo de los servicios. Los estados también pueden decidir de qué manera administrar sus programas siempre que cumplan con las normas federales.

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

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

- **Beneficiario de Medicare calificado (QMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare y otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos). (Algunas personas con QMB también son elegibles para los beneficios completos de Medicaid [QMB+]).
- **Beneficiario de bajos ingresos especificado por Medicare (SLMB+):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B de Medicare para aquellas personas que también son elegibles para los beneficios completos de Medicaid.
- **Beneficio completo de elegibilidad doble (FBDE):** Ayuda a pagar los costos compartidos de Medicare. Los miembros FBDE también son elegibles para recibir los beneficios completos de Medicaid.

Sección 2.3 Esta es el área de servicio del plan para Zing Dual Complete Plus IN (HMO-POS D-SNP)

Zing Dual Complete Plus IN (HMO-POS D-SNP) se encuentra disponible solo para personas que residen en el área de servicio de nuestro plan. Para seguir siendo miembro de nuestro plan, debe continuar viviendo en el área de servicio del plan. El área de servicio se describe a continuación.

Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados de Indiana: Allen, Lake y Marion.

Si planea mudarse fuera del área de servicio, no puede seguir siendo miembro de este plan. Póngase en contacto con Servicios para los miembros para consultar si contamos con algún plan en su nueva área. Si se muda, tendrá un Período de inscripción especial que le permitirá cambiar al plan Original de Medicare o inscribirse en un plan de salud de Medicare o de medicamentos disponible en su nueva ubicación.

También es importante que usted llame al Seguro Social si se muda o cambia su dirección postal. Encontrará 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 presencia legal

Los miembros de los planes de salud de Medicare deben ser ciudadanos estadounidenses o estar legalmente presentes en los Estados Unidos. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificará a nuestro plan si no es elegible para seguir siendo miembro según este requisito. Nuestro plan debe cancelar su inscripción si no cumple con este requisito.

SECCIÓN 3 Materiales importantes para miembros que recibirá**Sección 3.1 Tarjeta de miembro del plan**

Mientras sea un miembro de nuestro plan, debe usar su tarjeta de miembro cada vez que reciba servicios cubiertos por este plan y para los medicamentos recetados que obtenga en las farmacias

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

de la red. También debe mostrarle su tarjeta de Medicaid al proveedor. A continuación, encontrará un modelo de la tarjeta de miembro para que tenga una idea de cómo será la suya:



NO use la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para obtener los servicios médicos cubiertos mientras sea miembro de este plan. Si usa la tarjeta de Medicare en vez de la tarjeta de membresía de Zing Dual Complete Plus IN (HMO-POS D-SNP), es posible que tenga que pagar el costo total de los servicios médicos. Guarde la tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Se le puede pedir que la muestre si necesita servicios hospitalarios, servicios de hospicio o si participa en estudios de investigación clínica aprobados por Medicare, también denominados ensayos clínicos.

Si la tarjeta de miembro del plan está dañada, se le pierde o se la roban, llame de inmediato al Servicio de atención al cliente para que le enviemos una tarjeta nueva.

Sección 3.2 Directorio de proveedores

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

Debe usar los proveedores de la red para obtener atención y servicios médicos. Si va a otro lugar sin la debida autorización, tendrá que pagar en su totalidad. Las únicas excepciones son las emergencias, los servicios de urgencia cuando la red no está disponible (es decir, en situaciones en las que no es razonable o no es posible obtener servicios dentro de la red), servicios de diálisis fuera del área y casos en los que Zing Dual Complete Plus IN (HMO-POS D-SNP) autorice el uso de proveedores fuera de la red.

Su plan tiene una opción de Punto de Servicio (POS). Esta opción es un beneficio adicional que cubre ciertos servicios médicamente necesarios y que puede recibir de proveedores fuera de la red. Cuando utilice su beneficio POS (fuera de la red) deberá obtener una autorización previa del plan y usted será responsable de la mayor parte del costo de la atención, excepto en caso de emergencia. Hable siempre con su proveedor de atención primaria (PCP) antes de solicitar atención a un proveedor fuera de la red. Su PCP nos informará y solicitará la aprobación del plan (autorización previa). Consulte el Capítulo 3.

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

La lista más actualizada de proveedores está disponible en nuestro sitio web, en www.myzinghealth.com.

Si no tiene su copia del *Directorio de proveedores*, puede solicitar una a través del Servicio de atención al cliente.

Sección 3.3 Directorio de farmacias

El directorio de farmacias enumera las farmacias de nuestra red. **Las farmacias de la red** son todas las farmacias que han aceptado surtir los medicamentos con receta cubiertos para los miembros de nuestro plan. Puede utilizar el *Directorio de farmacias* para encontrar la farmacia de la red en la que desee comprar los medicamentos. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para obtener información sobre cuándo puede usar farmacias que no están en la red del plan.

Si no tiene el *Directorio de farmacias*, puede obtener una copia a través de Servicios de atención al cliente. También puede encontrar esta información en nuestro sitio web, en www.myzinghealth.com. Puede llamar al Servicio de atención al cliente en cualquier momento para obtener información actualizada sobre los cambios en la red de farmacias.

Sección 3.4 La Lista de medicamentos cubiertos (*Formulario*) del plan

El plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*. Nosotros la denominamos “Lista de medicamentos” para abreviarla. Indica qué medicamentos recetados de la Parte D están cubiertos por el beneficio de la Parte D incluido en Zing Dual Complete Plus IN (HMO-POS D-SNP). El plan, con la colaboración de un equipo de médicos y farmacéuticos, selecciona los medicamentos de la lista. La lista debe cumplir con los requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la Lista de medicamentos de Zing Dual Complete Plus IN (HMO-POS D-SNP).

La Lista de medicamentos le indica si existen restricciones para la cobertura de sus medicamentos.

Le proporcionaremos una copia de la Lista de medicamentos. Para obtener la información más completa y vigente sobre los medicamentos cubiertos, puede visitar el sitio web del plan (www.myzinghealth.com) o llamar al Servicio de atención al cliente.

SECCIÓN 4 Sus costos mensuales para Zing Dual Complete Plus IN (HMO-POS D-SNP)

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

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

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

En algunos casos, la prima del plan podría ser menor

Hay programas que ayudan a las personas con recursos limitados a pagar los medicamentos. Entre estos programas, se incluyen el programa de “Ayuda adicional” y el Programa estatal de asistencia farmacéutica. La Sección 7 del Capítulo 2 explica más acerca de esos programas. Si reúne los requisitos, la inscripción en el programa podría reducir la prima mensual del plan.

Si *ya se inscribió* y recibe ayuda de algunos de estos programas, **la información sobre las primas en esta *Evidencia de cobertura* podría no aplicarse a usted.** Le enviamos un inserto separado, que se denomina “Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs” (Cláusula adicional a la *Evidencia de cobertura* para las personas que reciben Ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta), también denominada “Low Income Subsidy Rider” o “LIS Rider” (Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS), que le informa sobre la cobertura para sus medicamentos. Si no posee este inserto, comuníquese con el Servicio de atención al cliente y pida la “Cláusula adicional LIS”.

Las primas de la Parte B y la Parte D de Medicare varían para las personas que tienen distintos ingresos. Si tiene preguntas sobre estas primas, revise su copia del folleto *Medicare & You 2023* (*Medicare y Usted 2023*), la sección titulada “2023 Medicare Costs” (Costos de Medicare de 2023). Si necesita una copia, puede descargarla del sitio web de Medicare (www.medicare.gov). O bien puede solicitar una copia impresa por teléfono al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 4.1 Prima del plan

Como miembro de nuestro plan, usted paga una prima mensual del plan. Para 2023, la prima mensual para Zing Dual Complete Plus IN (HMO-POS D-SNP) es de \$28.10. Dependiendo de su cobertura de Medicaid o su “Ayuda adicional”, estos programas podrían pagar su prima mensual del plan en su nombre.

Sección 4.2 Prima mensual de la Parte B de Medicare**Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare**

Además de pagar la prima mensual del plan, algunos miembros deben pagar otras primas de Medicare. Como se explicó en la sección 2 anteriormente, para ser elegible para nuestro plan debe mantener su elegibilidad para Medicaid así como también debe tener la Parte A y la Parte B de Medicare. Para la mayoría de los miembros de Zing Dual Complete Plus IN (HMO-POS D-SNP), Medicaid paga la prima de la Parte A (si no reúne los requisitos para ello en forma automática) y la prima de la Parte B.

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

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro**Sección 4.3 Multa por inscripción tardía de la Parte D**

Dado que usted tiene elegibilidad doble, la multa por inscripción tardía no se aplica mientras mantenga su estado de elegibilidad doble, pero si lo pierde, podría tener que pagar una multa por inscripción tardía. Algunos miembros deben pagar una **multa por inscripción tardía** de la Parte D. La multa por inscripción tardía de la Parte D es una prima adicional que debe pagarse para la cobertura de la Parte D si, en algún momento después de que finaliza su período de inscripción inicial, hay un período de 63 días consecutivos o más en los que usted no tiene la Parte D u otra cobertura para medicamentos con receta acreditable. “Cobertura para medicamentos con receta acreditable” es la cobertura que cumple con los estándares mínimos de Medicare, ya que se espera que cubra, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura estándar para medicamentos con receta de Medicare. El costo de la multa por inscripción tardía depende de cuánto tiempo estuvo sin otra cobertura acreditable para medicamentos con receta o de la Parte D. Tendrá que pagar esta multa mientras tenga la cobertura de la Parte D.

La multa por inscripción tardía de la Parte D se agrega a su prima mensual. Cuando se inscribe por primera vez en Zing Dual Complete Plus IN (HMO-POS D-SNP), le informamos el monto de la multa.

No tendrá que pagarla si se cumple lo siguiente:

- Usted recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos con receta.
- Ha pasado menos de 63 días seguidos sin cobertura acreditable.
- Ha tenido una cobertura de medicamentos acreditable a través de otra fuente, como un empleador anterior, un sindicato, TRICARE o el Departamento de Asuntos de Veteranos. Su asegurador o el departamento de recursos humanos le informarán cada año si su cobertura para medicamentos es una cobertura acreditable. Esta información se le puede enviar por carta o se la puede incluir en un boletín informativo del plan. Conserve esta información porque puede necesitarla si se une, en el futuro, al plan de medicamentos de Medicare.
 - **Nota:** cualquier aviso debe indicar que tenía una cobertura para medicamentos con receta “acreditable” que se preveía que pagaría el mismo monto que el plan estándar para medicamentos con receta de Medicare.
 - **Nota:** las siguientes *no* son una cobertura para medicamentos con receta acreditable: tarjetas de descuento para medicamentos con receta, clínicas gratis y sitios web de descuentos en medicamentos.

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

- En primer lugar, se cuenta el número de meses completos que se retrasó en la inscripción de un plan de medicamentos de Medicare, después de que fuera elegible para inscribirse. O bien, puede contar la cantidad de meses completos durante los cuales no tuvo cobertura de medicamentos recetados acreditable, si la interrupción en la cobertura fue de 63 días o

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

más. La multa es del 1 % por cada mes que no tuvo cobertura acreditable. Por ejemplo, si pasa 14 meses sin cobertura, la multa será del 14 %.

- Luego, Medicare determina el monto de la prima mensual promedio para los planes de medicamentos de Medicare en la nación desde el año anterior. Para 2023, el monto promedio de la prima es de \$28.11.
- Para calcular su multa mensual, usted multiplica el porcentaje de la multa y la prima mensual promedio y luego redondea el resultado a los 10 centavos más cercanos. En este ejemplo, sería 14 % multiplicado por \$28.11, que es igual a \$3.93. Esto se redondea a \$3.90. Este monto se agregará **a la prima mensual de una persona que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D.**

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

- Primero, **la multa puede cambiar cada año**, ya que la prima mensual promedio puede cambiar cada año.
- Segundo, **usted seguirá pagando una multa** cada mes durante el tiempo que esté inscrito en un plan que incluya los beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare, incluso si cambia de plan.
- Tercero, si es menor de 65 y actualmente recibe los beneficios de Medicare, la multa por inscripción tardía en la Parte D se reajustará cuando cumpla 65 años. Después de los 65 años, la multa por inscripción tardía de la Parte D se basará solo en los meses en los que no tenga cobertura después del período de inscripción inicial para envejecer en Medicare.

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

Sección 4.4	Importe ajustado mensual relacionado con los ingresos
--------------------	--

Es posible que algunos miembros deban pagar un cargo adicional, conocido como el monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso, también conocido como IRMAA (Income Related Monthly Adjustment Amount), de la Parte D. El cargo adicional se calcula utilizando su ingreso bruto ajustado modificado según lo informado en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años. Si este monto es superior a cierto monto, pagará el monto de la prima estándar y el IRMAA adicional. Para obtener más información sobre el monto adicional que quizás deba pagar según sus ingresos, visite <https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/monthly-premium-for-drug-plans>.

Si debe pagar un monto adicional, el Seguro Social, no su plan de Medicare, le enviará una carta en la que se le indicará cuál será ese monto adicional. El monto adicional será retenido de su

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

cheque de beneficios del Seguro Social, de la Junta de jubilación para ferroviarios o de la Oficina de Administración de personal, independientemente de cómo pague siempre su prima del plan, a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir el monto adicional adeudado. Si el monto de su cheque de beneficios no cubre el monto adicional, recibirá una factura de Medicare. **Deberá pagar el monto adicional al gobierno. No se puede pagar con su prima mensual del plan. Si no paga el monto adicional, su inscripción en el plan se cancelará y perderá la cobertura para medicamentos con receta.**

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

SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual

Sección 5.1 Existen diversas formas de pagar la prima del plan

Existen tres formas de pagar su prima del plan.

Opción 1: pagar con cheque

Todos los meses, recibirá una factura por la prima mensual, aproximadamente 15 días antes del vencimiento. Puede enviar su cheque por correo a Zing Health, Lockbox #235066 Zing Health of Michigan, Inc., PO Box 85066, Chicago, IL 60689-5066. Debemos recibir sus pagos a más tardar el día 1 de cada mes. El cheque o la orden de pago deben ser pagaderos al Plan, no a CMS ni a HHS.

Opción 2: pedir que su prima del plan se descuenta de su cheque mensual del Seguro Social

Puede pedir que su prima del plan se descuenta de su cheque mensual del Seguro Social. Comuníquese con el Servicio de atención al cliente para obtener más información sobre cómo pagar la prima de esta manera. Con gusto lo ayudaremos con este asunto. (Los números de teléfono del Servicio de atención al cliente figuran en la contraportada de este documento).

Opción 3: pedir que su prima del plan se descuenta de su cheque mensual de la Junta de jubilación para ferroviarios

Puede pedir que su prima del plan se descuenta de su cheque mensual del Seguro Social. Comuníquese con el Servicio de atención al cliente para obtener más información sobre cómo pagar su prima mensual del plan de esta manera. Con gusto lo ayudaremos con este asunto. (Los números de teléfono del Servicio de atención al cliente figuran en la contraportada de este documento).

Cambiar la forma en que paga su prima.

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

Si decide cambiar la forma de pagar su prima, el nuevo método de pago puede tardar hasta tres meses en entrar en vigencia. Mientras procesamos su solicitud para un nuevo método de pago, usted es responsable de asegurarse de que la prima de su plan se pague a tiempo. Para cambiar su método de pago, llame al Servicio de atención al cliente al 1-866-946-4458.

Qué puede hacer si tiene problemas para pagar su prima del plan

Su prima del plan vence en nuestra oficina el día 1 de cada mes.

Si tiene problemas para pagar su prima a tiempo, comuníquese con Servicios de atención al cliente para ver si podemos enviarle programas que lo ayuden con su prima del plan.

Sección 5.2	¿Podemos modificar la prima mensual de su plan durante el año?
--------------------	---

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

Sin embargo, en algunos casos, la parte de la prima que usted tiene que pagar podría cambiar durante el año. Esto puede ocurrir si resulta ser elegible para el programa "Ayuda adicional" o si pierde su elegibilidad para el programa "Ayuda adicional" durante el año. Si un miembro califica para la "Ayuda adicional" para los gastos de medicamentos recetados, ese programa pagará parte de la prima mensual del plan del miembro. Por el contrario, si un miembro pierde la condición de beneficiario durante el año, tendrá que empezar a pagar su prima mensual completa. Encontrará más información sobre el programa de "Ayuda adicional" en la Sección 7 del Capítulo 2.

SECCIÓN 6 Mantener actualizado su registro de miembro del plan

Su registro de miembro contiene información del formulario de inscripción, incluso su dirección y número de teléfono. Detalla la cobertura específica de su plan incluido el proveedor de atención primaria.

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

Infórmenos sobre las siguientes modificaciones:

- Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono.
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro médico que tenga (por ejemplo, de su empleador, del empleador de su cónyuge, compensación laboral o Medicaid).

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

- Si existe alguna demanda de responsabilidad civil, por ejemplo, por un accidente automovilístico.
- Si fue ingresado en un centro de cuidados.
- Si recibe atención en un hospital o una sala de emergencias que se encuentran fuera del área de cobertura o que no pertenecen a la red.
- Si cambia la parte responsable designada por usted (como un cuidador).
- Si está participando en un estudio de investigación clínica. (**Nota:** no está obligado a informarle a su plan sobre los estudios de investigación clínica en los que tiene la intención de participar, pero lo alentamos a que lo haga).

Si hay algún cambio, llame al Servicio de atención al cliente (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).

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

SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

Otros seguros

Medicare exige que le pidamos información sobre la cobertura de cualquier otro seguro médico o para medicamentos que tenga. Esto se debe a que tenemos que coordinar las demás coberturas que tenga con los beneficios que obtiene de nuestro plan. A esto se lo denomina **coordinación de beneficios**.

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

Cuando tiene otro seguro (como una cobertura de salud grupal del empleador), hay normas establecidas por Medicare que determinan si nuestro plan o su otro seguro paga en primer término. El seguro que primero paga se denomina “pagador principal” y paga hasta el máximo de su cobertura. El que paga en segundo término, denominado “pagador secundario”, solo paga si quedaron costos sin cubrir de la cobertura principal. El pagador secundario puede no pagar todos los costos sin cubrir. El pagador secundario puede no pagar todos los costos sin cubrir. Si usted tiene otro seguro, infórmele a su médico, hospital y farmacia.

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

- Si tiene una cobertura de jubilados, Medicare paga primero.

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

- Si la cobertura de su plan de salud grupal se basa en su empleo actual o el de un miembro de su familia, el pagador primario dependerá de su edad, la cantidad de trabajadores del empleador y si usted tiene Medicare debido a su edad, una discapacidad o enfermedad renal terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD):
 - Si es menor de 65 años y está discapacitado, y usted o un miembro de su familia todavía trabajan, su plan de salud grupal paga en primer lugar si el empleador tiene 100 o más empleados o si este es parte de un plan de empleadores múltiples en el cual, al menos, uno de ellos tiene más de 100 empleados.
 - Si es mayor de 65 años y usted o su cónyuge todavía trabajan, su plan de salud grupal paga en primer lugar si el empleador tiene 20 empleados o más, o si este es parte de un plan de empleadores múltiples en el cual, al menos, uno de ellos tiene más de 20 empleados.
- Si usted tiene Medicare debido a una ESRD, su plan de salud grupal pagará primero durante los primeros 30 meses luego de haber sido elegible para Medicare.

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

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

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

CAPÍTULO 2

Números de teléfono y recursos importantes

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes**SECCIÓN 1 Contactos de Zing Dual Complete Plus IN (HMO-POS D-SNP)**

(cómo ponerse en contacto con nosotros, lo que incluye cómo comunicarse con el Servicio de atención al cliente del plan)

Cómo puede ponerse en contacto con el Servicio de atención al cliente del plan

Para obtener ayuda con las reclamaciones o la facturación, o si tiene alguna pregunta sobre la tarjeta de miembro, llame o escriba al Servicio de atención al cliente de nuestro plan. Con gusto lo ayudaremos.

Método	Servicio de atención al cliente: información de contacto
LLAME AL	<p>1-866-946-4458</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Puede llamarnos de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., todos los días de la semana (excepto por el Día de Acción de Gracias y Navidad), del 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre (después del horario de atención, los fines de semana y los días festivos nacionales se encuentran disponibles otras opciones tecnológicas como el correo de voz).</p> <p>Servicio de atención al cliente también ofrece un servicio gratuito de interpretación para las personas que no hablan inglés.</p>
TTY	<p>711</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>Puede llamarnos de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., todos los días de la semana (excepto por el Día de Acción de Gracias y Navidad), del 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre (después del horario de atención, los fines de semana y los días festivos nacionales se encuentran disponibles otras opciones tecnológicas como el correo de voz).</p>
FAX	1-855-946-4458
ESCRIBA A	<p>Zing Health</p> <p>225 W. Washington St., Suite 450</p> <p>Chicago, IL 60606</p> <p>Correo electrónico: customerservice@myzinghealth.com</p>
SITIO WEB	www.myzinghealth.com

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes**Cómo comunicarse con nosotros cuando está solicitando una decisión de cobertura o una apelación sobre su atención médica**

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y la cobertura, o con relación al monto que pagaremos por sus servicios médicos o los medicamentos con receta de la Parte D. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura o apelaciones para atención médica o medicamentos con receta de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Método	Decisiones de cobertura sobre atención médica: información de contacto
LLAME AL	1-866-946-4458 Las llamadas a este número son gratuitas. Puede llamarnos de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., todos los días de la semana (excepto por el Día de Acción de Gracias y Navidad), del 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre (después del horario de atención, los fines de semana y los días festivos nacionales se encuentran disponibles otras opciones tecnológicas como el correo de voz). El Servicio de atención al cliente también ofrece un servicio gratuito de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Puede llamarnos de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., todos los días de la semana (excepto por el Día de Acción de Gracias y Navidad), del 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre (después del horario de atención, los fines de semana y los días festivos nacionales se encuentran disponibles otras opciones tecnológicas como el correo de voz).
FAX	1-844-946-4458
ESCRIBA A	Zing Health Attn: Prior Authorization P.O. Box 1222 Chicago, IL 60606-1222 Correo electrónico: prior_auth@myzinghealth.com
SITIO WEB	www.myzinghealth.com

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

Método	Apelaciones sobre la atención médica: información de contacto
LLAME AL	<p>1-866-946-4458</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Puede llamarnos de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., todos los días de la semana (excepto por el Día de Acción de Gracias y Navidad), del 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre (después del horario de atención, los fines de semana y los días festivos nacionales se encuentran disponibles otras opciones tecnológicas como el correo de voz).</p> <p>El Servicio de atención al cliente también ofrece un servicio gratuito de interpretación para las personas que no hablan inglés.</p>
TTY	<p>711</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Puede llamarnos de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., todos los días de la semana (excepto por el Día de Acción de Gracias y Navidad), del 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre (después del horario de atención, los fines de semana y los días festivos nacionales se encuentran disponibles otras opciones tecnológicas como el correo de voz).</p>
FAX	1-844-917-4458
ESCRIBA A	<p>Zing Health Attn: Appeals & Grievances Department P.O. Box 1222 Chicago, IL 60606 Correo electrónico: appeals@myzinghealth.com</p>
SITIO WEB	www.myzinghealth.com

Método	Decisiones de cobertura sobre los medicamentos recetados de la Parte D: información de contacto
LLAME AL	<p>1-855-476-6993</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Puede llamarnos las 24 horas, todos los días.</p>
TTY	<p>711</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Puede llamarnos las 24 horas, todos los días.</p>
FAX	1-855-503-7231

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

Método	Decisiones de cobertura sobre los medicamentos recetados de la Parte D: información de contacto
ESCRIBA A	Zing Health Attn: Clinical Services 8921 Canyon Falls Blvd., Suite 100 Twinsburg, OH 44087
SITIO WEB	www.myzinghealth.com

Método	Apelaciones sobre los medicamentos recetados de la Parte D: información de contacto
LLAME AL	1-855-476-6993 Las llamadas a este número son gratuitas. Puede llamarnos las 24 horas, todos los días.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Puede llamarnos las 24 horas, todos los días.
FAX	1-877-503-7231
ESCRIBA A	Zing Health Attn : Appeals Department 8921 Canyon Falls Blvd., Suite 100 Twinsburg, OH 44087
SITIO WEB	www.myzinghealth.com

Cómo puede comunicarse con nosotros para presentar una queja sobre su atención médica

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

Método	Quejas sobre la atención médica: información de contacto
LLAME AL	1-866-946-4458 Las llamadas a este número son gratuitas. Puede llamarnos de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., todos los días de la semana (excepto por el Día de Acción de Gracias y Navidad), del 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre (después del horario de atención, los fines de semana y los días festivos nacionales)

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

Método	Quejas sobre la atención médica: información de contacto
	se encuentran disponibles otras opciones tecnológicas como el correo de voz). Servicio de atención al cliente también ofrece un servicio gratuito de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Puede llamarnos de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., todos los días de la semana (excepto por el Día de Acción de Gracias y Navidad), del 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre (después del horario de atención, los fines de semana y los días festivos nacionales se encuentran disponibles otras opciones tecnológicas como el correo de voz).
FAX	1-844-917-4458
ESCRIBA A	Zing Health Attn: Appeals & Grievances Department P.O. Box 1222 Chicago, IL 60606 Correo electrónico: appeals@myzinghealth.com
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja sobre Zing Dual Complete Plus IN (HMO-POS D-SNP) directamente ante Medicare. Para presentar una queja por Internet ante Medicare ingrese en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

Dónde enviar una solicitud en la que se nos pide que paguemos el costo de la atención médica o de un medicamento que recibió

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

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

Método	Solicitudes de pago (médicas): información de contacto
FAX	1-844-917-4458

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

Método	Solicitudes de pago (médicas): información de contacto
ESCRIBA A	Zing Health Attn: Direct Member Reimbursements P.O. Box 1222 Chicago, IL 60606-1222
SITIO WEB	www.myzinghealth.com

Método	Solicitudes de pago (medicamentos recetados de la Parte D): información de contacto
FAX	1-866-646-1403
ESCRIBA A	Elixir – DMR 8935 Darrow Rd P.O. Box 1208 Twinsburg, OH 44087
SITIO WEB	www.myzinghealth.com

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

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

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

Método	Medicare: información de contacto
LLAME AL	1-800-MEDICARE o 1-800-633-4227 Las llamadas a este número son gratuitas. Durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.
SITIO WEB	www.medicare.gov

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

Método	Medicare: información de contacto
	<p>Este es el sitio web gubernamental oficial de Medicare. Proporciona información actualizada sobre Medicare y cuestiones actuales relacionadas con Medicare. También contiene información sobre hospitales, centros de cuidados, médicos, agencias de atención médica a domicilio y centros de diálisis. Incluye documentos que se pueden imprimir directamente de su computadora. También puede encontrar la información de contacto de Medicare en su estado. El sitio web de Medicare también tiene información detallada sobre las opciones de elegibilidad e inscripción de Medicare con las siguientes herramientas:</p> <ul style="list-style-type: none">• Medicare Eligibility Tool (Herramienta de elegibilidad de Medicare): brinda información sobre el estado de elegibilidad de Medicare.• Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare): brinda 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 su área. Estas herramientas brindan un valor estimativo de los costos que podría pagar de su bolsillo en diferentes planes de Medicare. <p>También puede utilizar el sitio web para informar a Medicare sobre cualquier queja que tenga sobre Zing Dual Complete Plus IN (HMO-POS D-SNP):</p> <ul style="list-style-type: none">• Informe a Medicare sobre su queja: puede presentar una queja sobre Zing Dual Complete Plus IN (HMO-POS D-SNP) directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare ingrese en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma sus quejas de manera seria y utilizará esta información para mejorar la calidad del programa de Medicare. <p>Si no tiene una computadora, la biblioteca o el centro para personas de edad avanzada locales pueden ayudarlo a ingresar al sitio web con sus computadoras. O bien puede llamar a Medicare para pedirles la información que está buscando. Ellos buscarán la información en el sitio web y revisarán la información con usted. (Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE [1-800-633-4227], durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).</p>

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

SECCIÓN 3 Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)

El Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa del gobierno con asesores capacitados en todos los estados. La información de contacto del SHIP puede encontrarse en el “**Anexo A**”, al final de este documento.

El Programa de asistencia sobre salud para personas mayores (SHIP) es un programa estatal independiente (no se relaciona con ninguna compañía aseguradora ni plan de salud) que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros médicos, a nivel local y de forma gratuita, a las personas que tienen Medicare.

Los asesores del Programa de asistencia sobre salud para personas mayores (SHIP) pueden ayudarlo a que entienda sus derechos en relación con Medicare, a presentar quejas sobre la atención o el tratamiento médicos y a solucionar problemas con las facturas de Medicare. Los asesores del Programa de asistencia sobre salud para personas mayores (SHIP) también pueden ayudarlo a comprender las opciones de los planes de Medicare y a responder preguntas sobre cómo cambiar de plan. La información de contacto del programa SHIP de Illinois se encuentra en el “**Anexo A**”, al final de este documento.

MÉTODO PARA ACCEDER A SHIP y OTROS RECURSOS:

- Visite www.medicare.gov
- Haga clic en “**Hablar con alguien**” en el medio de la página de inicio.
- Ahora tiene las siguientes opciones
 - Opción 1: puede tener un **chat en directo con un representante de 1-800-MEDICARE**
 - Opción 2: puede elegir su **ESTADO** en el menú desplegable y hacer clic en GO. Lo llevará a una página que tiene los números de teléfono y recursos específicos de su estado.

SECCIÓN 4 Organización para la mejora de la calidad

En cada estado hay una Organización para la mejora de la calidad designada que trabaja para los beneficiarios de Medicare. La información de contacto se encuentra en el “**Anexo A**”, al final de este documento.

La Organización para la mejora de la calidad está integrada por un grupo de médicos y otros profesionales de la salud a los que les paga Medicare para que verifique y ayude a mejorar la calidad de la atención que se les brinda a las personas que tienen Medicare. La Organización

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

para la mejora de la calidad es una organización independiente. No tiene ninguna relación con nuestro plan.

Si se presenta alguna de las siguientes situaciones, debe comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad:

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

SECCIÓN 5 Seguro Social

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

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

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

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

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

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

SECCIÓN 6 Medicaid

Zing Dual Complete Plus IN (HMO-POS D-SNP) es un plan de necesidades especiales con elegibilidad doble (DSNP), que es un plan de Medicare Advantage especializado que brinda beneficios de atención médica para beneficiarios que tienen cobertura tanto de Medicare como de Medicaid.

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

Los programas ofrecidos a través de Medicaid que ayudan a las personas con Medicare a pagar los costos de Medicare, como las primas de Medicare. Los “Programas de ahorros de Medicare” elegibles para la inscripción en Zing Dual Complete Plus IN (HMO-POS D-SNP) incluyen:

- **Beneficiario de Medicare calificado (QMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare y otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos). (Algunas personas con QMB también son elegibles para los beneficios completos de Medicaid [QMB+]).
- **Beneficiario de bajos ingresos especificado por Medicare (SLMB+):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B de Medicare para aquellas personas que también son elegibles para los beneficios completos de Medicaid.
- **Beneficio completo de elegibilidad doble (FBDE):** Ayuda a pagar los costos compartidos de Medicare. Los miembros **FBDE** también son elegibles para recibir los beneficios completos de Medicaid.

Para obtener más información sobre Medicaid y sus programas, la información de contacto puede encontrarse en el “Anexo A”, al final de este documento.

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

El sitio web Medicare.gov (<https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/costs-in-the-coverage-gap/6-ways-to-get-help-with-prescription-costs>) brinda información sobre cómo reducir los costos de sus medicamentos con receta. Para las personas con ingresos limitados, también existen otros programas de asistencia, que se describen a continuación.

Programa de “Ayuda adicional” de Medicare

Dado que usted es elegible para Medicaid, reúne los requisitos para obtener y ya obtiene “Ayuda adicional” de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos recetados. No necesita hacer nada más para recibir esta “Ayuda adicional”.

Si tiene alguna pregunta sobre la “Ayuda adicional”, llame:

- Al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048 (solicitudes), durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
- A la oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, entre las 8:00 a. m. y las 7:00 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.
- A la oficina de Medicaid de su estado (solicitudes). (Para obtener la información de contacto, consulte la Sección 6 de este capítulo).

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

- Si ya tiene un documento que demuestra que califica para la "Ayuda adicional", también puede mostrarlo la próxima vez que vaya a una farmacia para adquirir un medicamento recetado. También puede utilizar cualquiera de los siguientes documentos como evidencia para nosotros o para presentarlos en la farmacia.
 - **Evidencia de que usted ya tiene una condición de “Ayuda adicional”**
 - Una copia de su tarjeta de Medicaid que indique su nombre y la fecha en la que comenzó a cumplir con los requisitos para la “Ayuda adicional”.
 - Una carta de la Administración del Seguro Social que indique su condición de “Ayuda adicional”.
 - Una carta de la Administración del Seguro Social que indique que usted recibe Ingresos por seguro suplementario.
 - **Evidencia de que cuenta con una condición activa de Medicaid**

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

- Una copia de cualquier documento estatal o una impresión del sistema estatal que indique su condición de Medicaid.

Si presenta alguno de los documentos enumerados anteriormente como evidencia en la farmacia, envíenos una copia. Envíe el documento por correo postal a:

Zing Health
225 W. Washington Street, Suite 450
Chicago, IL 60606

- Cuando recibamos las pruebas que demuestren su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que pueda abonar el copago correcto cuando obtenga su próximo medicamento recetado en la farmacia. Si el copago que abona es superior a lo que le correspondería pagar, le reembolsaremos la diferencia. Para ello, le enviaremos un cheque por la diferencia o haremos una compensación en los futuros copagos. Si la farmacia no le ha cobrado el copago y lo tiene registrado como un monto que usted le adeuda, es posible que efectuemos el pago directamente a la farmacia. Si el estado pagó en su nombre, tal vez le paguemos directamente al estado. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con el Servicio de atención al cliente.

La mayoría de nuestros miembros reúnen los requisitos para obtener y ya obtienen “Ayuda adicional” de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos recetados.

¿Qué ocurre si tiene cobertura del Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP)?**¿Qué es el Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP)?**

El Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a que las personas elegibles para el ADAP que tienen VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH que salvan vidas. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que también están en el formulario de ADAP califican para la asistencia de costo compartido para medicamentos recetados del Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP).

Nota: para ser elegible para el ADAP que funciona en su estado, las personas deben cumplir con ciertos criterios, incluso comprobante de residencia en el estado y estado del VIH, comprobante de bajos ingresos según lo establece el estado, y estado de no asegurado/con seguro insuficiente. Si cambia de plan, notifique a su encargado local de inscripción del ADAP para que pueda continuar recibiendo asistencia. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP). La información de contacto se encuentra en el “**Anexo A**”, al final de este documento.

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

Programas estatales de asistencia farmacéutica

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

En Indiana, el Programa estatal de asistencia farmacéutica (SPAP) se llama Hoosier Rx. La información de contacto del SPAP se encuentra en el “**Anexo A**”, al final de este documento.

Zing Dual Complete Plus IN (HMO-POS D-SNP) ofrece cobertura adicional durante la carencia de cobertura para insulinas selectas. Durante la etapa de Carencia de cobertura, los gastos directos de su bolsillo para las insulinas selectas será de entre \$0 y \$35, para el suministro de un mes. Consulte la Sección 6 del Capítulo 6 para obtener más información sobre su cobertura durante la etapa de carencia de cobertura. Nota: este costo compartido solo se aplica a los beneficiarios que no califican para un programa que ayude a pagar sus medicamentos (“Ayuda adicional”). Para conocer qué medicamentos son insulinas selectas, revise la Lista de medicamentos más actualizada que le brindamos de forma electrónica. Para identificar las insulinas selectas, busque los medicamentos marcados con “SI” en la Lista de medicamentos. Si tiene alguna pregunta sobre la Lista de medicamentos, también puede llamar a Servicios para miembros (los números de teléfono de Servicios para miembros se encuentran impresos en la contraportada de este folleto).

SECCIÓN 8 Cómo puede ponerse en contacto con la Junta de jubilación para ferroviarios

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

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

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

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

SECCIÓN 9 ¿Tiene un “seguro grupal” u otro seguro médico de un empleador?

Si usted (o su cónyuge) recibe beneficios de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge) como parte de este plan, puede llamar al administrador de beneficios de su empleador o sindicato o al Servicio de atención al cliente si tiene alguna pregunta. Puede preguntar acerca de los beneficios de salud, las primas o el período de inscripción de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge). (Los números de teléfono del Servicio de atención al cliente figuran 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 tiene otra cobertura para medicamentos recetados a través de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge), comuníquese con **el administrador de beneficios del grupo**. El administrador de beneficios puede ayudarlo a determinar cómo funcionará su cobertura actual para medicamentos recetados en relación con nuestro plan.

CAPÍTULO 3

*Cómo utilizar el plan
para obtener servicios médicos*

SECCIÓN 1 Datos importantes sobre cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan

Este capítulo explica lo que usted debe saber sobre cómo utilizar el plan para obtener atención médica cubierta. Aquí se ofrecen definiciones de los términos y se explican las normas que deberá cumplir para obtener los tratamientos médicos, servicios, equipos, medicamentos recetados y otra atención médica cubiertos por el plan.

Para obtener detalles sobre qué tipo de atención médica cubre nuestro plan, utilice la tabla de beneficios del capítulo siguiente, el Capítulo 4 (*Tabla de beneficios médicos, lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar*).

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

- Los “**proveedores**” son los médicos y otros profesionales de la salud autorizados por el estado para brindar atención y servicios médicos. El término “proveedores” también incluye hospitales y otros centros de atención médica.
- Los “**proveedores de la red**” son los médicos y otros profesionales de la salud, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que han acordado con nosotros aceptar nuestros pagos como pago completo. Hemos acordado con estos proveedores que les presten servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red nos facturan de manera directa por la atención que le brindan. Cuando consulta con un proveedor de la red, no paga nada por los servicios cubiertos.
- Los “**servicios cubiertos**” incluyen toda la atención médica, los servicios de atención médica, los productos, los equipos y los medicamentos recetados que están cubiertos por nuestro plan. Los servicios cubiertos de atención médica se incluyen en la Tabla de beneficios del Capítulo 4. Sus servicios cubiertos para los medicamentos recetados se explican en el Capítulo 5.

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

Como un plan de salud de Medicare, Zing Dual Complete Plus IN (HMO-POS D-SNP) debe cubrir todos los servicios cubiertos por el plan Original de Medicare y puede brindar otros servicios, además de los cubiertos por el plan Original de Medicare, indicados en el Capítulo 4.

Zing Dual Complete Plus IN (HMO-POS D-SNP) cubrirá, por lo general, su atención médica, siempre y cuando:

- **La atención que reciba se incluya en la Tabla de beneficios médicos del plan** (la tabla se encuentra en el Capítulo 4 de este documento).
- **La atención que reciba se considere médicamente necesaria.** “Médicamente necesario” significa que los medicamentos, servicios, suministros o medicamentos son

Capítulo 3. Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos

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

- **Usted tiene un proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) de la red que brinda y supervisa su atención médica.** Como miembro del plan, debe elegir a un PCP de la red (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2.1 de este capítulo).
 - En algunos casos, su PCP de la red puede aprobarlo por adelantado antes de que acuda a otros proveedores de la red del plan, tales como especialistas, hospitales, centros de atención de enfermería especializada o agencias de atención médica a domicilio. A esto se le denomina darle una “autorización previa”. Para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2.3 de este capítulo.
 - Las autorizaciones de su PCP no son necesarias para la atención de emergencia o los servicios de urgencia. También hay otros tipos de cuidado que usted puede recibir sin tener la autorización previa de su PCP (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2.2 de este capítulo).
- **Debe recibir atención 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, no se cubrirá la atención que reciba de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no forme parte de la red de nuestro plan). *Existen tres excepciones:*
 - El plan cubre los servicios de atención de emergencia o de urgencia que usted reciba de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información sobre este tema y ver qué significa atención de emergencia o de urgencia, consulte la Sección 3 de este capítulo.
 - Si necesita recibir atención médica que Medicare exige que cubra nuestro plan y los proveedores de la red no la pueden prestar, puede obtener la atención de un proveedor fuera de la red. En esta situación, cubriremos los servicios sin costo para usted. Para más información sobre cómo obtener autorización para consultar a un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.4 de este capítulo.
 - El plan cubre los servicios de diálisis renal que reciba en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando usted está temporalmente fuera del área de servicio del plan o cuando su proveedor para este servicio no esté temporalmente disponible o no se pueda acceder a él. El costo compartido que paga al plan por diálisis nunca puede exceder el costo compartido en el plan Original de Medicare. Si se encuentra fuera del área de servicio del plan y obtiene la diálisis de un proveedor que está fuera de la red del plan, su costo compartido no puede exceder el costo compartido que paga dentro de la red. Sin embargo, si su proveedor habitual de diálisis dentro de la red no está disponible temporalmente y usted elige obtener servicios dentro del área de servicio de un proveedor fuera de la red del plan, el costo compartido de la diálisis puede ser mayor.
 - El beneficio del punto de servicio (POS) le permite acceder a otros servicios de proveedores fuera de la red. Usted pagará el mismo costo compartido que dentro de

Capítulo 3. Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos

la red para acceder a servicios fuera de la red, cuando utilice su beneficio POS. Para más información, consulte la Sección 2.4 de este capítulo.

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

Sección 2.1	Usted debe elegir a un proveedor de atención primaria (PCP) para que brinde y supervise su atención médica
--------------------	---

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

Un “PCP” es su proveedor de atención primaria. Cuando usted se convierte en miembro de nuestro plan, debe elegir un médico de atención primaria del plan para que sea su PCP. Su PCP es un proveedor que cumple con los requisitos de autorizaciones estatales y está capacitado para brindarle atención médica básica. Un PCP puede ser un médico de medicina interna, geriátrico, de familia, de medicina general y ciertos enfermeros especializados y auxiliares médicos, bajo la supervisión de un médico.

Tener un PCP es un paso importante en la gestión de su bienestar general. Al ser un médico que llega a conocer en detalle su historial médico, su PCP puede llevar a cabo su atención médica de rutina y su cuidado médico preventivo continuo para que se mantenga lo más saludable posible.

Por lo general, usted consultará primero a su PCP para la mayoría de sus necesidades de atención médica de rutina; sin embargo, hay algunos tipos de servicios cubiertos que usted puede obtener por su cuenta, sin comunicarse primero con su PCP. Consulte la Sección 2.2 del Capítulo 3 para obtener más información.

Si necesita consultar a un especialista (por ejemplo, un cardiólogo o un especialista en diabetes) u obtener otros servicios como radiografías, pruebas de laboratorio o fisioterapia, es posible que necesite una remisión de su PCP a un especialista de la red u otro proveedor. Su PCP también le ayudará a asegurarse de que toda su atención médica esté coordinada. En algunos casos, su PCP necesitará obtener una autorización previa (aprobación por adelantado). El Capítulo 4 tiene más información sobre qué servicios requieren autorización previa.

Simplemente llame a su PCP para hacer una cita cuando lo necesite. Para ayudar a su PCP a entender su historial médico y a supervisar toda su atención médica, es posible que desee que su médico anterior envíe sus archivos médicos anteriores a su nuevo PCP. Su PCP puede ayudarle con el proceso de solicitar sus archivos médicos a sus proveedores anteriores.

¿Cómo elige al PCP?

Si necesita ayuda para encontrar o elegir un PCP, llame al Servicio de atención al cliente al 1-866-946-4458, o bien puede consultar el Directorio de proveedores más actualizado en línea, en www.myzinghealth.com.

Capítulo 3. Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos

Para elegir un PCP que se ajuste a sus necesidades, llámelos y pregúnteles cuánto tiempo se suele tardar en obtener una cita y asegúrese de que el horario de atención sea el más conveniente para usted. Si hay hospitales o especialistas de la red a los que quiera consultar, debe preguntar si el PCP recurre a ellos para las remisiones.

Cuando reciba su tarjeta de identificación de miembro de Zing, tendrá impresos el nombre y el número de teléfono de su PCP, para que siempre los tenga a mano. La tarjeta también tendrá la información de su cobertura de medicamentos recetados.

Cómo cambiar de PCP

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

Para cambiar de PCP, llame al Servicio de atención al cliente. Nos aseguraremos de que su nuevo PCP acepte nuevos pacientes y luego le enviaremos una tarjeta de identificación de miembro actualizada. Habitualmente, el cambio entra en vigor el primer día del mes siguiente a su llamada.

Asegúrese de decirle al Servicio de atención al cliente si actualmente está consultando a especialistas o a otros proveedores que podrían requerir una autorización previa de su PCP anterior. Nos aseguraremos de que pueda continuar con cualquier servicio que ya haya sido aprobado.

Sección 2.2	¿Qué tipo de atención médica puede recibir sin una remisión de su PCP?
--------------------	---

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

- Atención médica de rutina para las mujeres, que incluye exámenes de las mamas, mamografías de control (radiografías de las mamas), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos.
- Vacunas antigripales, vacunas contra la COVID-19, vacunas contra la hepatitis B, y la neumonía.
- Servicios de emergencia proporcionados por proveedores de la red o por proveedores fuera de la red.
- Los servicios de urgencia son servicios cubiertos que no son servicios de emergencia, proporcionados cuando los proveedores de la red no están disponibles temporalmente o no se puede acceder a ellos o cuando el afiliado está fuera del área de servicio. Por ejemplo, necesita atención inmediata durante el fin de semana. Los servicios deben ser inmediatamente necesarios y médicamente necesarios.

Capítulo 3. Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos

- Servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando está transitoriamente fuera del área de servicio del plan. (Si es posible, llame a Servicios para los miembros antes de salir del área de servicio para que podamos ayudarlo a obtener diálisis de mantenimiento mientras se encuentra fuera del área de servicio. Los números de teléfono de Servicios para miembros están impresos en la contraportada de este documento).

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

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

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

Su PCP puede proporcionarle una autorización previa y coordinar su atención con un especialista de la red cuando, sea necesario.

- El PCP puede escribir una orden e incluirá al especialista que usted estará consultando, su información de contacto y el motivo de la consulta.
- Todos los especialistas de la red están listados en el Directorio de proveedores, que puede encontrar en www.myzinghealth.com.
- Para algunos tipos de servicios, es posible que su PCP necesite obtener la aprobación por adelantado por parte del plan (esto se conoce como obtener “autorización previa”). Consulte la Sección 2.1 del Capítulo 4 para obtener información sobre qué servicios requieren autorización previa.
- No se requiere remisión para consultar a un especialista de la red. Si su PCP no puede encontrar un especialista de la red, se comunicará con nosotros para solicitar una Autorización previa (PA) del plan para que usted consulte a un especialista de fuera de la red. En este caso, se aplicará su copago de dentro de la red. El PCP es responsable de obtener la autorización previa.
- Consulte la Sección 2.1 del Capítulo 4 para conocer los servicios específicos que requerirán que el plan proporcione una autorización previa para la atención o el servicio. Usted recibirá un aviso de determinación para cada una de sus solicitudes de autorización previa. Su PCP o usted pueden solicitar la autorización previa.
- El miembro también puede solicitar una Autorización previa (PA) para cualquier servicio que requiera una Autorización previa llamando al Servicio de atención al cliente. Por favor, indique al representante del Servicio de atención al cliente el número que aparece

Capítulo 3. Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos

en su tarjeta de identificación de miembro. Un representante de Servicio de atención al cliente le indicará lo necesario para obtener la Autorización previa.

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

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

- A pesar de que nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare exige que le proporcionemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Haremos un esfuerzo de buena fe para enviarle un aviso de que su proveedor dejará el plan con, al menos, 30 días de anticipación para que tenga tiempo de elegir un proveedor nuevo.
- Lo ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado para que continúe controlando sus necesidades de atención médica.
- Si está realizando un tratamiento médico, tiene derecho a hacer una solicitud, y trabajaremos con usted para garantizar que el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo no se interrumpa.
- Si nuestra red no tiene un especialista calificado para un servicio cubierto por el plan, debemos cubrir ese servicio al costo compartido dentro de la red. Podría requerirse una autorización previa antes de recibir servicios de un proveedor fuera de la red.
- Si se entera de que su médico o especialista dejará el plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor para administrar su atención.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no está siendo administrada de manera apropiada, tiene derecho a presentar una queja de calidad de la atención a la QIO, un reclamo de calidad de la atención al plan, o ambas opciones. Consulte el Capítulo 9.

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

Nuestro plan brinda atención médica a través de una red de médicos, hospitales y otros proveedores de la salud, que debe utilizar para obtener cobertura por su atención. Con nuestro plan HMO-POS D-SNP, usted puede consultar a profesionales fuera de la red para recibir atención médica, con el mismo costo compartido que dentro de la red, por los servicios cubiertos.

- Necesitará elegir un médico de atención primaria (PCP) para que coordine su atención médica.
- Por lo general, necesitará una remisión para consultar a un especialista y, en algunos casos, su médico puede ayudarlo a obtener un turno más rápidamente.

Capítulo 3. Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos

Si elige consultar a un especialista fuera de la red mediante la opción POS, comuníquese con ese proveedor de fuera de la red para obtener una autorización previa de la cobertura del plan.

- Tendrá que trabajar con su médico para obtener la autorización previa antes de recibir algunos servicios. Si no obtiene la autorización previa, algunos servicios podrían no estar cubiertos.

Si elige consultar a un proveedor fuera de la red mediante la opción POS, no es necesario que obtenga una remisión o una aprobación previa. Sin embargo, el proveedor de fuera de la red debe aceptar los términos y condiciones de pago del plan. Nunca se exige remisión o autorización previa para la atención médica de emergencia o la atención de urgencia cuándo los proveedores de la red no están disponibles, así como para los servicios de diálisis para miembros con enfermedad renal en etapa terminal (end stage renal disease, ESRD) que están temporariamente fuera del área del servicio; en esos casos, usted siempre pagará el costo compartido de la red. Si un proveedor fuera de la red le envía una factura que usted considera que debemos pagar nosotros, comuníquese con el Servicio de atención al cliente o envíenos la factura para que la paguemos. Le pagaremos a su médico por nuestra parte de la factura, y el médico podrá facturarle a usted el monto que adeude, de haberlo. Nuestra red de proveedores que aceptan Medicare no pueden facturarle nada más que lo permitido por el Plan Original de Medicare. Lo mejor es que le pida a un proveedor de fuera de la red que nos facture a nosotros primero. Pero, si usted ya ha pagado por los servicios cubiertos, le reembolsaremos nuestra parte del costo. (Tenga en cuenta que no podemos pagarle a un proveedor que haya optado por no participar en el programa de Medicare. Verifique que su proveedor no haya optado por no participar en el programa de Medicare antes de recibir los servicios). Si determinamos que los servicios no están cubiertos o que no son médicamente necesarios, podríamos rechazar la cobertura y usted será responsable del costo total. Cualquier servicio no cubierto por el beneficio dentro de la red no estará cubierto por el beneficio de Punto de Servicio (POS). Consulte el Capítulo 4, Tabla de beneficios médicos, para conocer la lista de servicios cubiertos que están incluidos en el beneficio POS (fuera de la red), así como su costo compartido cuando usted los utiliza.

Tenga en cuenta que el plan acuerda tarifas menores con los proveedores de la red y cubre mayor parte del costo de los servicios cubiertos que recibe de proveedores de la red.

Dado que su plan tiene una opción POS, tenga en cuenta lo siguiente:

- Es posible que pague más por los servicios recibidos de proveedores fuera de la red (excepto por las circunstancias especiales mencionadas anteriormente en esta sección).
- Cuando utiliza un beneficio POS, elige obtener atención médica fuera de la red contratada por el plan. Los proveedores fuera de la red podrían elegir no aceptar a los miembros de nuestro plan como pacientes. Si un proveedor de fuera de la red se niega a aceptar nuestro plan, le recomendamos que obtenga atención dentro de nuestra red contratada.
- Cuando utiliza su beneficio POS, usted paga el costo compartido del beneficio POS, porque está obteniendo un artículo o servicio cubierto de un proveedor de fuera de la red.

Capítulo 3. Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos

Incluso si los proveedores fuera de la red no tienen un contrato con el plan, están sujetos a las leyes que rigen al Programa del Plan Original de Medicare.

- La facturación del saldo es cuando un proveedor le factura la diferencia entre el monto que cobra y el monto que el plan pagará en su nombre. Todos los proveedores que aceptan Medicare tienen prohibido facturar el saldo. Esto incluye a los proveedores que consulte mediante su beneficio POS, que solo pueden cobrarle su costo compartido de POS.

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

Sección 3.1 Cómo puede obtener atención si tiene una emergencia médica

¿Qué es una “emergencia médica” y qué debe hacer en caso de que se le presente esta situación?

Una “**emergencia médica**” es cuando usted, o cualquier otra persona prudente, con un conocimiento normal sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren de atención médica inmediata para evitar que pierda la vida (y, si está embarazada, la pérdida del feto), una extremidad o la función de una extremidad, o la pérdida o deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección que se agrava rápidamente.

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

- **Busque ayuda lo más rápido posible.** Llame al 911 para pedir ayuda o acuda a la sala de emergencias u hospital más cercano. Pida una ambulancia por teléfono si la necesita. *No* es necesario que primero obtenga la autorización o una remisión del PCP. No necesita usar un médico de la red. Usted puede obtener atención médica de emergencia cubierta cada vez que la necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios, y de cualquier proveedor con una licencia estatal apropiada incluso si no forman parte de nuestra red. Brindamos cobertura internacional para emergencias sin costo para usted.
- **Tan pronto como sea posible, asegúrese de que el plan esté informado acerca de la emergencia.** Necesitamos hacer el seguimiento de la atención de emergencia que reciba. Usted u otra persona deberán llamarnos para informarnos sobre su atención de emergencia, generalmente, en un plazo de 48 horas. Llame al Servicio de atención al cliente al número de teléfono que se encuentra en el reverso de su tarjeta de identificación de miembro.

Capítulo 3. Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos

¿Qué cobertura tiene en el caso de una emergencia médica?

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

Los médicos que le brindan atención de emergencia decidirán en qué momento se estabiliza la afección y finaliza la emergencia médica.

Después de que finalice la emergencia, usted tiene derecho a la atención médica de seguimiento para garantizar que su afección se mantenga estable. Los médicos seguirán brindándole tratamiento hasta que se comuniquen con nosotros y hagan planes para que reciba atención adicional. La atención médica de seguimiento estará cubierta por el plan. Si su emergencia fue atendida por un proveedor de fuera de la red, trataremos de organizar que los proveedores de la red se hagan cargo de su cuidado tan pronto como su afección y las circunstancias lo permitan.

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

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

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

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

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

¿Qué son los “servicios de urgencia”?

Un servicio de urgencia es una situación que no es de emergencia y requiere atención médica inmediata, pero, dadas sus circunstancias, no es posible o no es razonable obtener estos servicios de un proveedor de la red. El plan debe cubrir los servicios de urgencia proporcionados fuera de la red. Algunos ejemplos de servicios de urgencia son i) un dolor de garganta intenso que ocurre durante el fin de semana o ii) un brote imprevisto de una afección conocida cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio.

Capítulo 3. Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos

Puede comunicarse con la Línea de asesoramiento de enfermería en cualquier momento. Un enfermero clínico se encuentra disponible las 24 horas, todos los días de la semana para responder sus preguntas. Para obtener más información sobre la Línea de asesoramiento de enfermería, llame al Servicio de atención al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

¿Qué sucede si se encuentra en el área de servicio del plan y tiene una necesidad urgente de recibir atención?

Siempre debe tratar que los proveedores de la red le brinden los servicios de urgencia. El Directorio de proveedores del plan le indicará qué instituciones en su área forman parte de la red. Sin embargo, si los proveedores de la red no están disponibles o accesibles temporalmente y no es razonable esperar para obtener atención médica de su proveedor de la red cuando esta esté disponible, cubriremos los servicios de urgencia que usted reciba de un proveedor fuera de la red.

Para obtener asistencia para ubicar el Centro de atención de urgencia más cercano, visite nuestro sitio web en www.myzinghealth.com o comuníquese con el Servicio de atención al cliente con el número de teléfono que se encuentra en el reverso de su tarjeta de identificación. (Los números de teléfono de Servicio de atención al cliente también se encuentran impresos en la contraportada de este folleto).

¿Qué sucede si se encuentra fuera del área de servicio del plan y tiene una necesidad urgente de recibir atención?

Cuando usted está fuera del área de servicio y no puede obtener la atención de un proveedor de la red, nuestro plan cubrirá los servicios de urgencia que obtenga de cualquier proveedor.

Nuestro plan cubre servicios de emergencia internacionales, es decir fuera de los Estados Unidos, en las siguientes circunstancias: tiene síntomas médicos que requieren de atención médica inmediata para evitar que pierda la vida, una extremidad o la función de una extremidad, o la pérdida o deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección que se agrava rápidamente. Será responsable de pagar por los servicios de inmediato. Deberá enviar una solicitud de reembolso a Zing Health. Para obtener más información sobre cómo enviar una solicitud de reembolso, consulte la Sección 2 del Capítulo 7.

Sección 3.3	Cómo obtener atención durante un desastre
--------------------	--

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

Visite el siguiente sitio web, www.myzinghealth.com, para obtener información sobre cómo obtener la atención que necesita durante un desastre.

Capítulo 3. Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos

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

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

Sección 4.1 Puede solicitarnos que paguemos los servicios cubiertos

Zing Dual Complete Plus IN (HMO-POS D-SNP) no tiene un acuerdo con la Agencia de Medicaid del Estado de Indiana que permita el reembolso de sus beneficios cubiertos por Medicaid. Para obtener asistencia con los reembolsos de Medicaid, debe llamar al Estado. La información de contacto se encuentra en “**Anexo A**”, al final de este documento.

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

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

Zing Dual Complete Plus IN (HMO-POS D-SNP) no tiene un acuerdo con la Agencia de Medicaid del Estado de Indiana que permita el reembolso de sus beneficios cubiertos por Medicaid. Para obtener asistencia con los reembolsos de Medicaid, debe llamar al Estado. La información de contacto se encuentra en “**Anexo A**”, al final de este documento.

Zing Dual Complete Plus IN (HMO-POS D-SNP) cubre todos los servicios médicos médicamente necesarios enumerados en la Tabla de beneficios médicos, en el Capítulo 4 de este documento. Si recibe servicios que no están cubiertos por nuestro plan o si los recibe fuera de la red y no recibió autorización para hacerlo, será responsable de pagar el costo total de los servicios.

Para los servicios cubiertos que tienen una limitación para los beneficios, usted también paga el costo total de los servicios que reciba después de haber utilizado la totalidad del beneficio para ese tipo de servicio cubierto. Pagar los costos una vez que se ha alcanzado el límite de beneficios **no** se cuenta para el máximo de costos de su bolsillo. Si quiere saber cuánto ha utilizado del límite del beneficio, puede llamar al Servicio de atención al cliente.

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

Sección 5.1 ¿Qué es un “estudio de investigación clínica”?
--

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

Una vez que Medicare apruebe el estudio, y usted exprese su interés, alguien que trabaja en el estudio se pondrá en contacto con usted para explicarle más sobre el estudio y determinar si cumple con los requisitos establecidos por los científicos que están llevando a cabo el estudio. Puede participar en el estudio solo si cumple con los requisitos del estudio y si comprende y acepta plenamente lo que implica participar en el estudio.

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

Si quiere participar en cualquier estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* es necesario ni que el plan ni su PCP lo aprueben, ni tampoco que nos avise. *No* es necesario que los proveedores que le brindan atención como parte del estudio de investigación clínica formen parte de la red de proveedores del plan.

Si bien no es necesario que obtenga la autorización del plan para participar en un estudio de investigación clínica, lo alentamos a informarnos con antelación cuando decida participar en un estudio de investigación clínica calificado por Medicare.

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

Sección 5.2	Cuando participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién paga cada cosa?
--------------------	--

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

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

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

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

- Por lo general, Medicare *no* pagará los nuevos productos o servicios que se estén evaluando en el estudio, a menos que Medicare cubra dicho producto o servicio incluso si usted *no* participara en un estudio.
- Los productos o servicios que se proporcionen solo para recabar datos y que no se utilicen en su atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no cubriría las tomografías computarizadas mensuales que se realicen como parte del estudio si su afección normalmente requiriese una sola tomografía computarizada.

¿Desea obtener más información?

Puede obtener más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica visitando el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación “Medicare and Clinical Research Studies” (Medicare y los estudios de investigación clínica) (la publicación se encuentra disponible en www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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

Sección 6.1	¿Qué es una institución religiosa de atención sanitaria no médica?
--------------------	---

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

Sección 6.2	Recibir atención de una institución religiosa de atención sanitaria no médica
--------------------	--

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

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

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

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

Capítulo 3. Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos

Tiene cubierto un número ilimitado de días de hospitalización médicamente necesaria. Consulte la Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto) del Capítulo 4.

SECCIÓN 7 Normas para la posesión de equipo médico duradero

Sección 7.1	¿Puede quedarse con el equipo médico duradero después de haber realizado cierta cantidad de pagos dentro de nuestro plan?
--------------------	--

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

En el plan Original de Medicare, quienes alquilan ciertos tipos de DME pueden quedarse con el equipo después de pagar el copago del artículo durante 13 meses. Sin embargo, como miembro de nuestro plan, generalmente no tendrá posesión de los artículos de DME alquilados, independientemente de la cantidad de copagos que haya realizado por el artículo siendo miembro de nuestro plan, incluso si ha realizado hasta 12 pagos consecutivos por el artículo de DME bajo el plan Original de Medicare antes de unirse a nuestro plan. Comuníquese con el Servicio de atención al cliente para obtener más información.

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

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

Ejemplo 1: hizo 12 pagos consecutivos o menos por el artículo en el plan Original de Medicare y luego se unió a nuestro plan. Los pagos que realizó en el plan Original de Medicare no cuentan. Deberá realizar 13 pagos a nuestro plan antes de adquirir el artículo.

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

Sección 7.2 Normas para el equipo de oxígeno, suministros y mantenimiento**¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho?**

Si reúne los requisitos para recibir cobertura para el equipo de oxígeno de Medicare, Zing Dual Complete Plus IN (HMO-POS D-SNP) cubrirá lo siguiente:

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

Si deja Zing Dual Complete Plus IN (HMO-POS D-SNP) o ya no tiene necesidad médica del equipo de oxígeno, este se debe devolver.

¿Qué sucede si deja su plan y vuelve al plan Original de Medicare?

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

CAPÍTULO 4

*Tabla de beneficios médicos
(lo que está cubierto)*

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)**SECCIÓN 1 Cómo comprender los costos que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos**

Este capítulo brinda una Tabla de beneficios médicos que enumera los servicios cubiertos como miembro de Zing Dual Complete Plus IN (HMO-POS D-SNP). Más adelante en este capítulo, encontrará información sobre los servicios médicos que no están cubiertos. También se detallan los límites para ciertos servicios.

Sección 1.1 No paga nada por los servicios cubiertos

Dado que recibe asistencia de Medicaid Indiana, usted no paga nada por los servicios cubiertos, siempre y cuando cumpla con las normas del plan para recibir su atención (consulte el Capítulo 3 para obtener más información sobre las normas del plan para recibir su atención).

Para que comprenda la información sobre los pagos que incluimos en este capítulo, debe conocer los tipos de costos que es posible que deba pagar de su bolsillo por los servicios cubiertos.

- El “**copago**” es un monto fijo que paga cada vez que recibe algún servicio médico. El copago se abona en el momento en que recibe el servicio médico. (La Tabla de beneficios médicos, que se encuentra en la Sección 2, le brinda más información sobre sus copagos).
- El “**coseguro**” es el porcentaje que paga del costo total de cierto servicio médico. El coseguro se paga en el momento en que recibe el servicio médico. (La Tabla de beneficios médicos, que se encuentra en la Sección 2, le brinda más información sobre su coseguro).

Sección 1.2 ¿Cuál es el monto máximo que pagará por los servicios médicos cubiertos?

Nota: Dado que nuestros miembros también reciben asistencia de Medicaid Indiana, muy pocos alcanzan el máximo de gastos directos de su bolsillo. Usted no debe pagar ningún costo directo de su bolsillo en virtud del monto máximo que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B de Medicare.

Debido a que usted está inscrito en un plan Medicare Advantage, hay un límite en el monto que paga de su bolsillo cada año por los servicios médicos cubiertos dentro de la red de la Parte A y la Parte B de Medicare. Este límite se denomina el monto máximo que paga de su bolsillo (maximum out-of-pocket, MOOP) por servicios médicos. Para el año calendario 2023, este monto es de \$8,300.

Los montos que usted paga por los copagos y el coseguro por los servicios cubiertos se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo. Los montos que paga por las primas del plan y los medicamentos recetados de la Parte D no se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo. Además, los montos que usted paga por algunos servicios no cuentan para el monto máximo que paga de su bolsillo. Estos servicios están marcados con un asterisco en la Tabla de beneficios médicos). Si llega al monto máximo que paga de su bolsillo de \$8,300,

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

no deberá pagar costos de su bolsillo por el resto del año por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, debe seguir pagando su prima del plan y la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid Indiana o cualquier otro tercero pague su prima de la Parte B).

SECCIÓN 2 Utilice la *Tabla de beneficios médicos* para averiguar qué es lo que está cubierto

Sección 2.1 Sus beneficios médicos como miembro del plan
--

En las siguientes páginas, la Tabla de beneficios médicos enumera los servicios que Zing Dual Complete Plus IN (HMO-POS D-SNP) cubre. La cobertura de medicamentos recetados de la Parte D se encuentra en el Capítulo 5. Los servicios descritos en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos solo cuando se cumple con los siguientes requisitos de cobertura:

- Los servicios que cubre Medicare deben brindarse de conformidad con las pautas de cobertura establecidas por Medicare.
- Sus servicios (incluida la atención médica, los servicios, los suministros, los equipos y los medicamentos recetados de la Parte B) *deben* ser médicamente necesarios. “Médicamente necesario” significa que los medicamentos, servicios o suministros son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.
- Usted recibe su atención de parte de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, la atención que reciba de parte de un proveedor fuera de la red no estará cubierta, a menos que sea una atención de urgencia o emergencia o si su plan o un proveedor de la red le ha dado una remisión. Esto significa que tendrá que pagarle al proveedor la totalidad de los servicios prestados.
- Usted tiene un proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) que brinda y supervisa su atención. En la mayoría de los casos, su PCP deberá autorizarlo antes de que acuda a otros proveedores de la red del plan. A esto se le denomina darle una “remisión”.
- Algunos de los servicios mencionados en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos *solo* si el médico o los demás proveedores de la red obtienen nuestra aprobación por adelantado (esto suele denominarse “autorización previa”). Los servicios cubiertos que deben autorizarse por adelantado están marcados en la Tabla de beneficios médicos con la indicación “Se requiere autorización previa”. Además, los siguientes servicios que no se enumeran en la Tabla de beneficios requieren autorización previa:
 - Equipos médicos duraderos (DME)
 - Desfibriladores
 - Marcapasos
 - Carritos para movilidad reducida
 - Dispositivos de asistencia ventricular

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

- Cualquier otro DME más caro que \$1,500
- Prótesis (más caras que \$1,500)

Cirugía de linfocitos T-CAR con receptor de antígeno quimérico

Prueba genética o de diagnóstico molecular

Tratamiento para el manejo del dolor

Cirugías electivas

- Abdominoplastia
- Extirpación (de hueso, hígado, riñón, próstata)
- Sinuplastia con globo
- Cirugía del cabestrillo de la vejiga
- Blefaroplastia
- Biopsia de cáncer de mama
- Tumorectomía mamaria
- Intervenciones quirúrgicas mamarias
- Ablación cardíaca
- Cateterismos cardíacos
- Implantes cocleares y auditivos
- Descompresión de nervios (es decir, cirugía del túnel carpiano)
- Estimulación gástrica
- Dispositivo de cierre de la orejuela auricular izquierda (LAAC) (p. ej., The Watchman)
- Biopsia y ablación de cáncer de pulmón
- Cirugías para la obesidad
- Cirugías bucales, ortognáticas, de la articulación temporomandibular
- Cirugías ortopédicas: (Artroscopia de cadera, rodilla y hombro)
- Otoplastia
- Angioplastia coronaria ambulatoria/stent
- Implante peniano
- Revascularización periférica (aterectomía, angioplastia)
- Cirugías podológicas
 - Cirugía de dedo en martillo
 - Corrección de juanetes
- Rinoplastia
- Cirugía de ginecomastia y mastectomía simple
- Cirugía vertebral (artrodesis vertebral, otras cirugías de descompresión, cifoplastia, vertebroplastia)
- Cirugía para la apnea del sueño obstructiva
- Intervenciones quirúrgicas endoscópicas nasales/sinusales (no incluye las endoscopías nasales/sinusales diagnósticas)
- Estudios de tiroides (tiroidectomía y lobulectomía tiroidea)
- Cirugías aórticas transcateterianas (TAVR, MitraClip)

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

- Cirugías de trasplantes
- Venas varicosas: tratamiento quirúrgico y escleroterapia

Pruebas de diagnóstico radiológicas (para pacientes ambulatorios únicamente)

- Capsuloendoscopia
- Coronariografía por tomografía computarizada (CCTA)
- Tomografía computarizada
- Estudio electrofisiológico (EPS)
- Estudio electrofisiológico (EPS) con mapeo 3D
- Angiografía por resonancia magnética
- Resonancia magnética
- Tomografía de emisión monofotónica de perfusión miocárdica (MPI SPECT)
- Ergometría nuclear
- Ecocardiografía transtorácica ambulatoria (TTE)
- Tomografía por emisión de positrones/Registro nacional de tomografías oncológicas (NOPR)
- Tomografía de emisión monofotónica
- Ecocardiografía transesofágica (TEE)

Otras intervenciones terapéuticas

- Terapia con oxígeno hiperbárico
- Estimulación magnética transcraneal (TMS)

Otra información importante que debe saber sobre su cobertura:

- Está cubierto por Medicare y Medicaid. Medicare cubre la atención médica y los medicamentos recetados. Medicaid cubre sus costos compartidos para los servicios de Medicare. Medicaid también cubre los servicios que Medicare no cubre, como el cuidado a largo plazo, los servicios basados en la comunidad y el hogar u otros servicios solo de Medicaid.
- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre el plan Original de Medicare. (Si desea obtener información sobre la cobertura y los costos del Plan Original de Medicare, consulte su manual *Medicare & You 2023* [Medicare y Usted 2023]. Puede verlo en línea en www.medicare.gov o pedir un ejemplar llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).
- Para todos los servicios preventivos cubiertos sin costo alguno en el Plan Original de Medicare, también cubriremos el servicio sin costo alguno para usted. Sin embargo, si también es tratado o controlado por una afección médica existente durante la visita en que recibe el servicio preventivo, se aplicará un copago por la atención recibida por la afección médica existente.
- Si Medicare agrega cobertura para algún nuevo servicio durante 2023, o Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

- Si se encuentra en nuestro período de seis meses de supuesta elegibilidad continua, seguiremos proporcionando todos los beneficios de Medicare cubiertos por Medicare Advantage. Sin embargo, durante este período, no somos responsable por la cobertura de ninguno de los beneficios de Medicaid Indiana incluidos en virtud de su plan estatal de Medicaid Indiana. Los importes de costos compartidos de beneficios básicos y complementarios de Medicare no se modifican durante este período.

Usted no paga nada por los servicios enumerados en la Tabla de beneficios, siempre y cuando cumpla con los requisitos de cobertura descritos anteriormente.

Información importante sobre beneficios para personas inscritas con afecciones crónicas

- Si le han diagnosticado alguna de las siguientes afecciones crónicas identificadas a continuación y participa en nuestro Programa de gestión de la atención, puede tener derecho a los beneficios complementarios especiales para enfermos crónicos.
 - Trastornos autoinmunes, cáncer, trastornos cardiovasculares, dependencia crónica del alcohol y otras drogas, problemas de salud mental crónicos e incapacitantes, insuficiencia cardíaca crónica, trastornos pulmonares crónicos, demencia, diabetes, enfermedad hepática en fase terminal, enfermedad renal en fase terminal (ESRD), VIH/SIDA, trastornos neurológicos, trastornos hematológicos graves y accidente cerebrovascular.
 - Los "beneficios complementarios especiales para quienes tienen enfermedades crónicas" están disponibles para aquellas personas que padecen las siguientes enfermedades crónicas: trastornos cardiovasculares, insuficiencia cardíaca crónica o diabetes. Puede optar por los beneficios complementarios si también participa en nuestro Programa de gestión de la atención.
- Para obtener más detalles, observe la fila "Beneficios complementarios especiales para quienes tienen enfermedades crónicas" en la Tabla de beneficios médicos, más abajo.

Información importante sobre su resumen de beneficios cubiertos por Medicare

- Consulte nuestro documento Resumen de beneficios, que contiene una tabla que detalla un Resumen de beneficios cubiertos por Medicaid para este plan. Este Resumen de beneficios está publicado en nuestro sitio web, www.myzinghealth.com.
- Puede llamar al Servicio de atención al cliente (al número de teléfono listado en el reverso de este folleto) y solicitar que se le envíe un ejemplar del Resumen de beneficios por correo postal. También podemos ayudar con las preguntas que pueda tener sobre los beneficios cubiertos por Medicaid, su elegibilidad para los beneficios o para brindarle asistencia para recuperar su derecho a Medicaid, si lo ha perdido.
- También puede llamar a la oficina de Medicaid Indiana para obtener más información sobre su nivel de costo compartido. Consulte el capítulo 2 de este folleto para acceder a la información de contacto de la oficina de Medicaid Indiana.

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Verá esta manzana junto a los servicios preventivos en la tabla de beneficios.

Tabla de beneficios médicos

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal</p> <p>Una ecografía de detección por única vez para las personas en riesgo. El plan solo cubre esta prueba de detección si usted tiene ciertos factores de riesgo y si recibe una remisión de parte de su médico, asistente médico, enfermero con práctica médica o especialista en enfermería clínica.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para esta prueba de detección preventiva.</p> <p><u>Fuera de la red/Punto de servicio (POS)</u> Igual que dentro de la red.</p>
<p>Acupuntura para dolor crónico en la parte baja de la espalda</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <p>Los beneficiarios de Medicare reciben cobertura para hasta 12 consultas en 90 días en las siguientes circunstancias:</p> <p>A los fines de este beneficio, el dolor crónico en la parte baja de la espalda se define según los siguientes términos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dura 12 semanas o más. • No es específico, en el sentido de que no tiene una causa sistémica identificable (es decir, no se asocia con una enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.). • No está relacionado con una cirugía. • No está relacionado con un embarazo. <p>Se cubrirán ocho sesiones adicionales para aquellos pacientes que manifiesten mejoría. No se administrarán más de 20 tratamientos de acupuntura por año.</p> <p>El tratamiento debe interrumpirse si el paciente no mejora o si empeora.</p> <p>Requisitos del proveedor:</p> <p>Los médicos (según se los define en la Sección 1861(r)(1) de la Ley de Seguridad Social (la Ley) pueden proporcionar acupuntura, de acuerdo con los requisitos estatales aplicables.</p> <p>Los auxiliares médicos (PA), los enfermeros profesionales (NP)</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Usted paga \$0 por consulta.</p> <p><u>Fuera de la red/Punto de servicio (POS)</u> Igual que dentro de la red.</p>

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>y especialista en enfermería clínica (CNS) (según se los identifica en la Sección 1861(aa)(5) de la Ley), y el personal auxiliar pueden proporcionar acupuntura si cumple con los requisitos estatales aplicables y tienen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • un título de maestría o doctorado en acupuntura o medicina oriental de una Escuela acreditada por la Comisión de Acreditación en Acupuntura y Medicina Oriental (ACAOM); y • una licencia vigente, completa, activa y sin restricciones para la práctica de acupuntura en un estado, territorio o Mancomunidad (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos o el Distrito de Columbia. <p>El personal auxiliar que brinda sesiones de acupuntura debe estar debidamente supervisado por un médico, PA o NP/CNS según lo requieren nuestras reglamentaciones en las secciones §§ 410.26 y 410.27 del Título 42 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR).</p>	
<p>Servicios de ambulancia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen servicios de ambulancia terrestre y aérea con aeronaves de ala fija o rotatoria hasta el centro apropiado más cercano que puede brindar atención solo si se trata de un miembro cuya afección es tal que cualquier otro medio de transporte podría poner en peligro su salud o si está autorizado por el plan. • El servicio de transporte en ambulancia para casos que no sean de emergencia es adecuado si está documentado que la afección del miembro es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro su salud y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario. 	<p><u>Dentro de la red:</u> Usted paga \$0</p> <p>Ser requiere autorización previa para viajes de ambulancia terrestre en casos que no sean de emergencia.</p> <p><u>Fuera de la red/Punto de servicio (POS)</u> No cubierto</p>
<p>Examen físico anual*</p> <p>El examen físico anual incluye el examen cardíaco, pulmonar, abdominal y neurológico, así como un examen físico general (como la cabeza, el cuello y las extremidades) y una historia clínica y familiar detallada, además de los servicios incluidos en la Consulta anual de bienestar.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Usted paga \$0 de copago por el examen físico anual.</p> <p><u>Fuera de la red/Punto de servicio (POS)</u> No cubierto</p>

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Consulta anual de bienestar</p> <p>Si ha tenido la Parte B por más de 12 meses, puede tener una consulta anual de bienestar para establecer o actualizar un plan de prevención personalizado basado en los factores de riesgo y salud actuales. Está cubierta una vez al año.</p> <p>Nota: su primera consulta anual de bienestar no puede realizarse dentro de los 12 meses de su consulta preventiva “Bienvenido a Medicare”. Sin embargo, no necesita haber realizado una consulta de “Bienvenido a Medicare” para tener cobertura para las consultas anuales de bienestar después de haber tenido la Parte B por 12 meses.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> No se requiere coseguro, copago ni deducible para consultas anuales de bienestar.</p> <p><u>Fuera de la red/Punto de servicio (POS)</u> Igual que dentro de la red.</p>
<p> Medición de la masa ósea (Densitometría ósea)</p> <p>Para las personas que reúnan los requisitos (generalmente, personas en riesgo de pérdida de la masa ósea o de osteoporosis), están cubiertos los siguientes servicios cada 24 meses o con mayor frecuencia si se considera médicamente necesario: procedimientos para identificar masa ósea, detectar pérdida de masa ósea o determinar la calidad ósea, incluso la interpretación de los resultados por parte del médico.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> No se requiere coseguro, copago ni deducible para la medición de la masa ósea cubierta por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la red/Punto de servicio (POS)</u> Igual que dentro de la red.</p>
<p> Prueba de detección de cáncer de mama (mamografía)</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una mamografía inicial entre los 35 y 39 años. • Una mamografía de control cada 12 meses para las mujeres de 40 años o más. • Exámenes clínicos de mamas una vez cada 24 meses. 	<p><u>Dentro de la red:</u> No se requiere coseguro, copago ni deducible para mamografías de detección cubiertas.</p> <p><u>Fuera de la red/Punto de servicio (POS)</u> Igual que dentro de la red.</p>
<p>Servicios de rehabilitación cardíaca</p> <p>Programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicios, educación y asesoramiento que están cubiertos para miembros que cumplen con determinadas condiciones, con una orden del médico. El plan también cubre</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Usted paga \$0 por servicio.</p>

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>programas intensivos de rehabilitación cardíaca que son habitualmente más rigurosos o intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.</p>	<p>Se requiere autorización previa.</p> <p><u>Fuera de la red/Punto de servicio (POS)</u> Igual que dentro de la red.</p>
<p> Consulta para disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (tratamiento para las enfermedades cardiovasculares)</p> <p>Cubrimos una consulta por año con su médico de atención primaria para ayudarlo a disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Durante esta consulta, su médico puede analizar el uso de aspirina (si corresponde), medir su presión arterial y brindarle consejos para asegurarse de que usted esté comiendo sano.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo para el tratamiento conductual intensivo de enfermedades cardiovasculares.</p> <p><u>Fuera de la red/Punto de servicio (POS)</u> Igual que dentro de la red.</p>
<p> Análisis para detectar enfermedades cardiovasculares</p> <p>Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas al riesgo elevado de enfermedades cardiovasculares) una vez cada 5 años (60 meses).</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> No se requiere coseguro, copago ni deducible para el análisis para detectar enfermedades cardiovasculares que se cubre una vez cada 5 años.</p> <p><u>Fuera de la red/Punto de servicio (POS)</u> Igual que dentro de la red.</p>
<p> Prueba de detección de cáncer vaginal y de cuello uterino</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para todas las mujeres: pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses. • Si corre alto riesgo de padecer cáncer de cuello de útero o de vagina, o está en edad de procrear y ha obtenido un 	<p><u>Dentro de la red:</u> No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos</p>

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>resultado anormal en una prueba de Papanicolaou en los últimos 3 años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses.</p>	<p>preventivos cubiertos por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la red/Punto de servicio (POS)</u> Igual que dentro de la red.</p>
<p>Servicios quiroprácticos</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> Solo cubrimos la manipulación manual de la columna vertebral para corregir subluxaciones. 	<p><u>Dentro de la red:</u> Usted paga \$0.</p> <p>Para los miembros con elegibilidad doble, Medicaid Indiana paga el coseguro, los copagos y los deducibles para los servicios cubiertos por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la red/Punto de servicio (POS)</u> Igual que dentro de la red.</p>
<p> Prueba de detección de cáncer colorrectal</p> <p>Para las personas de 50 años o más, están cubiertos los siguientes estudios:</p> <ul style="list-style-type: none"> Sigmoidoscopia flexible (o enema de bario de detección como alternativa) cada 48 meses. <p>Una de las siguientes pruebas cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> Prueba de sangre oculta en materia fecal con guayacol (Guaiac-Based Fecal Occult Blood Test, gFOBT). Prueba inmunoquímica fecal (Fecal Immunochemical Test, FIT). <p>Examen de detección colorrectal basado en ADN cada 3 años.</p> <p>Para las personas que tienen alto riesgo de padecer cáncer colorrectal cubrimos lo siguiente:</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> No se requiere coseguro, copago ni deducible para la prueba de detección de cáncer colorrectal cubierta por Medicare.</p> <p>Usted paga \$0 por enema de bario.</p> <p><u>Fuera de la red/Punto de servicio (POS)</u> Igual que dentro de la red.</p>

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Colonoscopia de detección (o enema de bario de detección como alternativa) cada 24 meses. <p>Para las personas que no tienen alto riesgo de padecer cáncer colorrectal cubrimos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colonoscopia de detección cada 10 años (120 meses), pero no dentro de los 48 meses de una sigmoidoscopia de detección. 	
<p>Servicios dentales</p> <p>En general, los servicios odontológicos preventivos (como limpiezas, exámenes de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por el plan Original de Medicare. Cubrimos lo siguiente:</p> <p><u>Beneficios dentales preventivos*</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes bucales, hasta uno (1) cada seis (6) meses. • Profilaxis (limpieza), hasta una (1) cada seis (6) meses. • Tratamiento con fluoruro, hasta un (1) tratamiento por año. • Radiografías. <p><u>Beneficios dentales integrales*</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Beneficios ilimitados: <ul style="list-style-type: none"> ○ Servicios que no son de rutina (otros servicios) ○ Servicios de diagnóstico (exámenes, radiografías) ○ Servicios restaurativos (coronas) ○ Endodoncia (tratamientos de conducto) ○ Periodoncia (raspado de sarro y alisado radicular) ○ Prostodoncia, otras cirugías orales/maxilofaciales (prótesis o prótesis fijas y parciales) • Extracciones (1 diente por año) 	<p><u>Dentro de la red:</u> <u>Beneficios dentales preventivos:</u></p> <p>Usted paga \$0 por visitas al consultorio.</p> <p>Nuestro plan cubre hasta un máximo anual de \$2,500 en beneficios cubiertos odontológicos preventivos e integrales combinados.</p> <p>Todos los costos que superen el monto máximo permitido correrán por su cuenta.</p> <p><u>Beneficios dentales integrales:</u></p> <p>Usted paga \$0 por los servicios cubiertos por Medicare.</p> <p>Usted paga \$0 por los servicios dentales integrales.</p> <p>Nuestro plan cubre hasta un máximo anual de \$2,500 en beneficios cubiertos odontológicos</p>

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
	<p>preventivos e integrales combinados.</p> <p>Todos los costos que superen el monto máximo permitido correrán por su cuenta.</p> <p><u>Fuera de la red/Punto de servicio (POS)</u> Los servicios dentales preventivos e integrales no están cubiertos.</p>
<p> Evaluación para detectar la depresión</p> <p>Cubrimos un examen de detección de depresión por año. La prueba de detección debe realizarse en un establecimiento de atención primaria que pueda brindar remisiones o tratamiento de seguimiento.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta anual de detección de depresión.</p> <p><u>Fuera de la red/Punto de servicio (POS)</u> Igual que dentro de la red.</p>
<p> Prueba de detección de la diabetes</p> <p>Cubrimos esta prueba (incluidas pruebas rápidas de glucosa) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), niveles históricos anormales de triglicéridos y colesterol (dislipidemia), obesidad o historial de niveles elevados de azúcar en sangre (glucosa). Los exámenes también pueden ser cubiertos si cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso y tener antecedentes familiares de diabetes.</p> <p>Según los resultados de estos exámenes, puede ser elegible para realizarse hasta dos pruebas de detección de diabetes cada 12 meses.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la red/Punto de servicio (POS)</u> Igual que dentro de la red.</p>
<p> Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para pacientes diabéticos</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Suministros para la diabetes</p>

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Para todas las personas que padecen diabetes (ya sea que usen insulina o no). Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suministros para controlar la glucosa en sangre: glucómetro, tiras reactivas para análisis de glucosa en sangre, dispositivos de punción y lancetas, y soluciones de control de glucosa para verificar la precisión de las tiras reactivas y de los glucómetros. • Para las personas que padecen diabetes y pie diabético grave: un par de zapatos terapéuticos a medida por año calendario (con los zapatos se incluyen las plantillas ortopédicas) y dos pares extra de plantillas ortopédicas, o un par de zapatos profundos y tres pares de plantillas ortopédicas (con los zapatos no se incluyen las plantillas ortopédicas extraíbles que no están hechas a medida). La cobertura incluye adaptación. • La capacitación para el autocontrol de la diabetes está cubierta, siempre que se cumpla con ciertos requisitos. 	<p>Usted paga \$0.</p> <p>Usted paga \$0 por plantillas o zapatos terapéuticos.</p> <p>Usted paga \$0 para capacitación sobre autocontrol de la diabetes.</p> <p><u>Fuera de la red/Punto de servicio (POS)</u> Igual que dentro de la red.</p>
<p>Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) y suministros relacionados</p> <p>(En el Capítulo 12 de este folleto, encontrará una definición de “equipo médico duradero”, así como en la Sección 7 del Capítulo 3 de este documento).</p> <p>Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, camas de hospital recetadas por un proveedor para usar en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos para la generación del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores y andadores.</p> <p>Cubrimos cualquier DME que sea médicamente necesario cubierto por el plan Original de Medicare. Si nuestro proveedor en su área no trabaja una marca o un fabricante en particular, puede solicitarle que le realice un pedido especial para usted. La lista más reciente de proveedores está disponible en nuestro sitio web, en www.myzinghealth.com.</p> <p>Generalmente, Zing Dual Complete Plus IN (HMO-POS D-SNP) cubre cualquier DME cubierto por el plan Original de Medicare de las marcas y los fabricantes que se encuentran en esta lista. No cubriremos otras marcas ni otros fabricantes, a menos que su médico u otro proveedor nos informen que la</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Equipo médico duradero Usted paga \$0</p> <p>Se requiere autorización previa para los DME superiores a \$1,500.</p> <p>Llame al Servicio de atención al cliente para obtener más detalles.</p> <p>Sus costos compartidos para la cobertura de equipos de oxígeno es \$0 cada 36 meses.</p> <p>Sus costos compartidos no cambiarán después de haber sido miembro durante 36 meses.</p> <p><u>Fuera de la red/Punto de servicio (POS)</u></p>

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>marca es adecuada para sus necesidades médicas. Sin embargo, si es un miembro nuevo de Zing Dual Complete Plus IN (HMO-POS D-SNP) y utiliza una marca de DME que no figura en nuestra lista, continuaremos con la cobertura de esta marca durante un máximo de 90 días. Durante este período, debe hablar con su médico para decidir qué marca es médicamente adecuada en su caso después de este período de 90 días (Si no está de acuerdo con su médico, puede pedirle que lo remita para tener una segunda opinión).</p> <p>Si usted (o su proveedor) no están de acuerdo con la decisión de cobertura del plan, pueden presentar una apelación. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con la decisión de su proveedor sobre qué producto o marca es adecuada para su afección. (Para obtener más información sobre apelaciones, consulte el Capítulo 9, <i>Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]</i>).</p>	<p>Igual que dentro de la red.</p>
<p>Atención de emergencia</p> <p>La atención de emergencia hace referencia a los servicios con estas características:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Son brindados por un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia. • Son necesarios para evaluar o estabilizar una afección de emergencia. <p>Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente, con un conocimiento normal sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren de atención médica inmediata para evitar que pierda la vida, un miembro o la función de un miembro (y, si usted es una mujer embarazada, la pérdida del feto). Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección que se agrava rápidamente.</p> <p>Los costos compartidos para los servicios de emergencia necesarios que se brindan fuera de la red son los mismos que para los mismos servicios que se brindan dentro de la red.</p>	<p>Usted paga \$0</p> <p>Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita recibir atención para pacientes internados después de haber estabilizado su afección de emergencia, debe regresar a un hospital dentro de la red para que se siga cubriendo su atención o bien debe recibir la atención para pacientes internados en un hospital fuera de la red que el plan autorice y su costo será el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.</p>
<p>Cobertura de emergencia internacional*</p>	

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>El plan cubre la atención de emergencia internacional. (Se entiende por atención de emergencia internacional la atención de emergencia recibida fuera de los Estados Unidos y sus territorios)</p>	<p>Usted paga \$0 de copago por la atención de emergencia internacional.</p>
<p> Programas educativos sobre salud y bienestar*</p> <p>Gimnasios Silver and Fit: Zing Health se ha asociado con Silver & Fit para ofrecerle la oportunidad de estar aún más saludable. Usted no paga nada por pertenecer a un gimnasio participante mientras siga siendo miembro de nuestro plan. Puede encontrar una lista de clubes participantes en nuestro sitio web en http://www.myzinghealth.com o llamando al Servicio de atención al cliente.</p> <p>Programas de control del peso El programa para adelgazar y de mantenimiento del peso a largo plazo de Zing se logra a través de cambios en la alimentación, en los comportamientos relacionados con la comida y en la actividad física. Un equipo de nutricionistas y entrenadores físicos adaptarán el programa a los objetivos de pérdida de peso del miembro. Servicios disponibles:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación y supervisión médica de la pérdida de peso. • Mediciones del metabolismo y la composición corporal. • Programa personalizado de ejercicios. • Reuniones de apoyo grupal. • Educación nutricional. • Programas de mantenimiento del peso a largo plazo y prevención del aumento de peso. • Servicios para personas con necesidades médicas. <p>Nuestro plan brinda vales de cortesía para la membresía en el programa Weight Watchers®</p>	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Usted paga \$0 para la membresía en gimnasios.</p> <p>Usted paga \$0 por los programas de control del peso.</p> <p><u>Fuera de la red/Punto de servicio (POS)</u> No cubierto</p>

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios auditivos</p> <p>Las evaluaciones auditivas de diagnóstico y las relacionadas con el equilibrio realizadas por su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico se cubren como atención para pacientes ambulatorios cuando las proporciona un médico, un audiólogo u otro proveedor calificado.</p> <p>Beneficios auditivos de rutina*</p> <p>Además de los servicios cubiertos por Medicare, cubrimos los siguientes beneficios auditivos de rutina:</p> <p>Las compras de audífonos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 60 días de prueba a partir de la fecha de ajuste. • Tipos de audífonos: de oído interno, de oído externo, sobre la oreja • 2 audífonos cada 3 años • Primer juego de moldes de oreja (cuando sea necesario). <p>Nuestro plan ha contratado a NationsHearing para proporcionar sus servicios auditivos no cubiertos por Medicare. Debe obtener sus audífonos a través de NationsHearing. Para obtener más información o para programar una cita, comuníquese con NationsHearing por teléfono al 1 (877) 391-8637 (TTY: 711) o en el sitio web, en www.nationshearing.com/zing.</p> <p>Para obtener información adicional, comuníquese con el Servicio de atención al cliente o visite nuestro sitio web en www.myzinghealth.com.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Usted paga \$0 por consulta para el examen auditivo cubierto por Medicare.</p> <p>Beneficios auditivos de rutina:</p> <p>Usted paga \$0 para exámenes auditivos de rutina, hasta uno (1) por oído.</p> <p>Usted paga \$0 para ajuste y evaluación de audífonos, hasta uno (1) cada tres (3) años.</p> <p>Nuestro plan cubre una asignación de un beneficio máximo por un importe de \$750 para audífonos por oído cada tres (3) años.</p> <p>Todos los costos que superen el monto máximo permitido correrán por su cuenta.</p> <p><u>Fuera de la red/Punto de servicio (POS)</u></p> <p>Usted paga \$0 por consulta por exámenes auditivos cubiertos por Medicare.</p> <p>Ningún otro servicio auditivos está cubierto.</p>

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Prueba de detección de infección por VIH</p> <p>Para personas que solicitan una prueba de detección de infección por 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 lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hasta tres pruebas de detección durante el embarazo. 	<p><u>Dentro de la red:</u> No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para pruebas de detección de VIH preventivas cubiertas por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la red/Punto de servicio (POS)</u> Igual que dentro de la red.</p>
<p>Agencia de atención médica a domicilio</p> <p>Antes de recibir los servicios de atención médica a domicilio, un médico debe certificar que usted necesita estos servicios y solicitará que una agencia de atención médica a domicilio se los brinde. El requisito es que usted no pueda salir de su casa, lo que significa que hacerlo implica un gran esfuerzo.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de enfermería especializada o de un auxiliar de atención de la salud a domicilio en forma intermitente o de medio tiempo (para que se los cubra en función del beneficio de atención médica a domicilio, los servicios de enfermería especializada y los servicios de un auxiliar de atención médica a domicilio combinados deben totalizar menos de 8 horas por día y 35 horas por semana). • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Servicios médicos y sociales. • Equipos y suministros médicos. 	<p><u>Dentro de la red:</u> Usted paga \$0 por consulta.</p> <p><u>Fuera de la red/Punto de servicio (POS)</u> Igual que dentro de la red.</p>
<p>Tratamiento de infusión a domicilio</p> <p>El tratamiento de infusión a domicilio implica la administración por vía intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a una persona en el hogar. Entre los componentes necesarios para realizar la infusión a domicilio se incluyen el medicamento (por ejemplo, antivíricos, inmunoglobulina), el equipo (por ejemplo, una bomba) y los suministros (por ejemplo, sondas y catéteres).</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Usted paga \$0</p> <p>Podría requerirse autorización previa.</p>

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, proporcionados según la atención del plan. • Capacitación y educación del paciente que no están cubiertas por el beneficio del equipo médico duradero. • Supervisión remota. • Servicios de supervisión para la prestación del tratamiento de infusión a domicilio y el suministro de medicamentos de infusión a domicilio proporcionados por un proveedor calificado de tratamiento de infusión a domicilio. 	<p><u>Fuera de la red/Punto de servicio (POS)</u> Igual que dentro de la red.</p>
<p>Atención de hospicio</p> <p>Usted es elegible para el beneficio de hospicio cuando su médico y el director médico del hospicio le han dado un diagnóstico de enfermedad terminal que certifica que tiene una enfermedad terminal y que tiene una expectativa de vida inferior a 6 meses si su enfermedad sigue el curso normal. Puede recibir atención a través de un programa de hospicio certificado por Medicare. Su plan está obligado a ayudarlo a encontrar programas de hospicio certificados por Medicare en el área de servicio del plan, incluidos aquellos que la organización de MA posee, controla o en las que tiene un interés financiero. El médico del hospicio puede ser un proveedor dentro o fuera de la red.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos para controlar los síntomas y aliviar el dolor. • Atención de alivio breve. • Atención domiciliaria <p><u>Para los servicios de hospicio y los servicios que están cubiertos por la Parte A o B de Medicare y que están relacionados con su diagnóstico terminal:</u> El plan Original de Medicare (en lugar de nuestro plan) pagará a su proveedor de hospicio por sus servicios en un hospicio y cualquier servicio de la Parte A y la Parte B relacionado con su diagnóstico de enfermedad terminal. Mientras esté en el programa de hospicios, su proveedor del hospicio facturará al plan Original de Medicare por los servicios</p>	<p>Cuando se inscribe en un programa de hospicio certificado por Medicare, el Plan Original de Medicare paga sus servicios de hospicio y los servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su diagnóstico terminal, no Zing Dual Complete Plus IN (HMO-POS D-SNP).</p> <p>Las consultas a centros de hospicio están incluidas como parte de la atención a pacientes hospitalizados. Pueden aplicarse costos compartidos del proveedor por las consultas externas.</p>

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>que el plan Original de Medicare cubra. Se le facturará el costo compartido de Original Medicare.</p> <p><u>Para los servicios que están cubiertos por la Parte A o B de Medicare y que no están relacionados con su diagnóstico terminal:</u> Si usted necesita servicios que no son de emergencia y que no necesita con urgencia, que están cubiertos por la Parte A o B de Medicare y que no están relacionados con su enfermedad terminal, el costo de estos servicios depende de si utiliza un proveedor de la red de nuestro plan y sigue las normas del plan (como si hay algún requisito de obtener una autorización previa):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red y sigue las normas del plan para los servicios recibidos, solo pagará el monto de costo compartido del plan para los servicios dentro de la red. • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, pagará el costo compartido correspondiente al pago por servicio de Medicare (el plan Original de Medicare). <p><u>Para los servicios cubiertos por Zing Dual Complete Plus IN (HMO-POS D-SNP), pero que no están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare:</u> Zing Dual Complete Plus IN (HMO-POS D-SNP) seguirá cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no estén cubiertos por la Parte A o la Parte B o que no estén relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal. Usted paga el monto del costo compartido de su plan por estos servicios.</p> <p><u>Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por los beneficios de la Parte D del plan:</u> si estos medicamentos no están relacionados con su condición en un hospicio por enfermedad terminal, usted paga el costo compartido. Si están relacionados con su condición en un hospicio por enfermedad terminal, entonces usted paga el costo compartido de Original Medicare. Los medicamentos nunca están cubiertos por el hospicio y nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte la Sección 9.4 del Capítulo 5 (<i>¿Qué sucede si se encuentra en un hospicio certificado por Medicare?</i>).</p> <p>Nota: si necesita atención médica que no sea en un hospicio (atención que no está relacionado con su diagnóstico de</p>	

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>enfermedad terminal), debe comunicarse con nosotros para coordinar los servicios.</p> <p>Nuestro plan cubre servicios de consulta de hospicio (por única vez), para los enfermos terminales que no han optado por el beneficio de hospicio.</p>	
<p> Vacunas</p> <p>Los servicios de la Parte B cubiertos por Medicare incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vacuna antineumocócica. • Vacunas antigripales, una vez en cada temporada de gripe en el otoño y el invierno, y vacunas antigripales adicionales si son médicamente necesarias. • Vacuna contra la hepatitis B si corre riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B. • Vacuna contra la COVID-19 • Otras vacunas, si su salud está en peligro y si cumple con los requisitos de cobertura de la Parte B de Medicare. <p>También cubrimos vacunas en virtud de los beneficios de cobertura para medicamentos recetados de la Parte D. La lista de vacunas que cubrimos en virtud de la Parte D se encuentra disponible en nuestro formulario o nuestro sitio web, en www.myzinghealth.com.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> No se requiere coseguro, copago ni deducible para la vacuna antineumocócica, antigripal, contra la hepatitis B y contra la COVID-19.</p> <p><u>Fuera de la red/Punto de servicio (POS)</u> Igual que dentro de la red.</p>
<p>Dispositivos de seguridad en el hogar*</p> <p>Los miembros reciben cobertura para dispositivos de seguridad en el hogar.</p> <p>Los dispositivos de seguridad en el hogar aprobados por el plan incluyen los siguientes: barandas de seguridad, barras de ducha de mano, barandas de seguridad para inodoros, barandas de asistencia para bañera, asientos para inodoros elevado, orinal alto portátil, bancos para bañera, bancos de transferencia para bañera.</p> <p>El plan no cubre los costos de montaje e instalación. El plan no se hace responsable por el montaje, la instalación, la reparación u otras modificaciones inadecuadas.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Usted paga \$0.</p> <p><u>Fuera de la red/Punto de servicio (POS)</u> No cubierto</p>

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Los miembros son responsables por todos los costos asociados con el montaje, la instalación y las reparaciones.</p> <p>Comuníquese con el plan para obtener más información.</p>	
<p>Servicios de apoyo en el hogar*</p> <p>Papa Inc. combate la soledad y el aislamiento social al conectar a los Papa Pals con nuestros miembros para acompañamiento y ayuda durante las actividades instrumentales de la vida diaria (IADL). Los servicios de Papa incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Visitas al hogar y cuidado de relevo (IADL aumentadas, acompañamiento, quehaceres domésticos livianos y guía técnica) • Objetivos orientados a tareas (revisión de beneficios, seguridad personal) • Actividad y ejercicio físico (gimnasios, caminatas, ejercicio) • Transporte esencial (compra de alimentos, retiro de medicamentos y citas médicas) • Iniciativas de apoyo de la calidad (cumplimiento de las pautas farmacológicas, citas médicas, evaluaciones de riesgos para la salud [HRA]) • Conexiones sociales (acciones dirigidas a reconectar a los miembros con su comunidad) <p>Papa Pals puede brindar ayuda a nuestros miembros en sus hogares o de manera virtual.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Usted paga \$0.</p> <p>Los miembros son elegibles para 60 horas de servicios de Papa Pals por año.</p> <p><u>Fuera de la red/Punto de servicio (POS)</u></p> <p>No cubierto</p>
<p>Atención hospitalaria para pacientes internados</p> <p>Incluye servicios hospitalarios de cuidados agudos, de rehabilitación, de atención a largo plazo y de otros tipos para pacientes internados. La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día en que formalmente ingresa al hospital con una orden del médico. El día anterior a su alta médica es su último día como paciente internado.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Usted paga \$0 por cada hospitalización cubierta por Medicare, por un número ilimitado de días.</p> <p>Se aplican los períodos de beneficios hospitalarios de</p>

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario). • Comidas, incluidas dietas especiales. • Servicios de enfermería permanentes. • Costos de las unidades de cuidados especiales (por ejemplo, unidades de cuidados intensivos o coronarios). • Medicamentos. • Análisis de laboratorio. • Radiografías y otros servicios radiológicos. • Suministros médicos y quirúrgicos necesarios. • Uso de aparatos, como sillas de ruedas. • Costos de quirófano y sala de recuperación. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje. • Servicios por abuso de sustancias tóxicas para pacientes internados. • En determinadas condiciones, están cubiertos los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, páncreas y riñón, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinos/múltiples vísceras. Si necesita un trasplante, organizaremos la revisión de su caso en un centro de trasplantes aprobado por Medicare, que decidirá si es candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o estar fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de trasplante de la red se encuentran fuera del patrón de atención de la comunidad, puede elegir un lugar cerca siempre y cuando los proveedores locales de trasplante estén dispuestos a aceptar la tarifa del plan Original de Medicare. Si Zing Dual Complete Plus IN (HMO-POS D-SNP) brinda servicios de trasplante en un lugar fuera del patrón de atención para trasplantes en su comunidad y usted elige llevar a cabo el trasplante en este lugar distante, coordinaremos o pagaremos los costos de transporte y alojamiento correspondientes para usted y un acompañante. • Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre total y de concentrado de glóbulos rojos comienza a partir de la primera pinta de sangre que usted necesite. El plan cubre las tres (3) primeras pintas de 	<p>Medicare. Para la atención hospitalaria para pacientes internados, se aplica el costo compartido cada vez que es hospitalizado.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p> <p>Si se le concede la autorización para la hospitalización en una institución fuera de la red una vez que su afección se haya estabilizado después de una emergencia, su costo es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.</p> <p><u>Fuera de la red/Punto de servicio (POS)</u> Igual que dentro de la red.</p>

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>sangre y no se aplica el deducible. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta utilizada.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios médicos. <p>Nota: para ser paciente internado, el proveedor debe hacer una orden por escrito para que lo ingresen de manera formal como paciente internado en el hospital. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un “paciente ambulatorio”. Si no está seguro de si es un paciente internado o ambulatorio, consulte con el personal del hospital.</p> <p>También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada: “Are You a Hospital Inpatient or Outpatient? If You Have Medicare – Ask!” (¿Está usted internado o es un paciente ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡consulte!). La hoja de datos se encuentra disponible en Internet en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.</p>	
<p>Servicios de hospitalización en un hospital psiquiátrico</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen servicios de salud mental que requieren hospitalización. Existe un límite de 190 días de por vida para los servicios de hospitalización en un hospital psiquiátrico. El límite de 190 días no se aplica a los servicios de salud mental para pacientes hospitalizados, proporcionados en la unidad psiquiátrica de un hospital general.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Usted paga \$0 por cada hospitalización en un hospital psiquiátricos cubierta por Medicare, hasta 90 días.</p> <p>Su plan cubre hasta 190 días de por vida de internación psiquiátrica en un hospital psiquiátrico independiente.</p> <p>Se requiere la autorización previa.</p>
<p>Hospitalización: servicios cubiertos recibidos en un hospital o SNF durante una hospitalización no cubierta</p> <p>Si ha agotado sus beneficios para paciente internado o si la hospitalización no es razonable y necesaria, no cubriremos su</p>	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Cuando su hospitalización no esté cubierta, usted pagará el costo de los</p>

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>hospitalización. Sin embargo, en algunos casos, cubriremos ciertos servicios que recibe mientras está en el hospital o en el centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios médicos. • Análisis de diagnóstico (como los análisis de laboratorio). • Tratamiento con radiografías, radio e isótopos, incluidos los servicios y materiales de los técnicos. • Vendajes quirúrgicos. • Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones. • Dispositivos ortésicos y protésicos (salvo los dentales) que sustituyen una parte o la totalidad de un órgano interno del cuerpo (incluso tejido contiguo), o bien una parte o la totalidad del funcionamiento de un órgano interno del cuerpo que no funciona bien o que permanentemente no funciona, incluso la sustitución o reparación de dichos dispositivos. • Soportes para piernas, brazos, espalda y cuello; bragueros y piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos ajustes, reparaciones y reemplazos necesarios debidos a la rotura, al desgaste, a la pérdida o a un cambio en el estado físico del paciente. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. 	<p>servicios asociados a su estancia en el hospital. Consulte las siguientes categorías de servicios en el cuadro para obtener más información sobre lo que podemos cubrir:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios profesionales y de proveedores • Pruebas de diagnóstico y servicios terapéuticos y suministros ambulatorios. • DME y suministros relacionados • Prótesis y suministros relacionados • Servicios de rehabilitación ambulatorios • Atención en centros de enfermería especializada (SNF) <p><u>Fuera de la red/Punto de servicio (POS)</u> Igual que dentro de la red.</p>
<p>Beneficio de comidas*</p> <p>Prevención de rehospitalización</p> <p>Los miembros tienen acceso a un máximo de 10 comidas preparadas después de cada alta hospitalaria para mitigar el riesgo para la salud relacionado con el manejo nutricional.</p> <p>Tras una hospitalización, se pondrán en contacto con usted para organizar la entrega de sus comidas.</p> <p>Llame al Servicio de atención al cliente para obtener más información.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Usted paga \$0.</p> <p><u>Fuera de la red/Punto de servicio (POS)</u> No cubierto</p>

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Terapia médica nutricional</p> <p>Este beneficio es para las personas con diabetes, enfermedad renal (del riñón) (pero no con tratamiento de diálisis) o después de un trasplante con una orden del médico.</p> <p>Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento individual durante el primer año que recibe los servicios de terapia médica nutricional en virtud de Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier plan Medicare Advantage o el plan Original de Medicare) y 2 horas cada año, después de este. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambian, puede recibir más horas de tratamiento con la orden de un médico. El médico debe recetar estos servicios y renovar la orden todos los años si hay que continuar el tratamiento en el siguiente año calendario.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para servicios de terapia médica nutricional cubiertos por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la red/Punto de servicio (POS)</u></p> <p>Igual que dentro de la red.</p>
<p> Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP)</p> <p>Los servicios del Programa de prevención de la diabetes de Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP) estarán cubiertos para los beneficiarios elegibles de Medicare a través de todos los planes de salud de Medicare.</p> <p>El MDPP es una intervención estructurada de cambio de conducta de salud que brinda capacitación práctica sobre cambio en la dieta a largo plazo, mayor actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar los desafíos a fin de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio del MDPP.</p> <p><u>Fuera de la red/Punto de servicio (POS)</u></p> <p>Igual que dentro de la red.</p>
<p>Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare</p> <p>La Parte B del plan Original de Medicare cubre estos medicamentos. Los miembros de nuestro plan reciben la cobertura de estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos que, generalmente, el paciente no se autoadministra y que se aplican por medio de una inyección o infusión cuando recibe los servicios de médicos, en un hospital para pacientes ambulatorios o en un centro quirúrgico ambulatorio. • Medicamentos que se administran con equipo médico duradero (por ejemplo, nebulizadores) autorizados por el plan. 	<p>Usted paga \$0</p> <p>Podría requerirse un tratamiento escalonado.</p> <p>Se requiere autorización previa para determinados medicamentos.</p>

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Factores de la coagulación que se aplica usted mismo mediante una inyección si tiene hemofilia. • Medicamentos inmunosupresores si estaba inscrito en la Parte A de Medicare cuando se le trasplantó el órgano. • Medicamentos inyectables para la osteoporosis si usted no puede salir de su casa, tiene una fractura ósea que el médico confirma que se relacionó con la osteoporosis posmenopáusica y no puede administrarse usted mismo el medicamento. • Antígenos. • Determinados medicamentos orales para el tratamiento del cáncer y las náuseas. • Determinados medicamentos para autodiálisis en su hogar, incluidos heparina, el antídoto para la heparina cuando sea médicamente necesario, anestésicos tópicos y fármacos estimuladores de la eritropoyesis (por ejemplo, Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp® o Darbepoetin Alfa). • Inmunoglobulinas intravenosas para el tratamiento a domicilio de deficiencias inmunitarias primarias. <p>El siguiente enlace le llevará a una lista de medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos a la terapia escalonada: https://www.myzinghealth.com/member/documents.</p> <p>También cubrimos vacunas en virtud de los beneficios de cobertura para medicamentos recetados de la Parte B y la Parte D.</p> <p>El Capítulo 5 explica el beneficio para medicamentos recetados de la Parte D e indica las normas que deben seguirse a fin de recibir cobertura para los medicamentos recetados. Lo que usted paga por los medicamentos recetados de la Parte D a través de nuestro plan se incluye en el Capítulo 6.</p>	
<p>Línea de asesoramiento de enfermería*</p> <p>Los miembros pueden llamar si tienen preguntas sobre sus síntomas, sobre si deben consultar a un médico o ir al hospital o sobre otras cuestiones relacionadas con la salud. Un profesional de la enfermería está a su disposición con respuestas las 24 horas del día, los siete días de la semana. Para obtener más información sobre la Línea de asesoramiento de enfermería, llame al Servicio de atención al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).</p>	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Usted paga \$0 por la Línea de asesoramiento de enfermería.</p> <p><u>Fuera de la red/Punto de servicio (POS)</u></p> <p>Igual que dentro de la red.</p>

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Prueba de detección de obesidad y tratamiento para fomentar la pérdida de peso continua</p> <p>Si usted tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos asesoramiento intensivo para ayudarlo a adelgazar. Este asesoramiento está cubierto si usted lo recibe en un establecimiento de atención primaria, donde se puede coordinar con su plan integral de prevención. Para obtener más información, consulte con su especialista o médico de atención primaria.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para los tratamientos y las pruebas de detección preventivos de obesidad.</p> <p><u>Fuera de la red/Punto de servicio (POS)</u></p> <p>Igual que dentro de la red.</p>
<p>Servicios del programa de tratamiento para opioides</p> <p>Los miembros de nuestro plan con trastorno por consumo de opioides (OUD) pueden recibir cobertura de estos servicios a través de un Programa de tratamiento para opioides (OTP), que incluye los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos agonistas y antagonistas de opioides aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) para el tratamiento asistido por medicamentos (medication-assisted treatment, MAT). • Suministro y administración de medicamentos de MAT, (si corresponde). • Asesoramiento sobre el consumo de sustancias. • Terapia individual y grupal. • Pruebas toxicológicas. • Actividades de admisión. • Evaluaciones periódicas. 	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Usted paga \$0</p> <p>Se requiere autorización previa.</p> <p><u>Fuera de la red/Punto de servicio (POS)</u></p> <p>Igual que dentro de la red.</p>
<p>Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Radiografías. • Tratamiento de radiación (radio e isótopos) que incluye materiales de los técnicos y suministros. • Suministros quirúrgicos, por ejemplo, vendajes. • Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones. 	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Usted paga \$0</p> <p>Se requiere autorización previa.</p> <p><u>Fuera de la red/Punto de servicio (POS)</u></p> <p>Igual que dentro de la red.</p>

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Análisis de laboratorio. • Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre total y de concentrado de glóbulos rojos comienza a partir de la primera pinta de sangre que usted necesite. El plan cubre las tres (3) primeras pintas de sangre y no se aplica el deducible. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta utilizada. • Otros análisis de diagnóstico para pacientes ambulatorios. 	
<p>Observación hospitalaria para pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios de observación son servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios proporcionados para determinar si necesita ser ingresado como paciente internado o puede ser dado de alta.</p> <p>Para que los servicios hospitalarios de observación para pacientes ambulatorios tengan cobertura, deben cumplir con los criterios de Medicare y considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación tienen cobertura solo cuando son proporcionados a partir de la orden de un médico o de otra persona autorizada por la ley de licencias del estado y los reglamentos sobre personal del hospital para ingresar pacientes al hospital u ordenar pruebas para pacientes ambulatorios.</p> <p>Nota: a menos que el proveedor haya dejado por escrito una orden de admisión como paciente internado, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos del costo compartido por servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un “paciente ambulatorio”. Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, consulte con el personal del hospital.</p> <p>También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada: “Are You a Hospital Inpatient or Outpatient? If You Have Medicare – Ask!” (¿Está usted internado o es un paciente ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡consulte!). La hoja de datos se encuentra disponible en Internet en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Usted paga \$0</p> <p><u>Fuera de la red/Punto de servicio (POS)</u> Igual que dentro de la red.</p>

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</p> <p>Cubrimos servicios médicamente necesarios que se le hayan brindado en el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital para diagnóstico y tratamiento de una enfermedad o lesión.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios en un departamento de emergencias o una clínica para pacientes ambulatorios, como servicios de observación o cirugía para pacientes ambulatorios. • Pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital. • Atención de salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que el tratamiento con internación podría ser requerido sin esta atención. • Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital. • Suministros médicos como entablillados y yesos. • Algunos medicamentos y productos biológicos que no se pueden autoadministrar. <p>Nota: a menos que el proveedor haya dejado por escrito una orden de admisión como paciente internado, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos del costo compartido por servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un “paciente ambulatorio”. Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, consulte con el personal del hospital.</p> <p>También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada: “Are You a Hospital Inpatient or Outpatient? If You Have Medicare – Ask!” (¿Está usted internado o es un paciente ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡consulte!). La hoja de datos se encuentra disponible en Internet en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.</p>	<p><u>Dentro y fuera de la red:</u></p> <p>Usted paga \$0</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Atención de salud mental para pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <p>Servicios de salud mental prestados por un psiquiatra o médico autorizado por el estado, psicólogo clínico, asistente social clínico, especialista en enfermería clínica, enfermero practicante, auxiliar médico u otro profesional de atención de salud mental calificado según Medicare, de conformidad con lo permitido por la legislación estatal aplicable.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Usted paga \$0</p> <p><u>Fuera de la red/Punto de servicio (POS)</u> Igual que dentro de la red.</p>
<p>Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y del lenguaje.</p> <p>Los servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios se brindados en varios entornos para pacientes ambulatorios, como departamentos ambulatorios de hospitales, consultorios de terapeutas independientes y Centros de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facilities, CORF).</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Usted paga \$0</p> <p>Se requiere autorización previa.</p> <p><u>Fuera de la red/Punto de servicio (POS)</u> Igual que dentro de la red.</p>
<p>Servicios ambulatorios por abuso de sustancias</p> <p>Los servicios de terapia individual por abuso de sustancias son un beneficio cubierto y no requieren una remisión de su PCP a un proveedor dentro de la red. La terapia individual requiere autorización previa del plan para establecer que este servicio es médicamente necesario. Los servicios de terapia grupal por abuso de sustancias son un beneficio cubierto y no requieren una remisión de su PCP. Los servicios de terapia grupal requieren autorización previa del plan para establecer que este servicio es médicamente necesario.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Usted paga \$0</p> <p>Se requiere autorización previa.</p> <p><u>Fuera de la red/Punto de servicio (POS)</u> Igual que dentro de la red.</p>
<p>Cirugía ambulatoria, incluidos servicios brindados en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros quirúrgicos ambulatorios</p> <p>Nota: si va a ser sometido a una cirugía en un centro hospitalario, consulte con el proveedor si será considerado un paciente internado o ambulatorio. A menos que el proveedor escriba una orden de admisión para su hospitalización, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos del costo compartido para la cirugía para</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Usted paga \$0</p> <p>Se requiere autorización previa.</p> <p><u>Fuera de la red/Punto de servicio (POS)</u> Igual que dentro de la red.</p>

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>pacientes ambulatorios. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un “paciente ambulatorio”.</p>	
<p>Beneficios de artículos de venta sin receta*</p> <p>Su cobertura incluye artículos, medicamentos y productos de venta sin receta (OTC)</p> <p>Para hacer su pedido:</p> <ul style="list-style-type: none"> • En línea: visite NationsOTC.com/ZingHealth • Por teléfono: llame al Asesor para la experiencia de miembros de NationsOTC al (877) 273-3381 (TTY: 711), las 24 horas, los siete días de la semana, todo el año. • Por correo postal: llene un formulario de pedido del catálogo de productos de NationsOTC/Zing Health y envíelo. • En una tienda minorista: en una tienda minorista de la red aprobada. <p>El tratamiento sustitutivo con nicotina (NRT) ofrecido no duplica ningún OTC de la Parte D ni los medicamentos del formulario.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Usted paga \$0 por estos servicios.</p> <p>Usted tiene una asignación de \$300 por trimestre para gastar en artículos, medicamentos y productos OTC aprobados por el plan.</p> <p>Si no utiliza el importe completo de sus beneficios de OTC para el trimestre cuando hace su pedido, el saldo restante no se acumula para el siguiente período de beneficios de OTC.</p> <p><u>Fuera de la red/Punto de servicio (POS)</u> No cubierto</p>
<p>Servicios de hospitalización parcial</p> <p>La “hospitalización parcial” es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo, suministrado como un servicio hospitalario para pacientes ambulatorios o en un centro comunitario de salud mental, que es más intenso que la atención recibida en el consultorio del médico o terapeuta y es una alternativa a la hospitalización.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Usted paga \$0</p> <p>Se requiere autorización previa.</p> <p><u>Fuera de la red/Punto de servicio (POS)</u> Igual que dentro de la red.</p>
<p>Sistema de respuesta personal de emergencia (PERS)*</p> <p>Los miembros de Zing pueden inscribirse en el beneficio PERS para recibir servicios de alerta de emergencia de los Servicios de</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Usted paga \$0</p>

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Seguridad ADT (ADT). Los miembros tendrán acceso a ofrecimientos de PERS personalizables, que incluyen tres (3) soluciones de alerta de emergencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> Alerta médica básica (PERS Basic): una unidad en el hogar con un alcance de hasta 300 pies. Alerta médica Plus (PERS Plus): una unidad en el hogar con un alcance de 600 pies para colgar. Para llevar (PERS On-The-Go): unidad de base móvil con detección de caídas opcional. <p>Todas las soluciones incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> Comunicación bidireccional al centro de control de ADT. Colgante o pulsera resistente al agua. Servicio de control las 24 horas, todos los días del año. <p>El sistema opcional de detección de caídas se combina con las soluciones Medical Alert Plus y On-The-Go y permite a los miembros enviar una alerta al centro de supervisión de clientes de ADT de forma automática cuando se detecta una caída, incluso si no se pulsa el botón, así como cuando se pulsa el botón de ayuda.</p>	<p><u>Fuera de la red/Punto de servicio (POS)</u> No cubierto</p>
<p>Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> Servicios quirúrgicos o de atención médica necesarios llevados a cabo en un consultorio médico, centro quirúrgico ambulatorio certificado, departamento para pacientes ambulatorios de un hospital o cualquier otra ubicación. Consultas con un especialista, y diagnóstico y tratamiento a cargo de un especialista. Exámenes auditivos básicos y relacionados con el equilibrio realizados por su PCP o un especialista, si el médico así lo indica para determinar si usted necesita tratamiento médico. Ciertos servicios de telesalud, que incluyen lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> El Plan tiene un beneficio para el acceso a médicos y otros profesionales a través de tecnología telefónica o de video para el diagnóstico y tratamiento de ciertos servicios médicos que no son de emergencia. 	<p><u>Dentro de la red:</u> Usted paga \$0 por consulta al médico de atención primaria, a especialistas y a telesalud.</p> <p>Se requiere autorización previa para los servicios quirúrgicos en un entorno hospitalario ambulatorio o un centro ambulatorio.</p> <p><u>Fuera de la red/Punto de servicio (POS)</u> Los servicios del médico de atención primaria y de</p>

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> ○ Tiene la opción de recibir estos servicios mediante una consulta en persona o a través de Telesalud. Si elige recibir uno de estos servicios a través de Telesalud, debe utilizar un proveedor de la red que ofrezca el servicio a través de Telesalud. ● Servicios de Telesalud para las consultas mensuales relacionadas con una enfermedad renal terminal para los miembros que se realizan diálisis en el hogar en un centro de diálisis renal basado en un hospital o basado en un hospital de acceso crítico, centro de diálisis renal o el hogar del miembro. ● Servicios de Telesalud para el diagnóstico, la evaluación o el tratamiento de síntomas de una apoplejía, independientemente de su ubicación. ● Servicios de Telesalud para los miembros con un trastorno por consumo de sustancias o un trastorno de salud mental simultáneo, independientemente de su ubicación. ● Controles virtuales breves (por ejemplo, por teléfono o chat de video) de 5 a 10 minutos con su médico, si <u>ocurre lo siguiente:</u> <ul style="list-style-type: none"> ○ Usted no es un paciente nuevo y ○ El control virtual no está relacionado con una consulta en el consultorio dentro de los 7 días anteriores y ○ El control no deriva en una consulta en el consultorio dentro de las próximas 24 horas o la cita disponible más cercana. ● Evaluación remota de video o imágenes pregrabadas que usted envía a su médico, incluida la interpretación y el seguimiento del médico, dentro de las 24 horas, si <u>ocurre lo siguiente:</u> <ul style="list-style-type: none"> ○ Usted no es un paciente nuevo y ○ La evaluación virtual no está relacionada con una consulta en el consultorio dentro de los 7 días anteriores y ○ La evaluación no deriva en una consulta en el consultorio dentro de las próximas 24 horas o la cita disponible más cercana. ● Consultas que su médico tiene con otros médicos por teléfono, internet o registro de salud electrónico. ● Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de una cirugía. 	<p>Telesalud no están cubiertos.</p> <p>Los servicios de especialista están cubiertos igual que dentro de la red.</p>

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> Atención odontológica que no sea de rutina (los servicios cubiertos se limitan a cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas, reducción de fracturas de mandíbula o huesos faciales, extracción de dientes para preparar la mandíbula para aplicar radioterapia por una enfermedad neoplásica o servicios que estarían cubiertos si los brindara un médico). 	
<p>Servicios de podología</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (por ejemplo, dedo en martillo o espolones calcáneos). Atención de rutina de los pies para los miembros que padecen determinadas afecciones que comprometen las extremidades inferiores. <p>Servicios podológicos de rutina*</p> <ul style="list-style-type: none"> Hasta seis (6) consultas podológicas de rutina por año. 	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Usted paga \$0 por servicios cubiertos por Medicare.</p> <p>Usted paga \$0 por servicios podológicos de rutina.</p> <p><u>Fuera de la red/Punto de servicio (POS)</u></p> <p>Los servicios podológicos cubiertos por Medicare están cubiertos igual que dentro de la red.</p> <p>Los servicios podológicos de rutina no están cubiertos.</p>
<p> Pruebas de detección de cáncer de próstata</p> <p>Para los hombres de 50 años o más, los servicios cubiertos incluyen los siguientes estudios una vez cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> Tacto rectal. Análisis del antígeno prostático específico (Prostate Specific Antigen, PSA). 	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para un análisis del PSA anual.</p> <p><u>Fuera de la red/Punto de servicio (POS)</u></p> <p>Igual que dentro de la red.</p>
<p>Dispositivos protésicos y suministros relacionados</p> <p>Dispositivos (no odontológicos) que reemplazan una función o parte del cuerpo parcial o totalmente. Estos incluyen, entre otros,</p>	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Usted paga \$0</p>

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>bolsas de colostomía y artículos directamente relacionados con el cuidado de la colostomía, marcapasos, férulas, zapatos protésicos, miembros artificiales, prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico para después de una mastectomía). Se incluyen determinados suministros relacionados con dispositivos protésicos, así como la reparación o sustitución de estos dispositivos. Además, también se proporciona cierto grado de cobertura después de la extracción de cataratas o de una cirugía de cataratas (para obtener más detalles, consulte “Atención de la vista” más adelante en esta sección).</p>	<p>Se requiere autorización previa para cualquier dispositivo protésico o suministro relacionado superior a \$1,500.</p> <p><u>Fuera de la red/Punto de servicio (POS)</u> Igual que dentro de la red.</p>
<p>Servicios de rehabilitación pulmonar</p> <p>Los programas intensivos de rehabilitación pulmonar están cubiertos para miembros que padecen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a grave y tienen un orden del médico que atiende su enfermedad respiratoria crónica para comenzar una terapia de rehabilitación pulmonar.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Usted paga \$0.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p> <p><u>Fuera de la red/Punto de servicio (POS)</u> Igual que dentro de la red.</p>
<p> Prueba de detección y asesoramiento para reducir el consumo de alcohol</p> <p>Cubrimos una prueba de detección de abuso de alcohol para adultos con Medicare (incluidas mujeres embarazadas) que abusan del alcohol, pero que no son dependientes.</p> <p>Si el resultado de la prueba de detección de abuso de alcohol es positivo, usted puede obtener hasta 4 sesiones breves de asesoramiento personales por año (si demuestra ser competente y estar alerta durante el asesoramiento) brindado por un médico o profesional de atención primaria calificado en un establecimiento de atención primaria.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol cubierto por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la red/Punto de servicio (POS)</u> Igual que dentro de la red.</p>
<p> Prueba de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT)</p> <p>Para las personas que reúnen los requisitos, se cubre una tomografía computarizada de baja dosis (Low Dose Computed Tomography, LDCT) cada 12 meses.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta de asesoramiento y de toma de decisiones compartidas</p>

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Los miembros elegibles deben cumplir con los siguientes requisitos: tener entre 50 y 77 años y no tener signos ni síntomas de cáncer de pulmón, pero tener antecedentes como fumadores de tabaco de, al menos, 20 paquetes/años y ser fumadores actualmente o haber dejado de fumar en los últimos 15 años y recibir una orden por escrito de parte de un médico o un profesional no médico calificado para realizarse una LDCT durante una consulta para el asesoramiento sobre la prueba de detección de cáncer de pulmón y de la toma de decisiones compartidas que cumplan con los criterios de Medicare para dichas consultas.</p> <p><i>Para poder realizarse una prueba de detección de cáncer de pulmón con una LDCT después de la prueba de detección inicial con una LDCT:</i> los miembros deben recibir una orden por escrito para realizarse una prueba de detección de cáncer de pulmón con una LDCT, que puede proporcionar un médico o profesional no médico calificado durante cualquier consulta apropiada. Si un médico o profesional no médico calificado elige realizar una consulta de asesoramiento y de toma de decisiones compartidas para realizar una prueba de detección de cáncer de pulmón con LDCT posterior, la consulta debe cumplir con los criterios de Medicare.</p>	<p>cubierta por Medicare o para la LDCT.</p> <p><u>Fuera de la red/Punto de servicio (POS)</u> Igual que dentro de la red.</p>
<p> Prueba de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y asesoramiento para prevenirlas</p> <p>Cubrimos pruebas de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) como clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas de detección están cubiertas para las mujeres embarazadas y para ciertas personas que se encuentran en un mayor riesgo de infecciones por ETS cuando el proveedor de atención primaria las solicita. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertas etapas durante el embarazo.</p> <p>También cubrimos hasta 2 sesiones personales súper intensivas de asesoramiento conductual de 20 a 30 minutos por año para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de infecciones por ETS. Solo cubriremos estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo si son brindadas por un proveedor de atención primaria y se realizan en un establecimiento de atención primaria, como en un consultorio del médico.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> No se requiere coseguro, copago ni deducible para beneficios preventivos para pruebas de detección de ETS y asesoramiento para prevenirlas cubiertos por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la red/Punto de servicio (POS)</u> Igual que dentro de la red.</p>

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios para tratar enfermedades renales</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios educativos sobre la enfermedad renal para enseñar sobre el cuidado del riñón y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas sobre su cuidado. En el caso de los miembros con enfermedad renal crónica en etapa IV, cuando son remitidos por su médico, cubrimos hasta seis sesiones de servicios educativos sobre la enfermedad renal de por vida. • Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios (incluso tratamientos de diálisis cuando está temporalmente fuera del área de servicio, tal como se explica en el Capítulo 3). • Tratamientos de diálisis para pacientes internados (si se lo ingresa al hospital para recibir atención especial). • Preparación para autodiálisis (incluye su preparación y la de cualquier otra persona que lo ayude con los tratamientos de diálisis en su hogar). • Equipos y suministros para autodiálisis en su hogar. • Determinados servicios de apoyo a domicilio (por ejemplo, cuando sea necesario, recibir visitas por parte de trabajadores capacitados en diálisis para verificar cómo va con la autodiálisis en su hogar, para ayudar en casos de emergencia y para revisar su equipo para diálisis y el suministro de agua). <p>Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos por los beneficios de cobertura para medicamentos de la Parte B de Medicare. Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte B, consulte la sección “Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare”.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Usted paga \$0.</p> <p><u>Fuera de la red/Punto de servicio (POS)</u> Los servicios educativos sobre enfermedad renal y diálisis renal no están cubiertos. Todos los demás servicios están cubiertos igual que dentro de la red.</p>
<p>Servicios en un centro de enfermería especializada (skilled nursing facility, SNF)</p> <p>(En el Capítulo 12 de este documento, encontrará una definición de “centro de enfermería especializada”, que suele denominarse “SNF”, por “Skilled Nursing Facility”).</p> <p>No se requieren días de hospitalización antes de una admisión en un SNF. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p>	<p>Un nuevo período de beneficios comenzará el día uno, cuando se inscriba en un plan Medicare Advantage por primera vez, o cuando haya recibido el alta de la atención especializada en un centro de enfermería</p>

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario). • Comidas, incluidas dietas especiales. • Servicios de enfermería especializada. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Medicamentos administrados como parte del plan de atención (esto incluye sustancias naturalmente presentes en el organismo, como los factores de la coagulación de la sangre). • Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre total y de concentrado de glóbulos rojos comienza a partir de la primera pinta de sangre que usted necesite. El plan cubre las tres (3) primeras pintas de sangre y no se aplica el deducible. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta utilizada. • Suministros médicos y quirúrgicos que habitualmente proveen los SNF. • Análisis de laboratorio que habitualmente se realizan en los SNF. • Radiografías y otros servicios de radiología que habitualmente se realizan en los SNF. • Uso de aparatos, como sillas de ruedas, que habitualmente proveen los SNF. • Servicios de médicos o profesionales. <p>Generalmente, la atención en los SNF la obtendrá en los centros de la red. No obstante, en determinadas condiciones que se detallan más abajo, es posible que pueda recibir atención en un centro que no sea proveedor de la red si dicho centro acepta los montos de pago de nuestro plan.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un centro de cuidados o una comunidad de atención continua para los jubilados donde estaba viviendo justo antes de ir al hospital (siempre que brinde los servicios de un centro de atención de enfermería especializada). • Un SNF donde su cónyuge esté viviendo en el momento en que usted se retire del hospital. 	<p>especializada por 60 días consecutivos.</p> <p>Por período de beneficios, usted paga:</p> <p><u>Dentro de la red:</u> Usted paga \$0</p> <p>Se requiere autorización previa.</p> <p><u>Fuera de la red/Punto de servicio (POS)</u> Igual que dentro de la red.</p>
 Servicios para dejar de fumar y consumir tabaco (asesoramiento por tabaquismo y para dejar de fumar)	<p><u>Dentro de la red:</u> No se requiere coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos</p>

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p><u>Si consume tabaco, pero no tiene signos o síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco</u>: cubrimos dos tentativas de orientación para dejarlo dentro de un período de 12 meses como un servicio preventivo sin costo para usted. Cada tentativa de orientación incluye hasta cuatro consultas personales.</p> <p><u>Si consume tabaco y se le ha diagnosticado una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando algún medicamento que puede resultar afectado por el tabaco</u>: cubrimos servicios de asesoramiento para abandonar el hábito. Cubrimos dos tentativas de orientación para dejarlo, dentro de un período de 12 meses; no obstante, usted pagará el costo compartido aplicable. Cada tentativa de orientación incluye hasta cuatro consultas personales.</p>	<p>para dejar de fumar y de consumir tabaco cubiertos por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la red/Punto de servicio (POS)</u> Igual que dentro de la red.</p>
<p>Beneficios complementarios especiales para miembros con enfermedades crónicas*</p> <p>Tarjeta de opciones de alimentos saludables</p> <p>Los miembros con enfermedades crónicas que cumplan determinados criterios pueden optar por los beneficios complementarios para personas con enfermedades crónicas.</p> <p>Los miembros que reúnan los requisitos tendrán una asignación predeterminada para comprar productos alimenticios aprobados por el plan a través de una solución de pedido por correo o en los establecimientos minoristas participantes utilizando una tarjeta de débito que se les enviará.</p> <p>Las personas con necesidades especiales y afecciones crónicas severas o incapacitantes, como personas con necesidades especiales “que tienen una o más comorbilidades crónicas y médicamente complejas que son sustancialmente incapacitantes o ponen en riesgo la vida, que tienen un alto riesgo de hospitalización u otros desenlaces médicos adversos significativos y requieren sistemas de entrega especializados a través de dominios de cuidado”.</p> <p>Para ser elegible para el beneficio de opciones de alimentos saludables, el miembro debe tener una o más de las siguientes categorías de afecciones crónicas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Alcoholismo o drogadicción crónicas 2. Trastornos autoinmunitarios limitados a: <ul style="list-style-type: none"> • panarteritis nudosa 	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Usted paga \$0</p> <p>Usted recibe una asignación mensual de \$50 para comprar productos agrícolas y alimentos saludables.</p>

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • polimialgia reumática • polimiositis • artritis reumatoide • lupus eritematoso diseminado <p>3. Cáncer, excepto por afecciones precancerosas o localizadas</p> <p>4. Trastornos cardiovasculares limitados a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • arritmias cardíacas • enfermedad arterial coronaria, • enfermedad vascular periférica • tromboembolia venosa crónica <p>5. Insuficiencia cardíaca crónica</p> <p>6. Demencia</p> <p>7. Diabetes <i>mellitus</i></p> <p>8. Insuficiencia renal en etapa terminal</p> <p>9. Insuficiencia renal en etapa terminal (ESRD) que requiere diálisis</p> <p>10. Trastornos hematológicos graves limitados a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • anemia aplásica • hemofilia • púrpura trombocitopénica inmunitaria • síndrome mielodisplásico • anemia de células falciformes (sin incluir el rasgo drepanocítico) • tromboembolia venosa crónica <p>11. VIH/SIDA</p> <p>12. Trastornos pulmonares crónicos limitados a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • asma • bronquitis crónica • enfisema • fibrosis pulmonar • hipertensión pulmonar <p>13. Problemas de salud mental crónicos e incapacitantes limitados a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • trastorno bipolar • trastorno depresivo severo • trastorno paranoide • esquizofrenia • trastorno esquizoafectivo <p>14. Trastornos neurológicos limitados a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • esclerosis lateral amiotrófica (ALS) 	

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • epilepsia • parálisis extendida (es decir, hemiplejia, quadriplejia, paraplejia, monoplejia) • enfermedad de Huntington • esclerosis múltiple • enfermedad de Parkinson • polineuropatía • estenosis del conducto vertebral • déficit neurológico relacionado con el accidente cerebrovascular <p>15. Accidente cerebrovascular</p>	
<p>Tratamiento con ejercicios supervisados (SET)</p> <p>El tratamiento con ejercicios supervisados (Supervised Exercise Therapy, SET) está cubierto para los miembros que tienen enfermedad arterial periférica (peripheral artery disease, PAD) sintomática y una orden para PAD del médico responsable del tratamiento de la PAD.</p> <p>Se cubren hasta 36 sesiones en un período de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa de SET.</p> <p>El programa de SET debe cumplir con lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consistir en sesiones que duren entre 30 y 60 minutos y que consten de un programa de kinesioterapia para PAD en pacientes con claudicación. • Llevarse a cabo en un entorno hospitalario para pacientes ambulatorios o en el consultorio de un médico. • Proporcionarse por el personal auxiliar calificado necesario para garantizar que los beneficios superen a los daños, y que esté capacitado en kinesioterapia para la PAD. • Estar bajo la supervisión directa de un médico, asistente médico, enfermero practicante o especialista en enfermería clínica, que debe estar capacitado en reanimación cardiopulmonar básica y avanzada. <p>El SET podría cubrirse por 36 sesiones adicionales en un período de tiempo extendido, más allá de las 36 sesiones en 12 semanas, si un proveedor de atención médica considera que es médicamente necesario.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Usted paga \$0 por servicio.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p> <p><u>Fuera de la red/Punto de servicio (POS)</u> Igual que dentro de la red.</p>

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios de transporte*</p> <p>Los beneficios complementarios incluyen lo siguiente:</p> <p>Cincuenta (50) viajes de ida o de vuelta a ubicaciones relacionadas con la salud aprobadas por el plan. Llame al Servicio de atención al cliente para obtener más detalles o visite www.myzinghealth.com.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Usted paga \$0.</p> <p><u>Fuera de la red/Punto de servicio (POS)</u> No cubierto</p>
<p>Servicios de urgencia</p> <p>Los servicios de urgencia se brindan para tratar una enfermedad, lesión o afección imprevista, que no es de emergencia y que requiere atención médica inmediata, pero, debido a su circunstancia, no es posible o no es razonable obtener los servicios de proveedores de la red. Algunos ejemplos de servicios de urgencia que el plan debe cubrir fuera de la red son i) necesita atención inmediata durante el fin de semana o ii) se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan. Los servicios deben ser inmediatamente necesarios y médicamente necesarios. Si, dadas sus circunstancias, no es razonable obtener atención médica de inmediato de un proveedor de la red, su plan cubrirá los servicios de urgencia de un proveedor fuera de la red. Esta cobertura está solo disponible dentro de los Estados Unidos o sus territorios.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Usted paga \$0</p> <p><u>Fuera de la red/Punto de servicio (POS)</u> Igual que dentro de la red.</p>
<p> Atención de la vista</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de médicos para pacientes ambulatorios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones de los ojos, incluido el tratamiento de la degeneración macular relacionada con la edad. El plan Original de Medicare no cubre exámenes de la vista de rutina (refracción de la vista) para anteojos o lentes de contacto. • Para las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma, cubriremos una prueba de detección de glaucoma cada año. Las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma son las personas con antecedentes familiares de glaucoma, las personas diabéticas, los afroamericanos de 50 años o más y los hispanoamericanos de 65 años o más. 	<p><u>Dentro de la red:</u> Usted paga \$0 por los servicios cubiertos por Medicare.</p> <p><u>Beneficios de la vista de rutina</u> Usted paga \$0.</p> <p>Monto máximo anual de \$285 para anteojos.</p> <p>Todos los costos de anteojos de rutina que superen el beneficio</p>

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Para las personas con diabetes, se cubre una prueba de detección de retinopatía diabética por año. • Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluya la colocación de una lente intraocular (si necesita dos cirugías de cataratas por separado, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía y comprar dos pares de anteojos después de la segunda cirugía). <p>Beneficios de la vista de rutina*</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 examen de la vista de rutina al año • Anteojos (cada año): <ul style="list-style-type: none"> ○ 1 par de lentes de contacto ○ 1 anteojos (lentes y marcos) ○ 1 lentes de anteojos ○ 1 marcos de anteojos 	<p>máximo permitido correrán por su cuenta.</p> <p><u>Fuera de la red/Punto de servicio (POS)</u> Cobertura de exámenes de la vista cubiertos por Medicare igual que dentro de la red.</p> <p>Todos los demás servicios de la vista no están cubiertos.</p>
<p> Consulta preventiva “Bienvenido a Medicare”</p> <p>El plan cubre la consulta preventiva única “Bienvenido a Medicare”. La consulta incluye una revisión de su salud, como así también educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita, (incluidas ciertas pruebas de detección y vacunas) y remisiones a otro tipo de atención si fuera necesario.</p> <p>Importante: cubrimos la consulta preventiva “Bienvenido a Medicare” solo dentro de los primeros 12 meses de tener la Parte B de Medicare. Cuando solicite la cita, infórmele al consultorio del médico que le gustaría programar su consulta preventiva “Bienvenido a Medicare”.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta preventiva “Bienvenido a Medicare”.</p> <p><u>Fuera de la red/Punto de servicio (POS)</u> Igual que dentro de la red.</p>

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

SECCIÓN 3 ¿Qué servicios están cubiertos fuera de Zing Dual Complete Plus IN (HMO-POS D-SNP)?

Sección 3.1 Servicios <i>no</i> cubiertos por Zing Dual Complete Plus IN (HMO-POS D-SNP)
--

Los siguientes servicios no están cubiertos por Zing Dual Complete Plus IN (HMO-POS D-SNP) pero están disponibles a través de Medicaid Indiana:

- Medicamentos no incluidos en la Parte D de Medicare: Usted paga \$3 por los medicamentos recetados cubiertos por Medicaid Indiana. Podría requerirse autorización previa.
- Administración de casos dirigida: Usted paga \$0 por los servicios cubiertos por Medicaid Indiana. Podrían aplicarse límites a los beneficios de Medicaid Indiana.
- Exención de servicios basados en la comunidad y el hogar: Usted paga \$0 por los servicios cubiertos por Medicaid Indiana. Podría requerirse autorización previa. Podrían aplicarse límites a los beneficios de Medicaid Indiana.

SECCIÓN 4 ¿Qué servicios no están cubiertos por el plan?

Sección 4.1 Servicios <i>no</i> cubiertos por el plan

Esta sección le informa qué servicios están “excluidos” por Medicare.

La tabla que se encuentra a continuación describe algunos servicios y artículos que no están cubiertos por el plan bajo ninguna condición o que están cubiertos solamente en condiciones específicas.

Si usted obtiene servicios que están excluidos (no cubiertos), deberá pagarlos por su cuenta. No pagaremos los servicios médicos excluidos que se detallan en la siguiente tabla, excepto en los casos específicos mencionados. Esta es la única excepción: pagaremos si un servicio de la tabla a continuación se considera, mediante una apelación, como un servicio médico que debería haberse pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hayamos tomado sobre no prestar cobertura para un servicio médico, consulte la Sección 5.3 del Capítulo 9 de este folleto).

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubiertos solo en situaciones específicas
Acupuntura		Disponible para personas con dolor lumbar crónico en determinadas circunstancias.
Cirugía o procedimientos estéticos		Se cubren en casos de lesión accidental o para mejorar el funcionamiento de un miembro deformado. Se cubren todas las etapas de reconstrucción de mama después de una mastectomía, así como también la de la mama no afectada para producir una apariencia simétrica.
Cuidado asistencial El cuidado asistencial es atención personal que no requiere la atención continua de personal médico o paramédico capacitado, como la atención que ayuda con las actividades cotidianas, como bañarse o vestirse.		Los miembros son elegibles para los servicios de Papa por año. Consulte los Servicios de apoyo domiciliario en la Tabla de beneficios médicos para obtener una descripción completa de la cobertura.
Procedimientos, equipos y medicamentos médicos y quirúrgicos experimentales. Los productos y los procedimientos experimentales son aquellos determinados por el plan Original de Medicare que, generalmente, no son aceptados por la comunidad médica.		El plan Original de Medicare puede cubrirlos en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan. (Para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica, consulte la Sección 5 del Capítulo 3).
Cargos cobrados por la atención por sus familiares inmediatos o miembros de su hogar.	✓	
Atención de enfermería de tiempo completo en su hogar.	✓	

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubiertos solo en situaciones específicas
Entrega de comidas a domicilio.		El beneficio de comidas de prevención de rehospitalización está cubierto. Consulte la Tabla de beneficios médicos para obtener una descripción completa de la cobertura.
Servicios de empleada doméstica que incluyen ayuda básica en el hogar, incluso tareas domésticas sencillas o preparación de comidas livianas.	✓	
Servicios de un naturoterapeuta (emplean tratamientos naturales o alternativos).	✓	
Zapatos ortopédicos o dispositivos de apoyo para los pies.		Los zapatos que sean parte de un soporte de pierna y estén incluidos en el costo del soporte. Zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con enfermedad de pie diabético.
Objetos personales en su habitación del hospital o centro de atención de enfermería especializada, por ejemplo, un teléfono o televisor.	✓	
Habitación privada en el hospital.		Solo se cubre cuando es médicamente necesario.
Reversión de procedimientos de esterilización o suministros anticonceptivos no recetados.	✓	
Atención quiropráctica de rutina.		Se cubre la manipulación manual de la columna para corregir una subluxación.
Queratomía radial, cirugía LASIK y otros dispositivos de ayuda para baja visión.		Se cubren los exámenes de la vista y un par de anteojos (o lentes de contacto) para personas después de una cirugía de cataratas.

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubiertos solo en situaciones específicas
Servicios considerados no razonables ni necesarios, según las normas de el plan Original de Medicare.	✓	

CAPÍTULO 5

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

Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D



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

Dado que usted es elegible para Medicaid, reúne los requisitos para obtener y ya obtiene “Ayuda adicional” de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos recetados. Dado que usted se encuentra en el programa de “Ayuda adicional”, **cierta información en esta Evidencia de cobertura sobre los costos para los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare podría no aplicarse a usted.** Le hemos enviado un folleto por separado, denominado “Cláusula de Evidencia de cobertura para personas que reciben ayuda adicional para pagar los medicamentos recetados” (también denominado “Cláusula de subsidio por bajos ingresos” o “Cláusula LIS”), que le informa sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene este folleto, llame al Servicio de atención al cliente y solicite la “Cláusula LIS”. (Los números de teléfono del Servicio de atención al cliente están impresos en la contraportada de este documento).

SECCIÓN 1 Introducción

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

Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos recetados están cubiertos en virtud de sus beneficios de Medicaid. Para obtener más información acerca de su cobertura de medicamentos de Medicaid, llame a la oficina de Medicaid Indiana al número indicado en el Capítulo 2 de este folleto o visite su sitio web (<https://www.in.gov/medicaid/members/member-programs/pharmacy-benefits/>).

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

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

- Debe pedirle a un proveedor (médico, odontólogo u otra persona autorizada a dar recetas) que escriba su receta, que debe ser válida de acuerdo con las leyes estatales correspondientes.
- La persona autorizada a dar recetas no debe estar en las Listas de Exclusión o Preclusión de Medicare.
- Por lo general, debe utilizar una farmacia de la red para obtener sus medicamentos recetados. (Consulte la Sección 2, *Obtenga su medicamento recetado en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan*).

Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

- Su medicamento debe estar en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan (nosotros la denominamos “Lista de medicamentos” para abreviarla). (Consulte la Sección 3, *Sus medicamentos deben estar en la “Lista de medicamentos” del plan*).
- Su medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. Una “indicación médicamente aceptada” es un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) o avalado por ciertos libros de referencia. (Para obtener más información sobre cómo obtener una indicación médicamente aceptada, consulte la Sección 3).

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

Sección 2.1 Uso de una farmacia de la red

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

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

Sección 2.2 Farmacias de la red

¿Cómo encuentra una farmacia de la red en su área?

Para encontrar una farmacia de la red, puede buscar en el *Directorio de farmacias*, visitar nuestro sitio web (www.myzinghealth.com) o llamar al Servicio de atención al cliente.

¿Qué sucede si la farmacia que estaba usando deja de formar parte de la red?

Si la farmacia que estaba usando deja de formar parte de la red del plan, deberá buscar una nueva farmacia dentro de la red. Para encontrar otra farmacia en su área, puede obtener ayuda a través del Servicio de atención al cliente o buscar en el *Directorio de farmacias*. También puede encontrar información en nuestro sitio web en www.myzinghealth.com.

¿Y si necesita una farmacia especializada?

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

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

Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

- Farmacias que proveen medicamentos para las personas que residen en un centro de atención a largo plazo (Long-Term Care, LTC). Generalmente, un centro de LTC (como un centro de cuidados) tiene su propia farmacia. Si tiene dificultad para acceder a sus beneficios de la Parte D en un centro de LTC, comuníquese con el Servicio de atención al cliente.
- Farmacias que brinden servicios al Programa de salud para la población india estadounidense urbana o tribal, del Servicio de Salud para la Población India Estadounidense (no está disponible en Puerto Rico). Salvo en caso de emergencia, solo los indios estadounidenses o los nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias dentro de la red.
- Farmacias que proveen medicamentos que están limitados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) para ciertos lugares o que requieren un manejo especial, la coordinación del proveedor o el aprendizaje sobre su uso. (Nota: es muy poco frecuente que se presente esta situación).

Para encontrar una farmacia especializada, busque en el *Directorio de farmacias* o llame al Servicio de atención al cliente.

Sección 2.3 Cómo utilizar el servicio de pedido por correo del plan

Para determinados tipos de medicamentos, puede utilizar el servicio de pedido por correo de la red del plan. Por lo general, los medicamentos proporcionados a través del servicio de pedido por correo son medicamentos que toma con regularidad para una afección crónica o a largo plazo.

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

Para obtener formularios de pedido e información sobre cómo obtener sus medicamentos recetados por correo, comuníquese con el Servicio de atención al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este documento).

Por lo general, el pedido a la farmacia que brinda el servicio de pedido por correo le llegará en 14 días como máximo. Cuando planifique usar una farmacia de pedido por correo, es una buena precaución pedirle a su médico que le escriba dos recetas para sus medicamentos: una que usted usará para hacer el pedido por correo y otra que puede usar para adquirir sus medicamentos personalmente en una farmacia de venta al público de la red, si su pedido por correo no llega a tiempo. De esa manera, usted no tendrá una brecha en el suministro de sus medicamentos si su pedido por correo se retrasa. Si tiene algún inconveniente para obtener sus medicamentos con receta mientras espera que llegue su pedido por correo, llame al Servicio de atención al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este documento).

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

Después de que la farmacia recibe una receta de un proveedor de atención médica, se pondrá en contacto con usted para determinar si desea que le proporcionen el medicamento de inmediato o

Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

más adelante. Es importante que usted responda cada vez que la farmacia lo contacte para informarles si enviar, demorar o detener la nueva receta.

Resurtidos de medicamentos recetados de pedido por correo. Para resurtidos, comuníquese con su farmacia 14 días antes de que sus medicamentos recetados actuales se acaben, para asegurarse de que su próximo pedido se le envíe a tiempo.

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

Sección 2.4 Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo

Cuando obtiene un suministro de medicamentos a largo plazo, su costo compartido puede ser menor. El plan ofrece dos formas de obtener un suministro a largo plazo (también denominado “suministro extendido”) de medicamentos de “mantenimiento” en la Lista de medicamentos del plan. (Los medicamentos de mantenimiento son aquellos que toma con regularidad para una afección crónica o a largo plazo).

1. Algunas farmacias minoristas de la red le permitirán obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento a un monto menor de participación en los costos compartidos. Otras, tal vez no acepten un costo compartido menor. En este caso, usted deberá pagar la diferencia. En el *Directorio de farmacias*, se detallan las farmacias de la red que proporcionan suministros a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar al Servicio de atención al cliente para obtener más información.
2. También puede recibir medicamentos de mantenimiento a través de nuestro programa de pedidos por correo. Consulte la Sección 2.3 para obtener más información.

Sección 2.5 Cuándo utilizar una farmacia que no está dentro de la red del plan

En determinadas circunstancias, su medicamento recetado puede estar cubierto

Por lo general, cubrimos los medicamentos que se obtienen en una farmacia fuera de la red *solo* si no puede utilizar una farmacia de la red. Para ayudarlo, contamos con farmacias de la red fuera del área de servicio, en las que puede obtener los medicamentos recetados como miembro de nuestro plan. **Compruebe primero con Servicios para los miembros** para ver si hay una farmacia de la red cerca. 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 de la red.

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

- Si necesita un medicamento recetado debido a una emergencia médica.

Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

- Si necesita cobertura durante un viaje fuera del área del servicio del plan y cuando no puede usar una farmacia de la red.
- Todos los medicamentos recetados obtenidos en una farmacia que no se encuentra en la red del plan tienen un límite de hasta un suministro de 30 días.

¿Cómo solicitar un reembolso al plan?

Zing Dual Complete Plus IN (HMO-POS D-SNP) no tiene un acuerdo con la Agencia de Medicaid del Estado de Indiana que permita el reembolso de sus beneficios cubiertos por Medicaid. Para obtener asistencia con los reembolsos de Medicaid, debe llamar al Estado. Consulte el Capítulo 2 de este folleto para acceder a la información de contacto de Medicaid Indiana. Si debe utilizar una farmacia fuera de la red, por lo general, tendrá que pagar el costo total (en lugar de pagar su parte normal del costo) cuando surta su medicamento recetado. Puede solicitarnos que le reembolsemos la parte que nos corresponde pagar del costo del medicamento. (En la Sección 2.1 del Capítulo 7, se explica cómo puede solicitar un reembolso al plan).

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

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

El plan tiene una “*Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*”. En esta *Evidencia de Cobertura*, la denominamos la “**Lista de medicamentos**” para abreviarla.

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

La Lista de medicamentos incluye los medicamentos cubiertos en virtud de la Parte D de Medicare. Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos recetados están cubiertos en virtud de sus beneficios de Medicaid. Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos recetados en virtud de Medicaid Indiana, comuníquese con la oficina de Medicaid Indiana. La información de contacto se encuentra en “**Anexo A**”, al final de este documento.

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

- Esté aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos para el diagnóstico o la afección para la cual ha sido recetado.

Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

- *O bien*, esté avalado por ciertas referencias, como el American Hospital Formulary Service Drug Information y el sistema de información DRUGDEX.

La Lista de medicamentos incluye medicamentos de marca y medicamentos genéricos

Un medicamento de marca es un medicamento con receta que se vende bajo una marca registrada propiedad del fabricante del medicamento. Los medicamentos de marca que son más complejos que los medicamentos típicos (por ejemplo, los medicamentos basados en una proteína) se denominan productos biológicos. En la lista de medicamentos, cuando nos referimos a “medicamentos”, esto podría significar un medicamento o un producto biológico.

Un medicamento genérico es un medicamento recetado que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Generalmente, funcionan tan bien como el medicamento de marca, pero suelen costar menos. Hay medicamentos genéricos sustitutos disponibles para muchos medicamentos de marca.

¿Qué *no* se incluye en la Lista de medicamentos?

El plan no cubre todos los medicamentos recetados.

- En algunos casos, la ley no permite que ningún plan de Medicare cubra ciertos tipos de medicamentos (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 7.1 de este capítulo).
- En otros casos, hemos decidido no incluir en la Lista de medicamentos un medicamento en particular. En algunos casos, es posible que pueda obtener un medicamento que no está en la lista de medicamentos. Consulte el Capítulo 9 para obtener más información.

Sección 3.2	Hay cinco (5) “niveles de costo compartido” para los medicamentos incluidos en la Lista de medicamentos
--------------------	--

Todos los medicamentos de la Lista de medicamentos del plan se encuentran en uno de los cinco (5) niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor sea el nivel de costo compartido, mayor será el costo del medicamento que le corresponderá pagar:

- Nivel 1 - Medicamentos genéricos preferidos: Medicamentos genéricos que el plan ofrece sin costo durante la etapa de Cobertura inicial y de carencia de cobertura.
- Nivel 2 - Medicamentos genéricos: Medicamentos genéricos o de marca que el plan ofrece a un costo mayor para usted que los medicamentos genéricos preferidos de Nivel 1.
- Nivel 3 - Medicamentos de marca preferidos: Medicamentos genéricos o de marca que el plan ofrece a un costo menor para usted que los medicamentos no preferidos de Nivel 4.

Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

- Nivel 4 - Medicamentos no preferidos: Medicamentos genéricos o de marca que el plan ofrece a un costo mayor para usted que los medicamentos de marca preferidos de Nivel 3.
- Nivel 5 - Medicamentos especializados: Ciertos fármacos inyectables y otros medicamentos de costo elevado al mayor costo compartido del plan.

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

En el Capítulo 6 (*Lo que le corresponde pagar por los medicamentos recetados de la Parte D*) se incluye el monto que debe pagar por los medicamentos en cada nivel de costo compartido.

Sección 3.3	¿Cómo puede averiguar si un medicamento específico está en la Lista de medicamentos?
--------------------	---

Hay *tres* formas de averiguarlo:

1. Consulte la Lista de medicamentos más reciente que le enviamos vía electrónica.
2. Visite el sitio web del plan (www.myzinghealth.com). La Lista de medicamentos en el sitio web siempre es la más actualizada.
3. Llame al Servicio de atención al cliente para saber si un medicamento en particular está incluido en la Lista de medicamentos del plan o para pedir una copia de la lista.

SECCIÓN 4 Hay restricciones respecto de la cobertura de algunos medicamentos

Sección 4.1	¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?
--------------------	--

Para ciertos medicamentos con receta, existen normas especiales que restringen cómo y cuándo el plan los cubre. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrollaron estas normas para alentarlos a usted y a su proveedor a usar los medicamentos de la forma más eficaz. Para averiguar si alguna de estas restricciones se aplica a un medicamento que está tomando o desea tomar, consulte la Lista de medicamentos. Si un medicamento seguro y de bajo costo funcionará médicamente tan bien como uno de mayor costo, las normas del plan están destinadas a alentarlos a usted y a su proveedor a usar esa opción más económica.

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

Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

Sección 4.2 ¿Qué tipos de restricciones hay?

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

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

Restricción de medicamentos de marca cuando hay una versión genérica disponible

Un medicamento “genérico” tiene el mismo efecto que un medicamento de marca, pero, por lo general, es más económico. **En la mayoría de los casos, cuando está disponible la versión genérica de un medicamento de marca, las farmacias de la red le proporcionarán el medicamento genérico en lugar del medicamento de marca.** Sin embargo, si su proveedor nos ha informado el motivo médico por el cual ni el medicamento genérico ni otros medicamentos cubiertos que tratan la misma afección le hacen efecto, entonces sí cubriremos el medicamento de marca. (La parte del costo que le corresponda pagar puede ser mayor para el medicamento de marca que para el genérico).

Obtener la autorización del plan por adelantado

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

Probar un medicamento diferente primero

Este requisito hace que usted trate de utilizar medicamentos menos costosos, pero, por lo general, igual de eficaces antes de que el plan le brinde cobertura para otro medicamento. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma afección y el medicamento A es menos costoso, el plan puede requerir que pruebe el medicamento A primero. Si el medicamento A no le da ningún resultado, el plan cubrirá el medicamento B. Este requisito de probar primero con otro medicamento se denomina “**tratamiento escalonado**”.

Limitaciones de la cantidad de medicamento

Para ciertos medicamentos, establecemos un límite en la cantidad del medicamento que usted puede obtener por vez. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro tomar solo un comprimido al día de un medicamento determinado, podemos limitar la cobertura de su

Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

medicamento recetado a no más de un comprimido por día.

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

Sección 5.1 Hay algunas cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera en que usted querría que lo estuviera

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

- El medicamento puede no estar cubierto en absoluto. O tal vez, una versión genérica del medicamento tenga cobertura, pero la versión de marca que desea tomar no está cubierta.
- El medicamento está cubierto, pero se aplican normas o restricciones adicionales respecto de la cobertura de ese medicamento, tal como se explicó en la Sección 4.
- El medicamento está cubierto, pero se encuentra en un nivel de costo compartido que hace que su parte de los costos sea más alta de lo que cree que debería ser.
- Hay algunas cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera en que usted querría que lo estuviera.
- Si el medicamento no está en la Lista de medicamentos o si está restringido, consulte la Sección 5.2 para obtener información sobre lo que puede hacer.
- Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que hace que sus costos sean más altos de lo que cree que deberían ser, consulte la Sección 5.3 para obtener información sobre lo que puede hacer.

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

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

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

Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

Puede obtener un suministro temporal

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

Para ser elegible para un suministro temporal, el medicamento que ha estado tomando **ya no debe estar en la Lista de medicamentos del plan O BIEN ahora tiene algún tipo de restricción.**

- **Si es un miembro nuevo**, cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros 90 días de su membresía en el plan.
- **Si estuvo en el plan el año anterior**, cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros **90 días** del año calendario.
- Este suministro temporal será para un máximo de 30 días. Si su receta está indicada para menos días, permitiremos que realice múltiples resurtidos por un máximo de 30 días del medicamento. El medicamento con receta debe obtenerse en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo puede proporcionarle el medicamento en menores cantidades por vez para evitar el uso indebido).
- **Para los miembros que han sido miembros del plan por más de 90 días y residen en un centro de atención a largo plazo, y necesitan un suministro de inmediato:**

Cubriremos un suministro de emergencia para 31 días de un medicamento particular, o menos si su receta está indicada para menos días. Esto es complementario al suministro temporal anteriormente mencionada.
- Si tiene un cambio en sus medicamentos debido a un cambio en el entorno de tratamiento (es decir, un cambio de nivel de atención) y necesita un medicamento que no está en nuestro formulario, le proporcionaremos un suministro de medicamentos para un máximo de 30 días. Un cambio de nivel de atención puede incluir:
 - Miembros que ingresan a centros de Atención médica de largo plazo (LTC) desde el hospital.
 - Miembros que reciben el alta hospitalaria y regresan al hogar.
 - Miembros que finalizan su internación en centros especializados de enfermería de la Parte A de Medicare (en los que los pagos incluyen los cargos farmacéuticos) y vuelven a estar cubiertos por los beneficios de la Parte D.
 - Miembros que salen de la condición de hospicio y vuelven a estar cubiertos por los beneficios normales de la Parte A y la Parte B de Medicare.
 - Miembros que finalizan su internación en un centro de LTC y regresan a la comunidad.
 - Miembros que reciben el alta de un hospital psiquiátrico con farmacoterapias altamente personalizadas.

Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

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

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

1) Puede cambiar a otro medicamento

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

2) Puede solicitar una excepción

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

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, en la Sección 7.4 del Capítulo 9 se explica qué hacer. También se mencionan los procedimientos y plazos que ha establecido Medicare para asegurarse de que su solicitud se maneje de forma inmediata y justa.

Sección 5.3	¿Qué puede hacer si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera demasiado elevado?
--------------------	---

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

Puede cambiar a otro medicamento

Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera muy alto, hable con su proveedor. Podría haber un medicamento diferente en un nivel de costo compartido inferior que podría funcionar igual de bien para usted. Llame a Servicios para los miembros y pida una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que funcione para usted.

Puede solicitar una excepción

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

Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

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

Los medicamentos del Nivel de medicamentos especializados, Nivel 5, no son elegibles para este tipo de excepción. No disminuimos el monto de costo compartido para los medicamentos en este nivel.

SECCIÓN 6 ¿Qué sucede si cambia la cobertura para alguno de sus medicamentos?

Sección 6.1 La Lista de medicamentos puede sufrir modificaciones durante el año

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

- **Agregar o retirar medicamentos de la Lista de medicamentos.**
- **Pasar un medicamento a un nivel de costo compartido más alto o más bajo.**
- **Agregar o quitar una restricción respecto de la cobertura de un medicamento.**
- **Sustituir un medicamento de marca por uno genérico.**

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

Sección 6.2 ¿Qué sucede si hay cambios en la cobertura para un medicamento que está tomando?
--

Información sobre cambios en la cobertura de medicamentos

Cuando se realizan cambios en la Lista de medicamentos, publicamos información en nuestro sitio web sobre esos cambios. También actualizamos nuestra Lista de medicamentos en línea con regularidad. A continuación, señalamos los momentos en que recibirá un aviso directo si se realizan cambios sobre un medicamento que usted está tomando.

Cambios en su cobertura para medicamentos que lo afectan durante el año del plan actual

- **Un nuevo medicamento genérico reemplaza un medicamento de marca en la Lista de medicamentos (o cambiamos el nivel de costo compartido o agregamos nuevas restricciones al medicamento de marca, o ambas cosas)**

Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

- Podemos eliminar inmediatamente un medicamento de marca de nuestra Lista de medicamentos si lo reemplazamos con una versión genérica recientemente aprobada del mismo medicamento. El medicamento genérico aparecerá en el mismo nivel de costo compartido o en un nivel de costo compartido más bajo y con las mismas restricciones o menos. Podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos, pero inmediatamente moverlo a un nivel de costo compartido más alto o agregar nuevas restricciones, o ambas cosas, cuando se agrega el nuevo medicamento genérico.
 - Quizás no le avisemos por anticipado antes de que realicemos ese cambio, incluso si actualmente está tomando el medicamento de marca. Si está tomando el medicamento de marca en el momento en que realizamos el cambio, le proporcionaremos información sobre los cambios específicos. Esto también incluirá información sobre los pasos que podrá tomar para solicitar una excepción para cubrir el medicamento de marca. Quizás no reciba este aviso antes de que realicemos el cambio.
 - Usted o la persona autorizada a dar recetas pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento de marca para usted. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9.
- **Medicamentos no seguros y otros medicamentos en la Lista de medicamentos que se retiran del mercado**
 - A veces un medicamento puede considerarse no seguro o retirarse del mercado por otra razón. Si esto ocurre, podremos eliminar inmediatamente el medicamento de la Lista de medicamentos. Si está tomando ese medicamento, le informaremos de inmediato.
 - La persona autorizada a dar recetas también estará enterada de este cambio y puede ayudarlo a encontrar otro medicamento para su afección.
 - **Otros cambios sobre medicamentos de la Lista de medicamentos**
 - Podemos hacer otros cambios que afecten los medicamentos que esté tomando una vez que el año haya comenzado. Por ejemplo, podemos agregar un medicamento genérico que no sea nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca en la Lista de medicamentos o cambiar el nivel de costo compartido o agregar nuevas restricciones al medicamento de marca, o ambas cosas. También podemos realizar cambios en función de advertencias de la FDA en los envases o nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare.
 - Para estos cambios, debemos avisarle con, al menos, 30 días de anticipación sobre el cambio o darle un aviso del cambio y suministrarle un resurtido para 30 días del medicamento que está tomando en una farmacia de la red.
 - Después de recibir el aviso del cambio, usted debe trabajar con la persona autorizada a dar recetas para cambiar a un medicamento diferente que cubramos o para cumplir con las nuevas restricciones sobre el medicamento que está tomando.

Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

- Usted o la persona autorizada a dar recetas pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento para usted. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9.

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

Podemos realizar ciertos cambios en la Lista de medicamentos que no se describen anteriormente. En estos casos, el cambio no se aplicará a usted si está tomando el medicamento cuando se realiza el cambio; sin embargo, es probable que estos cambios lo afecten a partir del 1 de enero del próximo año del plan si permanece en el mismo plan.

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

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

Si cualquiera de estos cambios ocurre con un medicamento que esté tomando (excepto para un retiro del mercado, el reemplazo de un medicamento de marca por un medicamento genérico, u otro cambio mencionado en las secciones anteriores), entonces el cambio no afectará su uso o lo que paga como su parte del costo compartido hasta el 1 de enero del próximo año. Hasta esa fecha, probablemente no verá ningún aumento en sus pagos o cualquier otra restricción agregada a su uso del medicamento.

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

SECCIÓN 7 ¿Qué tipos de medicamentos *no* cubre el plan?

Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos

En esta sección se describen los tipos de medicamentos recetados que se “excluyen”. Esto significa que Medicare no paga estos medicamentos.

Si apela y se determina que el medicamento solicitado no está excluido de la Parte D de Medicare, lo pagaremos o lo cubriremos. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión, consulte el Capítulo 9). Si el medicamento excluido por nuestro plan también está excluido por Medicaid, deberá pagarlo usted, excepto para ciertos medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestra cobertura de medicamentos ampliada).

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

Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

- La cobertura para medicamentos de la Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que estaría cubierto en la Parte A o Parte B de Medicare.
- Nuestro plan no cubre un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos o sus territorios.
- Nuestro plan, por lo general, no puede cubrir el uso para una indicación no autorizada. “Uso para una indicación no autorizada” es cualquier uso distinto al indicado en la etiqueta de un medicamento aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos.
- La cobertura del “uso para una indicación no autorizada” solo se permite cuando esté sustentada por ciertas referencias, como American Hospital Formulary Service Drug Information y el sistema de información DRUGDEX.

Además, por ley, las categorías de medicamentos que figuran a continuación no están cubiertas por Medicare. No obstante, es posible que algunos de estos medicamentos estén cubiertos conforme a su cobertura de medicamentos de Medicaid Indiana. La información de contacto de Medicaid Indiana se encuentra en “**Anexo A**”, al final de este documento. Puede averiguar si alguno de los medicamentos listados a continuación está cubierto.

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

SECCIÓN 8 Surtir un medicamento recetado

Sección 8.1	Proporcionar su información de miembro
--------------------	---

Para surtir su medicamento recetado en la farmacia de la red que elija, brinde la información de su membresía en el plan, que puede encontrar en su tarjeta de miembro. La farmacia de la red automáticamente facturará al plan la parte que nos corresponde de los costos de su medicamento. Usted deberá pagarle a la farmacia *su* parte del costo en el momento de retirar su medicamento recetado. También es posible que tenga que presentar su tarjeta de Medicaid en la farmacia para surtir medicamentos cubiertos solo en virtud de Medicaid.

Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

Sección 8.2 ¿Qué sucede si no tiene su información de miembro?

Si usted no tiene su información de miembro del plan en el momento de obtener su medicamento recetado, usted o la farmacia pueden llamar al plan para obtener la información necesaria.

Si la farmacia no recibe la información necesaria, **es posible que usted deba pagar el costo total del medicamento recetado cuando lo retire.** (Entonces puede **solicitarnos que le reembolsemos.** Consulte la Sección 2.1 del Capítulo 7 para obtener información sobre cómo solicitar el reembolso al plan).

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

Sección 9.1 ¿Qué sucede si está en un hospital o centro de enfermería especializada y el plan cubre su estadía?

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

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

Normalmente, un centro de atención a largo plazo (Long-Term Care, LTC) (como un centro de cuidados) tiene su propia farmacia o una farmacia que suministra medicamentos para todos sus residentes. Si usted reside en un LTC, puede obtener sus medicamentos recetados a través de la farmacia del centro o la que utiliza el centro, siempre y cuando sea parte de nuestra red.

Consulte el *Directorio de farmacias* para averiguar si la farmacia del centro de LTC o la que utiliza el centro forma parte de nuestra red. Si no forma parte, o si necesita más información o ayuda, comuníquese con Servicios para los miembros. Si usted está en un centro de LTC, debemos asegurarnos de que pueda recibir de manera rutinaria sus beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias de LTC.

¿Qué sucede si reside en un centro de atención a largo plazo (LTC) y necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos o tiene algún tipo de restricción?

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

Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D**Sección 9.3 ¿Qué sucede si también tiene cobertura para medicamentos del plan de un empleador o grupo de jubilados?**

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

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

Nota especial sobre la “cobertura acreditable”:

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

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

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

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

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

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

Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad y administración de los medicamentos

Sección 10.1 Programas que ayudan a los miembros a utilizar los medicamentos en forma segura

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

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

- Posibles errores en los medicamentos.
- Medicamentos que pueden no ser necesarios porque está tomando otro medicamento para tratar la misma afección.
- Medicamentos que pueden no ser seguros o apropiados debido a su edad o sexo.
- Ciertas combinaciones de medicamentos que podrían hacerle daño si se toman al mismo tiempo.
- Recetas para medicamentos que tienen ingredientes a los que usted es alérgico.
- Posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que esté tomando.
- Cantidades inseguras de analgésicos opioides.

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

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

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

- Exigirle que surta todas sus recetas de medicamentos opiáceos en farmacias determinadas.

Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

- Exigirle que obtenga todas las recetas de medicamentos opiáceos de uno o varios médicos determinados.
- Limitar la cantidad de medicamentos opiáceos que cubriremos.

Si planeamos limitar cómo puede obtener estos medicamentos o cuánto puede obtener, le enviaremos una carta por adelantado. La carta explicará las limitaciones que consideramos que debemos aplicar a su caso. Tendrá la oportunidad de informarnos qué médicos o farmacias prefiere usar, y brindarnos cualquier otra información que considere que es importante que conozcamos. Después de que haya tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos, le enviaremos otra carta en la que se confirme la limitación. Si considera que nos hemos equivocado o no está de acuerdo con nuestra determinación o con respecto a la limitación que impusimos, usted y la persona autorizada a dar recetas tienen derecho a presentar una apelación. Si presenta una apelación, revisaremos su caso y le comunicaremos una decisión. Si seguimos denegando cualquier parte de su solicitud relacionada con las limitaciones que se aplican a su acceso a los medicamentos, automáticamente le enviaremos su caso a un revisor independiente fuera de nuestro plan. Para obtener información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9.

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

Sección 10.3	Programa de manejo del tratamiento farmacológico (MTM) para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos
---------------------	---

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

Algunos miembros que toman medicamentos para diferentes condiciones médicas y los costos de sus medicamentos son elevados, o si están en un plan DMP para ayudar a los miembros a usar los medicamentos recetados opiáceos de manera segura, pueden obtener los servicios de un Programa de MTM. Un farmacéutico u otro profesional de la salud llevará a cabo una revisión integral de sus medicamentos. Durante la revisión, puede hablar sobre sus medicamentos, los costos o cualquier problema o pregunta que tenga sobre sus medicamentos recetados y de venta libre. Recibirá un resumen por escrito, que tiene una lista de tareas e incluye los pasos que debe tomar para obtener los mejores resultados de sus medicamentos. También obtendrá una lista de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que está tomando, cuánto toma y cuándo y por qué los está tomando. Además, los miembros que formen parte del programa MTM recibirán información sobre la forma segura de desechar medicamentos recetados que sean sustancias controladas.

Es una buena idea que hable con su médico acerca de su lista de tareas recomendadas y de medicamentos. Lleve el resumen con usted a su consulta o cada vez que hable con sus médicos,

Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

farmacéuticos y otros proveedores de atención médica. Además, mantenga su lista de medicamentos actualizada y llévela con usted (por ejemplo, con su identificación), si acude al hospital o a la sala de emergencias. Además, mantenga su lista de medicamentos actualizada y llévela con usted (por ejemplo, con su identificación), si acude al hospital o a la sala de emergencias.

Si tenemos un programa que se adapte a sus necesidades, lo inscribiremos automáticamente en él y le enviaremos la información. Si usted decide no participar, notifíquelo y retiraremos su participación. Si tiene preguntas sobre este programa, comuníquese con el Servicio de atención al cliente.

CAPÍTULO 6

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



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

Dado que usted es elegible para Medicaid Indiana, reúne los requisitos para obtener y ya obtiene “Ayuda adicional” de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos recetados. Dado que usted se encuentra en el programa de “Ayuda adicional”, **cierta información en esta *Evidencia de cobertura sobre los costos para los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare* podría no aplicarse a usted.** Le hemos enviado un folleto por separado, denominado “Cláusula de Evidencia de cobertura para personas que reciben ayuda adicional para pagar los medicamentos recetados” (también denominado “Cláusula de subsidio por bajos ingresos” o “Cláusula LIS”), que le informa sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene este folleto, llame al Servicio de atención al cliente y solicite la “Cláusula LIS”.

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1	Utilice este capítulo junto con otros materiales que explican su cobertura de medicamentos
--------------------	---

Este capítulo se centra en lo que paga por los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare. Para simplificar las cosas, en este capítulo usamos el término “medicamento” para referirnos a los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare. Según se explica en el capítulo 5, no todos los medicamentos son medicamentos de la Parte D, algunos medicamentos están excluidos por ley de la cobertura de la Parte D. Algunos medicamentos excluidos de la cobertura de la Parte D están cubiertos conforme a la Parte A o la Parte B de Medicare o conforme a Medicaid Indiana.

Para comprender la información de pago, usted necesita saber qué medicamentos están cubiertos, dónde obtener sus medicamentos recetados y cuáles son las normas que debe seguir cuando recibe sus medicamentos cubiertos. Las Secciones 1 a 4 del Capítulo 5 explican estas normas.

Sección 1.2	Tipos de costos que es posible que deba pagar de su bolsillo por los medicamentos cubiertos
--------------------	--

Hay distintos tipos de costos de su bolsillo para los medicamentos de la Parte D. El monto que usted paga por un medicamento se denomina “costo compartido”; hay tres maneras en las que se le puede solicitar que pague.

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

Sección 1.3 Cómo calcula Medicare los costos que paga de su bolsillo

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

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

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

- El monto que paga por los medicamentos cuando está en cualquiera de las siguientes etapas de pago de los medicamentos:
 - La etapa del deducible
 - La etapa de cobertura inicial
- Cualquier pago que realizó durante este año calendario como miembro de otro plan de medicamentos recetados de Medicare antes de inscribirse en nuestro plan.

Es importante quién paga:

- Si **usted** hace estos pagos, se incluyen en los costos que paga directo de su bolsillo.
- Estos pagos *también están incluidos* si los realizan en su nombre **otras personas u organizaciones determinadas**. Esto incluye pagos por sus medicamentos efectuados por un amigo o pariente, la mayoría de las organizaciones de beneficencia, o por programas de asistencia de medicamentos contra el SIDA, un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica que esté calificado por Medicare, o por el Indian Health Service. También se incluyen los pagos efectuados por el programa de “Ayuda adicional” de Medicare.
- Se incluyen algunos pagos realizados por el Programa de descuentos para el período de carencia de cobertura de Medicare. Se incluye el monto que el fabricante paga por los medicamentos de marca. Pero no se incluye el monto que el plan paga por sus medicamentos genéricos.

Paso a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas:

Cuando usted (o los que pagan en su nombre) haya pagado de su bolsillo un total de \$7,400 en el año calendario, pasará de la Etapa de cobertura inicial a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

Capítulo 6. Lo que le corresponde pagar por los medicamentos recetados de la Parte D

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

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

- Su prima mensual.
- Medicamentos que compra fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Medicamentos que nuestro plan no cubre.
- Medicamentos que obtiene en una farmacia fuera de la red que no cumplen con los requisitos del plan para la cobertura fuera de la red.
- Medicamentos que no pertenecen a la Parte D, incluidos los medicamentos con receta cubiertos por la Parte A o la Parte B y otros medicamentos excluidos de la cobertura por Medicare.
- Pagos que usted realiza por medicamentos cubiertos en su cobertura adicional, pero que un plan de medicamentos con receta de Medicare normalmente no cubre.
- Pagos que realiza el plan por sus medicamentos genéricos o de marca mientras se encuentra en la Etapa de carencia de cobertura.
- Pagos por sus medicamentos que realizan los planes de salud grupal, incluidos los planes de salud del empleador.
- Pagos de sus medicamentos hechos por ciertos planes de seguro y programas de salud financiados por el gobierno, como TRICARE y los Asuntos de veteranos.
- Pagos por sus medicamentos realizados por un tercero con la obligación legal de pagar los costos de los medicamentos con receta (por ejemplo, compensación laboral).

Recordatorio: si cualquier otra organización, como las que mencionamos más arriba, paga parte o la totalidad de los costos que paga de su bolsillo por los medicamentos, usted debe informarlo a nuestro plan llamando a Servicios para los miembros.

¿Cómo se puede llevar un registro total de los costos que paga de su bolsillo?

- **Lo ayudaremos.** El informe de la EOB de la Parte D que recibió incluye el monto actual de los costos que paga de su bolsillo. Cuando esta cantidad llega a \$7,400, se le indicará que ha dejado la Etapa de cobertura inicial y ha pasado a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.
- **Asegúrese de que tengamos toda la información que necesitamos.** En la Sección 3.2 se explica qué puede hacer para asegurarse de que nuestros registros de lo que ha gastado estén completos y actualizados.

SECCIÓN 2 El precio que paga por un medicamento depende de la “etapa de pago de medicamentos” en la que esté al obtener el medicamento

Sección 2.1	¿Cuáles son las etapas de pago de los medicamentos para los miembros de Zing Dual Complete Plus IN (HMO-POS D-SNP)?
--------------------	--

Hay cuatro “etapas de pago de los medicamentos” para su cobertura de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare según Zing Dual Complete Plus IN (HMO-POS D-SNP). La cantidad que paga depende de la etapa en la que se encuentre cuando obtenga un medicamento con receta o un resurtido. Puede ver los detalles de cada etapa en las Secciones de 4 a 7 de este capítulo. Las etapas son las siguientes:

Etapas 1: Etapa del deducible anual

Etapas 2: Etapa de cobertura inicial

Etapas 3: Etapa de carencia de cobertura

Etapas 4: Etapa de cobertura en situaciones catastróficas

Mensaje importante sobre lo que paga por la insulina: no pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, independientemente del nivel de gastos compartidos en el que se encuentre, incluso si no ha pagado su deducible.

SECCIÓN 3 Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos y la etapa de pago en la que se encuentra

Sección 3.1	Le enviamos un informe mensual llamado “Explicación de beneficios de la Parte D” (“EOB de la Parte D”)
--------------------	---

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

- Llevamos un registro de cuánto ha pagado. A esto se lo denomina costo **“que paga de su bolsillo”**.
- Llevamos un registro de los **“costos totales de sus medicamentos”**. Esta es la cantidad que paga de su bolsillo, o que otros pagan en su nombre más la cantidad pagada por el plan.

Capítulo 6. Lo que le corresponde pagar por los medicamentos recetados de la Parte D

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

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

Sección 3.2	Ayúdenos a mantener al día nuestra información sobre sus pagos de los medicamentos
--------------------	---

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

- **Muestre su tarjeta de miembro cada vez que obtenga un medicamento con receta.** Esto nos ayuda a que sepamos acerca de los medicamentos con receta que está obteniendo y lo que está pagando.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** En ocasiones, es posible que pague el costo total de un medicamento con receta. En estos casos, no recibiremos automáticamente la información que necesitamos para mantener el seguimiento de los costos que paga de su bolsillo. Para ayudarnos a mantener un registro de los costos que paga de su bolsillo, bríndenos copias de estos recibos. Estos son algunos ejemplos de cuándo debe darnos copias de sus recibos de medicamentos:
 - Cuando usted compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuento que no sea parte del beneficio de nuestro plan.
 - Cuando realiza un copago por los medicamentos que se proporcionan en virtud de un programa de asistencia al paciente del fabricante del medicamento.
 - Cada vez que compre medicamentos cubiertos en una farmacia fuera de la red u otras veces que pague el precio total de un medicamento cubierto en circunstancias especiales.

Capítulo 6. Lo que le corresponde pagar por los medicamentos recetados de la Parte D

- Si se le factura por un medicamento cubierto, puede pedirle a nuestro plan que pague la parte que nos corresponde del costo. Para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo, vaya a la Sección 2 del Capítulo 7.
- **Envíenos información sobre los pagos que terceros hayan realizado por usted.** Los pagos realizados por otras personas u organizaciones también se tienen en cuenta en los costos que paga de su bolsillo. Por ejemplo, para los costos que paga de su bolsillo, se tienen en cuenta los pagos realizados por un Programa estatal de asistencia farmacéutica, un programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP), el Servicio de salud para la población india estadounidense y la mayoría de las organizaciones benéficas. Lleve un registro de estos pagos y envíelos para que podamos hacer un seguimiento de sus costos.
- **Revise el informe que le enviamos por escrito.** Cuando reciba una EOB de la Parte D, revísela para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si considera que algo está incompleto o si tiene alguna pregunta, llame al Servicio de atención al cliente. Asegúrese de guardar estos informes.

SECCIÓN 4 Durante la Etapa del deducible, usted paga el costo total de sus medicamentos de nivel 2, 3, 4 y 5

Debido a que la mayoría de nuestros miembros obtienen Ayuda adicional con los costos de sus medicamentos recetados, la Etapa deducible no se aplica a la mayoría de nuestros miembros. Si recibe “Ayuda adicional”, esta etapa de pago no se aplica a usted.

Consulte el inserto por separado (denominado “Cláusula LIS”) para obtener información sobre el monto de su deducible.

SECCIÓN 5 Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga su parte

Sección 5.1	Lo que paga por un medicamento depende del medicamento en sí y de dónde lo obtiene
--------------------	---

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

El plan tiene cinco (5) niveles de costo compartido

Todos los medicamentos de la Lista de medicamentos del plan se encuentran en uno de los cinco (5) niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor sea el nivel de costo compartido, mayor será el costo del medicamento que le corresponderá pagar:

Capítulo 6. Lo que le corresponde pagar por los medicamentos recetados de la Parte D

- Nivel 1 - Medicamentos genéricos preferidos: Medicamentos genéricos que el plan ofrece sin costo durante la Etapa de cobertura inicial y la Etapa de carencia de cobertura.
- Nivel 2 - Medicamentos genéricos: Medicamentos genéricos o de marca que el plan ofrece a un costo mayor para usted que los medicamentos genéricos preferidos de Nivel 1.
- Nivel 3 - Medicamentos de marca preferidos: Medicamentos genéricos o de marca que el plan ofrece a un costo menor para usted que los medicamentos no preferidos de Nivel 4.
- Nivel 4 - Medicamentos no preferidos: Medicamentos genéricos o de marca que el plan ofrece a un costo mayor para usted que los medicamentos de marca preferidos de Nivel 3.
- Nivel 5 - Medicamentos especializados: Ciertos fármacos inyectables y otros medicamentos de costo elevado al mayor costo compartido del plan.

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

Sus opciones de farmacia

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

- Una farmacia minorista que forme parte de la red de nuestro plan.
- Una farmacia que no es de la red de nuestro plan. Cubrimos medicamentos con receta obtenidos en farmacias fuera de la red solamente en situaciones limitadas. Para obtener información sobre cuándo cubriremos un medicamento con receta obtenido en una farmacia fuera de la red, consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5.
- Una farmacia de pedido por correo del plan.

Para obtener más información sobre las opciones de farmacias y la obtención de los medicamentos recetados, consulte el Capítulo 5 de este folleto y el *Directorio de farmacias* del plan.

Sección 5.2 Una tabla que muestra sus costos por un suministro para *un mes* de un medicamento

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

Tal como se muestra en la tabla a continuación, el monto del copago o del coseguro depende del nivel de costo compartido. A veces, el costo del medicamento es más bajo que su copago. En estos casos, paga el precio más bajo por el medicamento en lugar del copago.

Capítulo 6. Lo que le corresponde pagar por los medicamentos recetados de la Parte D

Su parte del costo cuando recibe un suministro para *un mes* de un medicamento recetado cubierto de la Parte D:

Nivel	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (suministro de hasta 30 días)	Costo compartido de pedido por correo (suministro de hasta 30 días)	Costo compartido de atención a largo plazo (LTC) (suministro de hasta 31 días)	Costo compartido fuera de la red (La cobertura se limita a ciertas situaciones. Consulte el Capítulo 5 para obtener detalles) (suministro de hasta 30 días)
Nivel 1 de costos compartidos (Medicamentos genéricos preferidos)	Medicamentos genéricos: \$0/\$1.45/\$4.15	Medicamentos genéricos: \$0/\$1.45/\$4.15	Medicamentos genéricos: \$0/\$1.45/\$4.15	Medicamentos genéricos: \$0/\$1.45/\$4.15
	Medicamentos de marca: \$0/\$4.30/\$10.35	Medicamentos de marca: \$0/\$4.30/\$10.35	Medicamentos de marca: \$0/\$4.30/\$10.35	Medicamentos de marca: \$0/\$4.30/\$10.35
Nivel 2 de costos compartidos (Medicamentos genéricos)	Medicamentos genéricos: \$0/\$1.45/\$4.15	Medicamentos genéricos: \$0/\$1.45/\$4.15	Medicamentos genéricos: \$0/\$1.45/\$4.15	Medicamentos genéricos: \$0/\$1.45/\$4.15
	Medicamentos de marca: \$0/\$4.30/\$10.35	Medicamentos de marca: \$0/\$4.30/\$10.35	Medicamentos de marca: \$0/\$4.30/\$10.35	Medicamentos de marca: \$0/\$4.30/\$10.35
Nivel 3 de costos compartidos (Medicamentos de marca preferidos)	Medicamentos genéricos: \$0/\$1.45/\$4.15	Medicamentos genéricos: \$0/\$1.45/\$4.15	Medicamentos genéricos: \$0/\$1.45/\$4.15	Medicamentos genéricos: \$0/\$1.45/\$4.15
	Medicamentos de marca: \$0/\$4.30/\$10.35	Medicamentos de marca: \$0/\$4.30/\$10.35	Medicamentos de marca: \$0/\$4.30/\$10.35	Medicamentos de marca: \$0/\$4.30/\$10.35
Nivel 4 de costos compartidos (Medicamentos no preferidos)	Medicamentos genéricos: \$0/\$1.45/\$4.15	Medicamentos genéricos: \$0/\$1.45/\$4.15	Medicamentos genéricos: \$0/\$1.45/\$4.15	Medicamentos genéricos: \$0/\$1.45/\$4.15
	Medicamentos de marca: \$0/\$4.30/\$10.35	Medicamentos de marca: \$0/\$4.30/\$10.35	Medicamentos de marca: \$0/\$4.30/\$10.35	Medicamentos de marca: \$0/\$4.30/\$10.35
Nivel 5 de costos compartidos (Medicamentos especializados)	Medicamentos genéricos: \$0/\$1.45/\$4.15	Medicamentos genéricos: \$0/\$1.45/\$4.15	Medicamentos genéricos: \$0/\$1.45/\$4.15	Medicamentos genéricos: \$0/\$1.45/\$4.15
	Medicamentos de marca: \$0/\$4.30/\$10.35	Medicamentos de marca: \$0/\$4.30/\$10.35	Medicamentos de marca: \$0/\$4.30/\$10.35	Medicamentos de marca: \$0/\$4.30/\$10.35

Sección 5.3

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

Por lo general, el monto que paga por un medicamento con receta cubre el suministro para un mes completo. Es posible que, en algunos casos, a usted o su proveedor le gustaría obtener un suministro de un medicamento para menos de un mes (por ejemplo, cuando prueba por primera

Capítulo 6. Lo que le corresponde pagar por los medicamentos recetados de la Parte D

vez un medicamento). También puede pedirle a su médico que le recete y a su farmacéutico que le entregue un suministro para menos de un mes completo de sus medicamentos, si esto lo ayuda a planificar mejor las fechas de resurtido de diferentes medicamentos con receta.

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

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

Sección 5.4	Una tabla que muestra sus costos por un suministro de un medicamento a largo plazo para hasta 100 días
--------------------	---

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

La siguiente tabla muestra lo que usted paga cuando recibe un suministro de un medicamento a largo plazo.

La parte que le corresponde pagar del costo cuando obtiene un suministro a largo plazo de un medicamento recetado cubierto de la Parte D:

Nivel	Costo compartido minorista estándar (de la red) (suministro de hasta 100 días)	Costo compartido de pedido por correo (suministro de hasta 100 días)
Nivel 1 de costos compartidos (Medicamentos genéricos preferidos)	Medicamentos genéricos: \$0/\$1.45/\$4.15	Medicamentos genéricos: \$0/\$1.45/\$4.15
	Medicamentos de marca: \$0/\$4.30/\$10.35	Medicamentos de marca: \$0/\$4.30/\$10.35
Nivel 2 de costos compartidos	Medicamentos genéricos: \$0/\$1.45/\$4.15	Medicamentos genéricos: \$0/\$1.45/\$4.15

Capítulo 6. Lo que le corresponde pagar por los medicamentos recetados de la Parte D

Nivel	Costo compartido minorista estándar (de la red) (suministro de hasta 100 días)	Costo compartido de pedido por correo (suministro de hasta 100 días)
(Medicamentos genéricos)	Medicamentos de marca: \$0/\$4.30/\$10.35	Medicamentos de marca: \$0/\$4.30/\$10.35
Nivel 3 de costos compartidos (Medicamentos de marca preferidos)	Medicamentos genéricos: \$0/\$1.45/\$4.15	Medicamentos genéricos: \$0/\$1.45/\$4.15
	Medicamentos de marca: \$0/\$4.30/\$10.35	Medicamentos de marca: \$0/\$4.30/\$10.35
Nivel 4 de costos compartidos (Medicamentos no preferidos)	Medicamentos genéricos: \$0/\$1.45/\$4.15	Medicamentos genéricos: \$0/\$1.45/\$4.15
	Medicamentos de marca: \$0/\$4.30/\$10.35	Medicamentos de marca: \$0/\$4.30/\$10.35
Nivel 5 de costos compartidos (Medicamentos especializados)	El suministro a largo plazo no está disponible para medicamentos del Nivel 5.	El suministro a largo plazo no está disponible para medicamentos del Nivel 5.

Sección 5.5	Permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que los costos totales anuales de sus medicamentos alcancen los \$4,660
--------------------	---

Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que el monto total correspondiente a los medicamentos con receta que ha obtenido llegue al **límite de \$4,660 para la Etapa de cobertura inicial**.

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

La EOB de la Parte D que recibió lo ayudará a llevar un registro de lo que usted, el plan y cualquier otro tercero han gastado en usted durante el año. Muchas personas no llegan al límite de \$4,660 en un año.

Capítulo 6. Lo que le corresponde pagar por los medicamentos recetados de la Parte D

Le informaremos cuando alcance este monto. Si llega a este monto, saldrá de la Etapa de cobertura inicial y pasará a la Etapa de cobertura catastrófica. Consulte la Sección 1.3 sobre cómo calcula Medicare los costos que paga de su bolsillo.

SECCIÓN 6 Zing Dual Complete Plus IN (HMO-POS D-SNP) no tiene carencia de cobertura.

Zing Dual Complete Plus IN (HMO-POS D-SNP) no tiene carencia de cobertura. Una vez que alcanza la Etapa de cobertura inicial, usted pasa a la Etapa de cobertura en situación catastrófica (consulte la Sección 7).

SECCIÓN 7 Durante la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, el plan paga la mayor parte del costo de sus medicamentos

Usted entra en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas cuando los costos que paga de su bolsillo han alcanzado el límite de \$7,400 para el año calendario. Una vez que está en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, se quedará en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.

- **Su parte** del costo de un medicamento cubierto será el coseguro o un copago, el monto que sea *mayor*:
 - – *ya sea* – un coseguro del 5 % del costo del medicamento
 - – *o bien* – \$4.15 para un medicamento genérico o un medicamento que se trata como genérico y \$10.35 para todos los demás medicamentos.

Consulte el inserto por separado (denominado “Cláusula LIS”) para obtener información sobre sus costos durante la Etapa de cobertura en situación catastrófica.

SECCIÓN 8 Vacunas de la Parte D. Lo que usted paga depende de cómo y dónde las obtiene

Mensaje importante sobre lo que usted paga por las vacunas: nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. Llame a Servicios para miembros para obtener más información.

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

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

Capítulo 6. Lo que le corresponde pagar por los medicamentos recetados de la Parte D

Sus costos de la Parte D dependen de tres elementos:

1. El tipo de vacuna (para qué se la administran).

- Algunas vacunas se consideran beneficios médicos. (Consulte la *Tabla de beneficios médicos [lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar]* en el Capítulo 4).
- Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan.

2. Dónde obtiene la vacuna.

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

3. Quién le administra la vacuna.

- Un farmacéutico puede administrar la vacuna en la farmacia, u otro proveedor puede administrarla en el consultorio del médico.

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

- A veces, cuando obtiene la vacuna, deberá pagar el costo total tanto de la vacuna en sí como el costo del proveedor por administrarla. Puede solicitarle a nuestro plan que le devuelva la parte que le corresponde pagar del costo.
- Otras veces, cuando recibe una vacuna, tendrá que pagar solo su parte del costo de acuerdo con el beneficio de la Parte D.

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

Situación 1: Obtiene su vacuna en la farmacia de la red. (Tener esta opción o no depende de dónde viva usted. En algunos estados no se permite que las farmacias administren vacunas).

- Usted deberá pagarle a la farmacia el coseguro o copago por la vacuna en sí, que incluye el costo de la administración de la vacuna.
- Nuestro plan pagará el resto de los costos.

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

- Cuando obtiene la vacuna, deberá pagar el costo total tanto de la vacuna en sí como el costo del proveedor por administrarla.
- Entonces, puede solicitarle a nuestro plan que le pague la parte que nos corresponde del costo a través de los procedimientos descritos en el Capítulo 7.
- Se le reembolsará el monto que usted pagó menos el coseguro O copago normal por la vacuna (incluida la administración) menos la

Capítulo 6. Lo que le corresponde pagar por los medicamentos recetados de la Parte D

diferencia que exista entre el monto que le cobre el médico y lo que normalmente pagamos. (Si recibe “Ayuda adicional”, le reembolsaremos la diferencia).

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

- Usted deberá pagarle a la farmacia el coseguro o copago por la vacuna en sí.
- Cuando su médico le administre la vacuna, usted deberá pagar el costo total de este servicio. Entonces, puede solicitarle a nuestro plan que pague la parte que nos corresponde del costo a través de los procedimientos descritos en el Capítulo 7.
- Se le reembolsará el monto cobrado por el médico por la administración de la vacuna menos la diferencia que exista entre el monto que cobre el médico y lo que normalmente pagamos. (Si recibe “Ayuda adicional”, le reembolsaremos la diferencia).

CAPÍTULO 7

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

Capítulo 7. Cómo solicitarnos que paguemos una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos

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

Nuestros proveedores de la red facturan directamente al plan los servicios y medicamentos cubiertos. Si recibe una factura por atención médica o los medicamentos que recibió, nos la debe enviar para que la podamos pagar. Cuando nos envíe la factura, la revisaremos y decidiremos si los servicios deberían cubrirse. Si decidimos que se deben cubrir, le pagaremos al proveedor directamente.

Si usted ya ha pagado un servicio de Medicare o un artículo cubiertos por el plan, puede solicitar que el plan le devuelva el dinero (la devolución a menudo se denomina “reembolso”). Es su derecho que nuestro plan le reembolse cada vez que usted haya pagado servicios médicos o medicamentos que están cubiertos por el plan. Podría haber vencimientos que debe cumplir para recibir su reembolso. Consulte la Sección 2 de este capítulo. Cuando nos envíe una factura que ya haya pagado, la revisaremos y decidiremos si los servicios o los medicamentos deberían estar cubiertos. Si decidimos que deberían estar cubiertos, le reembolsaremos los servicios o los medicamentos.

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

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

1. Cuando ha recibido atención médica de emergencia o de urgencia de un proveedor que no pertenece a la red de nuestro plan

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

- Si usted paga el monto total en el momento de recibir la atención, pídanos que le reembolsemos. Envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya efectuado.
- Es posible que reciba una factura del proveedor en la que le pide pagar un monto que usted considera que no debe. Envíenos esa factura junto con la documentación de cualquier pago que ya haya efectuado.
 - Si al proveedor se le debe algo, le pagaremos directamente.

Capítulo 7. Cómo solicitarnos que paguemos una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos

- Si ya ha pagado el costo del servicio, determinaremos cuánto debía y le reembolsaremos el monto de la parte que nos correspondía.

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

Los proveedores de la red siempre deben facturar directamente al plan. Pero a veces cometen errores y le piden que pague.

- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red, envíenosla. Nos pondremos en contacto con el proveedor directamente y resolveremos el problema de facturación.
- Si ya le ha pagado una factura a un proveedor de la red, envíenosla junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado y pídanos reembolsarle.

3. Si está inscrito retroactivamente en nuestro plan

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

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

4. Cuando utilice una farmacia fuera de la red para obtener medicamentos recetados

Si acude a una farmacia fuera de la red, es posible que la farmacia no pueda presentarnos la reclamación directamente. Si esto sucede, usted deberá pagar el costo total de sus medicamentos con receta. Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso.

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

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

Si usted no lleva con usted su tarjeta de miembro del plan, puede pedirle a la farmacia que llame al plan o busque la información de inscripción del plan. Sin embargo, si la farmacia no puede obtener la información sobre la inscripción que necesita de inmediato, es posible que deba pagar usted mismo el costo total del medicamento recetado. Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso del medicamento.

Capítulo 7. Cómo solicitarnos que paguemos una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos

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

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

- Por ejemplo, el medicamento puede no estar en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan; o podría tener un requisito o restricción que usted no conocía o que no cree que debería aplicarse a usted. Si usted decide obtener el medicamento de inmediato, es posible que deba pagar su costo total.
- Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso. En algunas situaciones, puede ser necesario obtener más información de su médico para reembolsarle nuestra parte del costo.

Cuando nos envíe una solicitud de pago, la revisaremos y decidiremos si el servicio o el medicamento deben estar cubiertos. Esto se denomina tomar una “decisión de cobertura”. Si decidimos que debe tener cobertura, pagaremos el servicio o el medicamento. Si rechazamos su solicitud de pago, usted puede apelar nuestra decisión. El Capítulo 9 de este documento tiene información sobre cómo presentar una apelación.

Zing Dual Complete Plus IN (HMO-POS D-SNP) no tiene un acuerdo con la Agencia de Medicaid del Estado de Indiana que permita el reembolso de sus beneficios cubiertos por Medicaid. Para obtener asistencia con los reembolsos de Medicaid, debe llamar al Estado. Consulte el Capítulo 2 de este folleto para acceder a la información de contacto de Medicaid Indiana.

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

Sección 2.1 Cómo y dónde enviarnos su solicitud de pago

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

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

- No tiene que utilizar el formulario, pero nos será útil para procesar la información de manera más rápida.
- Descargue una copia del formulario de nuestro sitio web (www.myzinghealth.com) o llame al Servicio de atención al cliente y pida el formulario.

Capítulo 7. Cómo solicitarnos que paguemos una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos

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

Debe presentarnos la reclamación médica dentro de los 12 meses a partir de la fecha en que recibió el servicio o la atención.

Pago de servicios médicos

Zing Health

Attn: Direct Member Reimbursement

P.O. Box 1222

Chicago, IL 60606-1222

Debe presentarnos la reclamación de medicamentos recetados dentro de los 36 meses a partir de la fecha en que recibió el medicamento.

Pago de medicamentos recetados

Elixir – DMR

Attn: Zing Health Direct Member Reimbursement

8935 Darrow Rd

P.O. Box 1208

Twinsburg, OH 44087

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

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

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

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

Capítulo 7. Cómo solicitarnos que paguemos una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos

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

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

CAPÍTULO 8

Sus derechos y responsabilidades

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades**SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades interculturales como miembro del plan****Sección 1.1 Debemos proporcionarle información de una manera que sea conveniente para usted y sus sensibilidades interculturales (en otros idiomas que no sean inglés, en braille, en tamaño de letra grande, en otros formatos alternativos, etc.)**

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

Nuestro plan cuenta con servicios de interpretación disponibles para responder a las preguntas de los miembros que no hablan inglés. También podemos proporcionarle información en braille, en tamaño de letra grande o en otros formatos alternativos, sin costo alguno, si lo necesita. Debemos proporcionarle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Para obtener información de nosotros de una manera que sea conveniente para usted, llame al Servicio de atención al cliente.

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

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

Si tiene alguna dificultad para obtener información sobre nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, llámenos para presentar un reclamo al 1-866-946-4458. También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles, al 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697.

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

Tiene el derecho de elegir un proveedor de atención primaria (primary care provider, PCP) de la red del plan para que le proporcione y organice sus servicios cubiertos. También tiene derecho a

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

consultar a un especialista en salud de la mujer (como un ginecólogo) sin necesidad de obtener una remisión.

Tiene derecho a programar citas con los proveedores de la red del plan y recibir los servicios cubiertos que estos le brinden dentro de un plazo razonable. Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunos de los especialistas cuando necesite dicha atención. También tiene derecho a obtener sus medicamentos con receta o a resurtirlos en cualquiera de las farmacias de nuestra red, sin demoras prolongadas.

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

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

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

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

¿Cómo protegemos la privacidad de su información de salud?

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

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

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

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

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

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

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

Como miembro de Zing Dual Complete Plus IN (HMO-POS D-SNP), usted tiene derecho a obtener de nosotros varios tipos de información.

Si desea obtener cualquiera de los siguientes tipos de información, llame al Servicio de atención al cliente.

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

Sección 1.5	Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su atención
--------------------	---

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

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

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

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

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

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

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

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

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

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

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

- **Obtener el formulario.** Puede recibir un formulario de instrucciones anticipadas de su abogado, de un asistente social o puede conseguirlo en algunas tiendas de artículos para oficina. A veces se pueden obtener formularios de instrucciones anticipadas de organizaciones que ofrecen información sobre Medicare. También puede comunicarse con Servicios para los miembros para solicitar los formularios.
- **Completarlo y firmarlo.** Independientemente del lugar donde obtenga este formulario, tenga en cuenta que se trata de un documento legal. Usted debe considerar solicitarle a un abogado que lo ayude a prepararlo.
- **Entregarles copias a las personas pertinentes.** Usted debe entregarles una copia del formulario a su médico y a la persona que nombre en el formulario que sea responsable de tomar las decisiones por usted si usted no puede. Quizás desee darles copias a algunos amigos cercanos o miembros de la familia. Guarde una copia en casa.

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

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

Recuerde, es su elección si desea llenar un formulario de instrucciones anticipadas (inclusive si desea firmar uno estando en el hospital). Según la ley, nadie puede negarse a brindarle atención ni puede discriminarlo por haber firmado o no instrucciones anticipadas.

¿Qué pasa si sus instrucciones no se siguen?

Si ha firmado instrucciones anticipadas y cree que un médico o el hospital no han respetado las instrucciones que allí menciona, puede presentar una queja ante la organización para la mejora de la calidad (Quality Improvement Organization, QIO). Puede encontrar la información de contacto en el “**Anexo A**”, al final de este documento.

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

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

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

Sección 1.7 ¿Qué puede hacer si siente que está siendo tratado injustamente o que sus derechos no son respetados?**Si se trata de discriminación, llame a la Oficina de Derechos Civiles**

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

¿Se trata de algo diferente?

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

- Puede **llamar al Servicio de atención al cliente**.
- Puede **llamar al Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP)**. Para obtener más información, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
- Puede comunicarse con Medicaid Indiana y con los Programas del defensor del pueblo. Para obtener más información, consulte la Sección 6 del Capítulo 2.
- O bien, **puede llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos

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

- Puede **llamar al Servicio de atención al cliente**.
- Puede **llamar al Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP)**. Para obtener más información, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
- Puede comunicarse con **Medicare**.
 - Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación “Medicare Rights & Protections” (Derechos y protecciones de Medicare). (La publicación está disponible en www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf).
 - También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan

Lo que tiene que hacer como miembro del plan se enumera a continuación. Si tiene preguntas, llame al Servicio de atención al cliente.

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las normas que debe seguir para obtenerlos.** En esta *Evidencia de cobertura* sabrá lo que está cubierto y las normas que debe cumplir para obtener estos servicios cubiertos.
 - Los Capítulos 3 y 4 dan más detalles sobre sus servicios médicos.
 - Los Capítulos 5 y 6 dan más detalles sobre su cobertura de medicamentos recetados de la Parte D.
- **Si, además de nuestro plan, tiene cobertura de otro seguro médico u otra cobertura para medicamentos con receta, debe comunicárnoslo.** El Capítulo 1 le informa sobre la coordinación de estos beneficios.
- **Dígales al médico y a otros proveedores de atención médica que está inscrito en nuestro plan.** Muestre la tarjeta de miembro del plan y la tarjeta de Medicaid Indiana cada vez que obtenga atención médica o medicamentos recetados de la Parte D.
- **Permita que sus médicos y otros proveedores lo ayuden dándoles información, haciendo preguntas y realizando un seguimiento de su atención médica.**
 - Para ayudar a obtener la mejor atención, informe a sus médicos y otros proveedores de salud acerca de sus problemas de salud. Siga las instrucciones y planes de tratamiento que usted y sus médicos acordaron.
 - Asegúrese de que los médicos conozcan todos los medicamentos que está tomando, incluidos los medicamentos de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
 - Si tiene preguntas, no dude en hacerlas y obtener una respuesta que comprenda.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que usted actúe de una manera que contribuya al buen funcionamiento del consultorio de su médico, hospitales y otras oficinas.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:
 - Para ser elegible para nuestro plan, debe tener la Parte A y la Parte B de Medicare. Para la mayoría de los miembros de Zing Dual Complete Plus IN (HMO-POS D-SNP), Medicaid Indiana paga su prima de la Parte A (si no reúne los requisitos para ello en forma automática) y su prima de la Parte B. Si Medicaid Indiana no paga sus primas de Medicare, usted deberá continuar pagando sus primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan.
 - Para la mayoría de sus medicamentos cubiertos por el plan, usted debe pagar su parte del costo al recibir el medicamento.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

- Si tiene que pagar el monto adicional para la Parte D debido a un ingreso mayor (según se informó en su última declaración de impuestos), debe pagar el monto adicional directamente al Gobierno para permanecer siendo miembro del plan.
- **Incluso si se muda *dentro* del área de servicio, debemos estar al tanto** de esto para mantener actualizado su registro de miembro y para saber cómo podemos comunicarnos con usted.
- **Si se muda *fuera* del área de servicio de nuestro plan, no puede seguir siendo miembro del plan.**
- Si se muda, también es importante que se lo comunique al Seguro Social (o a la Junta de jubilación para ferroviarios).

CAPÍTULO 9

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

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (*decisiones de cobertura, apelaciones, quejas*)

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Lo que debe hacer si tiene un problema o una inquietud

Este capítulo explica los procesos para manejar problemas e inquietudes. El proceso que use para manejar su problema depende de dos aspectos:

- Si su problema se relaciona con los beneficios cubiertos por **Medicare** o por **Medicaid**. Si necesita ayuda para decidir si desea usar el proceso de Medicare o el de Medicaid o ambos, comuníquese con el Servicio de atención al cliente.
- 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 denominadas reclamos.

Estos procesos han sido autorización por Medicare. Cada proceso tiene un conjunto de normas, procedimientos y plazos que usted y nosotros debemos seguir.

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

Sección 1.2 Acerca de los términos legales

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

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

No obstante, puede resultarle útil, y, a veces, es bastante importante, conocer los términos legales correctos. Saber qué términos emplear le permitirá comunicarse con mayor claridad para obtener la ayuda o información adecuadas para su situación. Para ayudarlo a saber qué términos utilizar, incluimos términos legales cuando damos los detalles para el manejo de determinados tipos de situaciones.

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (*decisiones de cobertura, apelaciones, quejas*)

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada

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

Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (SHIP)

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

Los servicios ofrecidos por los asesores del SHIP son gratuitos. Encontrará los números de teléfono en el “**Anexo A**”, al final de este documento.

Medicare

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

- Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas, 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 (www.medicare.gov).

También puede obtener ayuda e información de Medicaid Indiana

Livanta es la Organización para la mejora de la calidad (QIO) de Indiana. Para obtener ayuda de la QIO, llame al 1-888-524-9900.

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

Debido a que cuenta con Medicare y obtiene asistencia por parte de Medicaid, tiene diferentes procesos que puede usar para manejar su problema o su queja. El proceso que use depende de si el problema corresponde a los beneficios de Medicare o a los beneficios de Medicaid. Si su problema se relaciona con un beneficio cubierto por Medicare, debe emplear el proceso de Medicare. Si su problema se relaciona con un beneficio cubierto por Medicaid, debe emplear el proceso de Medicaid. Si necesita ayuda para decidir si desea usar el proceso de Medicare o el de Medicaid, comuníquese con el Servicio de atención al cliente.

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (*decisiones de cobertura, apelaciones, quejas*)

El proceso de Medicare y el de Medicaid se describen en secciones diferentes de este capítulo. Para determinar qué sección debe leer, use el cuadro a continuación.

¿Su problema es acerca de los beneficios de Medicare o de los beneficios de Medicaid?

Si desea obtener ayuda para decidir si su problema corresponde a los beneficios de Medicare o a los beneficios de Medicaid, comuníquese con el Servicio de atención al cliente.

Mi problema es acerca de los beneficios de **Medicare**.

Vaya a la sección siguiente de este capítulo, **Sección 4, “Cómo manejar problemas relacionados con sus beneficios de Medicare”**.

Mi problema es acerca de los beneficios de **Medicaid**.

Pase a la **Sección 12** de este capítulo, “Cómo manejar problemas relacionados con sus beneficios de Medicaid”.

PROBLEMAS RELACIONADOS CON SUS BENEFICIOS DE MEDICARE

SECCIÓN 4 **Cómo manejar problemas relacionados con sus beneficios de Medicare**

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

Si usted tiene un problema o una inquietud, solo necesita leer las partes de este capítulo que se aplican a su situación. El cuadro a continuación lo ayudará a encontrar la sección adecuada de este capítulo en caso de que tenga problemas o quejas sobre **beneficios cubiertos por Medicare**.

Para saber qué parte de este capítulo le ayudará con su problema o inquietud sobre sus beneficios de **Medicare**, use el siguiente cuadro:

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

Esto incluye los problemas sobre si la atención médica o los medicamentos recetados están cubiertos o no, la forma en que están cubiertos y los problemas relacionados con el pago de

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (*decisiones de cobertura, apelaciones, quejas*)

la atención médica o los medicamentos recetados.

Sí.

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

No.

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

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

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

Las decisiones de cobertura y las apelaciones tratan los problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura, incluidos los pagos. Este es el proceso que usted usa para asuntos tales como determinar si algo tiene cobertura o no y la forma en que está cubierto.

Cómo solicitar decisiones de cobertura antes de recibir servicios

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y la cobertura, o con relación al monto que pagaremos por sus servicios médicos o medicamentos. Por ejemplo, si su médico de la red del plan toma una decisión de cobertura (favorable) para usted, siempre que reciba atención médica de él o si su médico de la red lo remite a un especialista. Usted o su médico también puede contactarnos y pedirnos una decisión de cobertura si su médico no está seguro de si cubriremos un servicio médico particular o nos rehusamos a brindarle la atención médica que usted cree que necesita.

En otras palabras, si usted quiere saber si cubriremos un servicio médico antes de recibirlo, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura para usted.

En determinadas circunstancias, se rechazará una solicitud de decisión de cobertura, lo que significa que no la revisaremos. Algunos ejemplos de casos en los que se rechazará una solicitud son: si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo, o si usted pide que se retire su solicitud. Si desestimamos una solicitud de decisión de cobertura, le enviaremos un aviso explicando por qué se ha desestimado y cómo solicitar una revisión de la desestimación.

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (*decisiones de cobertura, apelaciones, quejas*)

Tomamos una decisión de cobertura para usted cada vez que decidimos lo que está cubierto para usted y cuánto tenemos que pagar. En algunos casos, podríamos decidir que el servicio o el medicamento no está cubierto o que ya no tiene cobertura de Medicare para usted. Si está en desacuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Cómo presentar una apelación

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

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

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

Si no analizamos el caso, pero negamos la totalidad o parte de su apelación de Nivel 1, puede hacer una apelación de Nivel 2. A la apelación de Nivel 2 la evalúa una organización de revisión independiente que no está conectada con nuestro plan. (Las apelaciones relacionadas con servicios médicos o medicamentos de la Parte B pasarán automáticamente a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2. Usted no necesita hacer nada. En el caso de las apelaciones relacionadas con medicamentos de la Parte D, si rechazamos la totalidad o parte de su apelación, deberá hacer una apelación de Nivel 2. Encontrará más información sobre las apelaciones relacionadas con los medicamentos de la Parte D en la Sección 6 de este capítulo).

Si no está satisfecho con la decisión de la apelación de Nivel 2, es posible que pueda avanzar a niveles adicionales de apelación (la Sección 9 de este capítulo explica los procesos de apelación de Nivel 3, 4 y 5).

Sección 5.2	Cómo obtener ayuda cuando está pidiendo una decisión de cobertura o presentando una apelación
--------------------	--

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

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (*decisiones de cobertura, apelaciones, quejas*)

- **Puede llamar al Servicio de atención al cliente.**
- **Puede obtener ayuda gratuita** de su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico.
- **Su médico puede realizar la solicitud por usted.** Si su médico ayuda con una apelación más allá del Nivel 2, deberá ser nombrado como su representante. Llame a Servicios para los miembros y pida el formulario “Nombramiento de representante”. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en www.myzinghealth.com).
 - Su médico puede solicitar en su nombre una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 para la atención médica. Si se rechaza su apelación de Nivel 1, esta se enviará automáticamente al Nivel 2.
 - Para los medicamentos con receta de la Parte D, su médico u otra persona autorizada a dar recetas puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si se deniega su apelación de Nivel 1, su médico o persona autorizada a dar recetas puede solicitar una apelación de Nivel 2.
- **Puede solicitar que alguien actúe en su nombre.** Si así lo desea, puede designar a otra persona para que actúe en su nombre como su “representante” para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
 - Si quiere que un amigo, pariente u otra persona sea su representante, llame a Servicios para los miembros y pida el formulario “Nombramiento de representante”. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en www.myzinghealth.com). El formulario autoriza a esa persona a actuar en su nombre. El formulario debe estar firmado por usted y por la persona que usted desea que actúe en su nombre. Usted debe darle al plan una copia del formulario firmado.
 - Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos comenzar ni terminar nuestra revisión si no lo recibimos. Si no recibimos el formulario dentro de los 44 días calendario después de recibir la solicitud de apelación (nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación), su solicitud de apelación será rechazada. Si esto sucede, le enviaremos un aviso por escrito en el que se explicará su derecho de pedirle a una organización de revisión independiente que revise nuestra decisión de rechazar su apelación.
- **También tiene derecho a contratar a un abogado.** Puede comunicarse con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado del colegio de abogados local u otro servicio de remisión. También existen grupos que le proporcionarán servicios legales gratuitos si usted reúne los requisitos. Sin embargo, **no es obligatorio que contrate a un abogado** para que pida algún tipo de decisión de cobertura o la apelación de una decisión.

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (*decisiones de cobertura, apelaciones, quejas*)

Sección 5.3 ¿En qué sección de este capítulo se incluyen detalles de su situación?

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

- **Sección 6** de este capítulo: “Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación”.
- **Sección 7** de este capítulo: “Sus medicamentos con receta de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación”.
- **Sección 8** de este capítulo: “Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto”.
- **Sección 9** de este capítulo: “Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto” (*se aplica solo a estos servicios: atención médica a domicilio, en un centro de atención de enfermería especializada y servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos [Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF]*).

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

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

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

En esta sección se describen los beneficios que tiene en cuanto a servicios y atención médica. Estos beneficios se detallan en el Capítulo 4 de este documento: *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)*. Para simplificar las cosas, en general hacemos referencia a “cobertura de atención médica” o “atención médica” que incluye artículos y servicios médicos, y también medicamentos con receta de la Parte B de Medicare. En algunos casos, se aplican diferentes normas a una solicitud de medicamento con receta de la Parte B. En esos casos, explicaremos en qué se diferencian las normas para los medicamentos con receta de la Parte B de las normas para artículos y servicios médicos.

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

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (*decisiones de cobertura, apelaciones, quejas*)

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

Nota: si la cobertura que se va a interrumpir es para atención hospitalaria, servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF), debe leer las Secciones 7 y 8 de este capítulo. Se aplican normas especiales a estos tipos de atención.

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

Términos legales

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

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

Paso 1: decida si necesita una **“decisión de cobertura estándar”** o una **“decisión de cobertura rápida”**.

Por lo general, una **“decisión de cobertura estándar”** se toma dentro de los 14 días o 72 horas para los medicamentos de la Parte B. Una **“decisión de cobertura rápida”** generalmente se toma dentro de las 72 horas para servicios médicos o 24 horas para medicamentos de la Parte B. Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir dos requisitos:

- Solo podrá solicitar cobertura para atención médica que aún no ha recibido.
- Puede obtener una decisión de cobertura rápida solo si el hecho de recurrir a los plazos estándares podría *afectarle de forma grave o perjudicar su capacidad física*.

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (*decisiones de cobertura, apelaciones, quejas*)

- Si su médico nos dice que su salud requiere una “decisión de cobertura rápida”, automáticamente aceptaremos proporcionarle una decisión de cobertura rápida.
- Si nos pide usted mismo la decisión de cobertura rápida, sin el apoyo de su médico, decidiremos si su salud requiere que tomemos una decisión de cobertura rápida. Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta en la que se indique lo siguiente:
 - Explique que usaremos los plazos estándar.
 - Explica que, si su médico pide la decisión de cobertura rápida, automáticamente se la proporcionaremos.
 - Explica cómo puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó.

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

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

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

Para las decisiones de cobertura estándar usamos los plazos estándares.

Esto significa que le daremos una respuesta en un plazo de 14 días calendario después de recibida su solicitud **de un artículo o servicio médico**. Si está solicitando un **medicamento con receta de la Parte B de Medicare**, le daremos una respuesta **en un plazo de 72 horas** después de recibida su solicitud.

- **No obstante**, si solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días adicionales** si está solicitando un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una “queja rápida”. Le otorgaremos una respuesta a su queja tan pronto como tomemos la decisión. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Consulte la Sección 10 de este capítulo para obtener información sobre las quejas).

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (*decisiones de cobertura, apelaciones, quejas*)

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

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

- **No obstante**, si usted solicita más tiempo o si necesitamos más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días adicionales**. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una “queja rápida”. (Consulte la Sección 10 de este capítulo para obtener información sobre las quejas). Lo llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud.

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

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

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

Términos legales

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

Una “apelación rápida” también se denomina “reconsideración acelerada”.

Paso 1: decida si necesita una “apelación estándar” o una “apelación rápida”.

Generalmente, una “apelación estándar” se realiza dentro de los 30 días. Generalmente, una “apelación rápida” se realiza dentro de las 72 horas.

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre la cobertura de una atención médica que todavía no ha recibido, usted o su médico deberán decidir si necesita una “apelación rápida”. Si su médico nos dice que su salud requiere una “apelación rápida”, le daremos una apelación rápida.

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (*decisiones de cobertura, apelaciones, quejas*)

- Los requisitos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que para obtener una “decisión de cobertura rápida” que aparecen en la Sección 6.2 de este capítulo.

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

- **Si solicita una apelación estándar, envíe su apelación estándar por escrito.**
El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Si solicita una apelación rápida, presente su apelación por escrito o llámenos.**
El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Debe realizar su solicitud de apelación en el plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta a la decisión de cobertura. Si se vence este plazo y tiene una buena razón para haberlo dejado vencer, explique la razón por la cual se demoró su apelación cuando la presente. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de una causa justificada pueden incluir una enfermedad muy grave que le impidió contactarnos o si le brindamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede pedir una copia de la información sobre su decisión médica. Usted y su médico pueden agregar más información para respaldar la apelación.**

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

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

Plazos para una “apelación rápida”

- En el caso de las apelaciones rápidas, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación.** Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
 - Si solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si está solicitando un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
 - Si no le damos una respuesta en 72 horas (o al final de la extensión del plazo, en caso de que tomemos días adicionales), estamos obligados a enviar automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que será revisada por una organización de revisión independiente. La Sección 6.4 explica el Nivel 2 del proceso de apelación.

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (*decisiones de cobertura, apelaciones, quejas*)

- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos autorizar o brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos nuestra decisión por escrito y automáticamente enviaremos su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación.

Plazos para una “apelación estándar”

- En el caso de las apelaciones estándar, debemos darle una respuesta **en un plazo de 30 días calendario** después de haber recibido su apelación. Si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare que todavía no ha recibido, le daremos una respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de recibida su apelación. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
 - No obstante, si solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si está solicitando un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
 - Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una “queja rápida”. Cuando presenta una queja rápida, le damos una respuesta en un plazo de 24 horas. (Consulte la Sección 10 de este capítulo para obtener información sobre las quejas).
 - Si no le damos una respuesta para el plazo indicado (o al final de la extensión de tiempo), le enviaremos su solicitud a una apelación del Nivel 2, en el que será revisada por una organización de revisión independiente. La Sección 6.4 explica el Nivel 2 del proceso de apelación.
- **Si aceptamos parte o a la totalidad de lo que solicitó**, debemos autorizar o brindar la cobertura en un plazo de 30 días calendario si está solicitando un artículo o servicio médico, o **en un plazo de 7 días calendario** si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

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

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

Término Legal

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

La organización de revisión independiente es una organización independiente que contrata Medicare. No está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (*decisiones de cobertura, apelaciones, quejas*)

organización determina si la decisión que tomamos es correcta o debe ser cambiada. Medicare supervisa su trabajo.

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

- Le enviaremos a esta organización la información sobre su apelación. A esta información se la denomina su “archivo de caso”. **Usted tiene derecho a pedirnos una copia de su archivo de caso.**
- Usted tiene derecho a proporcionarle a la organización de revisión independiente información adicional para sustentar su apelación.
- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

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

- En el caso de la “apelación rápida”, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** después de haber recibido su apelación.
- Si está solicitando un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita recabar más información que pudiera beneficiarlo, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales.** La organización de revisión independiente no puede tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

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

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

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

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

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (*decisiones de cobertura, apelaciones, quejas*)

- **Si la organización de revisión independiente acepta parte o toda la solicitud por un artículo o servicios médico**, debemos autorizar la cobertura de atención médica **dentro de las 72 horas** o brindar el servicios dentro de los **14 días de calendario** después de recibir la decisión de la organización de revisión independiente, para **solicitudes estándares**, o **dentro de las 72 horas** después de recibir la decisión de la organización de revisión independiente, para **solicitudes aceleradas**.
- **Si la organización de revisión independiente acepta parte o toda la solicitud por un medicamento recetado de la Parte B de Medicare**, debemos autorizar o proporcionarle el medicamento recetado de la Parte B en disputa **dentro de las 72 horas** después de recibir la decisión de la organización de revisión independiente, para **solicitudes estándares**, o **dentro de las 24 horas** después de recibir la decisión de la organización de revisión independiente, para **solicitudes aceleradas**.
- **Si esta organización rechaza una parte o la totalidad de su apelación**, significa que están de acuerdo con nuestro plan en que su solicitud (o parte de ella) para la cobertura de atención médica no se debe autorizar. (Esto se llama “confirmar la decisión” o “rechazar su apelación”). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta para lo siguiente:
 - Explique su decisión.
 - Notificarle sobre el derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de atención médica que está solicitando alcanza cierto mínimo. El aviso por escrito que recibe de la organización de revisión independiente le indicará el monto en dólares que debe alcanzar para continuar con el proceso de apelaciones.
 - Explicarle cómo presentar una apelación de Nivel 3.

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

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

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

Si usted ya ha pagado un servicio de Medicaid o un artículo cubiertos por el plan, puede solicitar que el plan le devuelva el dinero (la devolución a menudo se denomina “reembolso”). Es su derecho que nuestro plan le reembolse cada vez que usted haya pagado servicios médicos o medicamentos que están cubiertos por el plan. Cuando nos envíe una factura que ya haya

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (*decisiones de cobertura, apelaciones, quejas*)

pagado, la revisaremos y decidiremos si los servicios o los medicamentos deberían estar cubiertos. Si decidimos que deberían estar cubiertos, le reembolsaremos los servicios o los medicamentos.

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

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

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

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

Para hacer esta apelación, siga el proceso de apelación que se describe en la Sección 5.3. En el caso de apelaciones relacionadas con un reembolso, tenga en cuenta lo siguiente:

- Debemos darle una respuesta en un plazo de 60 días calendario después de haber recibido su apelación. Si nos solicita reembolsarle la atención médica que ya ha recibido y pagado, no se le permite solicitar una apelación rápida.
- Si la organización de revisión independiente decide que debemos pagar, debemos enviarle a usted o al proveedor el pago dentro de los 30 días calendario. Si aceptamos su apelación en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviarle el pago que solicitó a usted o al proveedor en un plazo de 60 días calendario.

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

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

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

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (*decisiones de cobertura, apelaciones, quejas*)

información sobre una indicación médicamente aceptada, consulte el Capítulo 5). Para obtener detalles sobre los medicamentos, las normas, las restricciones y los costos de la Parte D, consulte los Capítulos 5 y 6. **En esta sección se tratan solamente sus medicamentos de la Parte D.** Para simplificar las cosas, en general, hablaremos de “medicamento” en el resto de esta sección en lugar de repetir cada vez las expresiones “medicamento con receta cubierto para pacientes externos” o “medicamento de la Parte D”. También usamos el término “lista de medicamentos” en lugar de “Lista de medicamentos cubiertos” o “Formulario”.

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

Decisiones y apelaciones de cobertura de la Parte D

Término Legal
Una decisión de cobertura inicial sobre los medicamentos de la Parte D se denomina una “ determinación de cobertura ”.

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

- Solicitar que cubramos un medicamento de la Parte D que no figura en la *Lista de medicamentos cubiertos* del plan. **Solicitar una excepción. Sección 7.2**
- Pedirnos que no apliquemos una restricción a la cobertura del plan para un medicamento (como límites en la cantidad de medicamento que puede obtener). **Solicitar una excepción. Sección 7.2**
- Solicitar pagar un monto de costo compartido más bajo por un medicamento cubierto en un nivel de costo compartido más alto. **Solicitar una excepción. Sección 7.2**
- Solicitar una aprobación previa para un medicamento. **Solicitar una decisión de cobertura. Sección 7.4**
- Pagar por un medicamento con receta que ya ha comprado. **Pedirnos un reembolso. Sección 7.4**

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

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

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (*decisiones de cobertura, apelaciones, quejas*)**Sección 7.2 ¿Qué es una excepción?****Términos legales**

Pedir cobertura para un medicamento que no está en la Lista de medicamentos se denomina, en ocasiones, **“excepción al Formulario”**.

Pedir la eliminación de una restricción de cobertura para un medicamento se denomina, en ocasiones, **“excepción al Formulario”**.

Pedir pagar un precio inferior por un medicamento no preferido cubierto se denomina, en ocasiones, pedir una **“excepción de nivel”**.

Si un medicamento no está cubierto de la forma que a usted le gustaría que estuviese cubierto, puede pedirnos que hagamos una “excepción”. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura.

Para que consideremos su solicitud de excepción, su médico o la persona autorizada a dar recetas tendrán que explicar las razones médicas por las que necesita que se apruebe la excepción. Aquí se presentan tres ejemplos de excepciones que usted, su médico u otra persona autorizada a dar recetas pueden pedirnos que hagamos:

- 1. Cubrir un medicamento de la Parte D para usted que no figura en nuestra Lista de medicamentos.** Si acordamos cubrir un medicamento que no está en la Lista de medicamentos, deberá pagar el monto del costo compartido que se aplica a los medicamentos en el Nivel 4 (Medicamentos no preferidos. No puede solicitar que hagamos una excepción respecto del monto de costo compartido que usted debe pagar por el medicamento.
- 2. Eliminar una restricción de un medicamento cubierto.** El Capítulo 5 describe las normas o restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos en nuestra Lista de medicamentos. Si aceptamos hacer una excepción y no aplicamos una restricción a usted, puede solicitar una excepción al monto del copago o coseguro que usted debe pagar por el medicamento.
- 3. Cambiar la cobertura de un medicamento a un nivel de costo compartido inferior.** Todos los medicamentos de nuestra Lista de medicamentos se encuentran en uno de los cinco (5) niveles de costo compartido. En general, cuanto más bajo sea el nivel de costo compartido, menor será el monto que le corresponda pagar del costo del medicamento.
 - Si nuestra Lista de medicamentos tiene medicamentos alternativos para tratar su afección que se encuentran en un nivel de costo compartido más bajo que el de su medicamento, puede pedirnos que cubramos su medicamento al monto de costo compartido que corresponda a los medicamentos alternativos.

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (*decisiones de cobertura, apelaciones, quejas*)

- Si el medicamento que está tomando es un producto biológico, puede pedirnos que cubramos su medicamento a un costo compartido más bajo. Este sería el nivel más bajo que contiene alternativas de productos biológicos para tratar su afección.
- Si el medicamento que está tomando es un medicamento de marca, puede pedirnos que cubramos su medicamento al monto de costo compartido que corresponda al nivel más bajo que contenga alternativas de marca para tratar su afección.
- Si el medicamento que está tomando es un medicamento genérico, puede pedirnos que cubramos su medicamento al monto de costo compartido que corresponda al nivel más bajo que contenga alternativas genéricas o de marca para tratar su afección.
- No puede pedirnos que cambiemos el nivel de costo compartido para ningún medicamento en el Nivel 5 (Nivel de medicamentos especializados).
- Si aprobamos su solicitud para una excepción de nivel y hay más de un nivel de costo compartido más bajo con medicamentos alternativos que no puede tomar, generalmente pagará el monto más bajo.

Sección 7.3	Aspectos importantes que debe saber acerca de pedir excepciones
--------------------	--

Su médico debe explicarnos las razones médicas

Su médico o la persona autorizada a dar recetas deben darnos una declaración que explique las razones médicas para solicitar una excepción. Para que tomemos la decisión más rápido, incluya esta información médica de su médico o de la persona autorizada a dar recetas cuando pida la excepción.

Generalmente, la Lista de medicamentos incluye más de un medicamento para tratar una afección en particular. Estas posibilidades diferentes se denominan medicamentos “alternativos”. Si un medicamento alternativo da el mismo resultado que el medicamento que está solicitando y no produce más efectos secundarios ni otros problemas de salud, en general *no* aprobaremos su solicitud de una excepción. Si nos solicita una excepción de nivel, en general, *no* aprobaremos su solicitud de una excepción, a menos que todos los medicamentos alternativos del nivel de costo compartido más bajo no funcionen igual para usted o es probable que provoquen una reacción adversa u otro daño.

Podemos aceptar o rechazar su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de una excepción, nuestra aprobación normalmente es válida hasta el final del año del plan. Y será válida mientras su médico siga recetándole el medicamento y mientras ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar su afección.
- Si rechazamos su solicitud, puede pedir otra revisión de nuestra decisión mediante la presentación de una apelación.

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (*decisiones de cobertura, apelaciones, quejas*)

Sección 7.4 Paso a paso: cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

Término Legal

Una “decisión de cobertura rápida” se denomina una “**determinación de cobertura acelerada**”.

Paso 1: decida si necesita una “decisión de cobertura estándar” o una “decisión de cobertura rápida”.

Las “**decisiones de cobertura estándar**” se toman en un plazo de **72 horas** después de recibida la declaración de su médico. Las “**decisiones de cobertura rápidas**” se toman en un plazo de **24 horas** después de recibida la declaración de su médico.

Si su salud lo requiere, pídanos que tomemos una “decisión de cobertura rápida”.

Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir dos requisitos:

- Debe estar preguntando por un medicamento que aún no ha recibido. (No puede solicitar una decisión de cobertura rápida para que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró).
- El hecho de usar los plazos estándares podría afectarle de forma grave o perjudicar su capacidad física.
- **Si su médico o la persona autorizada a dar recetas nos indican que su salud requiere una “decisión de cobertura rápida”, tomaremos automáticamente una decisión de cobertura rápida.**
- **Si solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta, sin el respaldo de su médico ni de otra persona autorizada a dar recetas, decidiremos si su salud requiere que tomemos una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta en la que se indique lo siguiente:
 - Explica que usaremos los plazos estándar.
 - Explica que, si su médico u otra persona autorizada a dar recetas pide la decisión de cobertura rápida, automáticamente se la proporcionaremos.
 - Le indica cómo puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó. Responderemos a su queja en un plazo de 24 horas desde su recepción.

Paso 2: solicitar una “decisión de cobertura estándar” o una “decisión de cobertura rápida”.

Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o brindemos cobertura para la atención médica que desea. También puede acceder al proceso de

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (*decisiones de cobertura, apelaciones, quejas*)

decisiones de cobertura a través de nuestro sitio web. Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito, incluida una solicitud enviada en el formulario de solicitud de determinación de cobertura modelo de CMS o en nuestro formulario del plan, el cual está disponible en nuestro sitio web. El Capítulo 2 contiene información de contacto. Para ayudarnos a procesar su solicitud, asegúrese de incluir su nombre, la información de contacto y la información que identifica la reclamación denegada por la que se está apelando.

Usted, su médico (u otra persona autorizada a dar recetas) o su representante pueden hacer esto. También puede contratar a un abogado para que actúe en su nombre. La Sección 4 de este capítulo le indica cómo puede darle permiso por escrito a alguien para que actúe como su representante.

- **Si solicita que se haga una excepción, proporcione la “declaración de respaldo”**, que es la razón médica de la excepción. Su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden enviarnos la declaración por fax o correo. O su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden llamarnos por teléfono y hacer un seguimiento mediante el envío de la declaración escrita, ya sea por fax o por correo, si fuera necesario.

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

Plazos para una “decisión de cobertura rápida”

- En general, debemos darle una respuesta **en un plazo de 24 horas** después de recibida su solicitud.
 - En el caso de las excepciones, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas después de recibida la declaración de respaldo de su médico de su solicitud. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
 - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 24 horas después de recibida su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

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

- En general, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas** después de recibida su solicitud.
 - En el caso de las excepciones, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibida la declaración de respaldo de su médico de su solicitud. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (*decisiones de cobertura, apelaciones, quejas*)

- Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos **brindar la cobertura** que aceptamos proporcionar **en un plazo de 72 horas** después de recibida su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

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

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

Paso 4: si rechazamos su solicitud de cobertura, puede presentar una apelación.

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

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

Términos legales
Una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de un medicamento de la Parte D se llama “redeterminación”.
Una “apelación rápida” también se denomina “redeterminación acelerada”.

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (*decisiones de cobertura, apelaciones, quejas*)

Paso 1: decida si necesita una “apelación estándar” o una “apelación rápida”.

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

- Si va a apelar una decisión tomada por nosotros acerca de un medicamento que aún no ha recibido, usted y su médico o la persona autorizada a dar recetas tendrán que decidir si necesita una “apelación rápida”.
- Los requisitos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que para obtener una “decisión de cobertura rápida” que aparecen en la Sección 6.4 de este capítulo.

Paso 2: usted, su representante, su médico u otra persona autorizada a dar recetas debe contactarse con nosotros y presenta una apelación de Nivel 1. Si su salud exige una respuesta rápida, debe solicitar una “apelación rápida”.

- **En el caso de las apelaciones estándar, envíe una solicitud por escrito.** El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **En el caso de las apelaciones rápidas, envíe su apelación por escrito o llámenos al 1-866-946-4458.** El Capítulo 2 contiene *información de contacto*.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito,** incluida una solicitud enviada en el formulario de solicitud de determinación de cobertura modelo de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS), que está disponible en nuestro sitio web. Asegúrese de incluir su nombre, la información de contacto y la información sobre su reclamación para ayudarnos a procesar su solicitud.
- **También puede enviar una solicitud de apelación en forma electrónica.** En la sección “Para miembros” de nuestro sitio web, (<https://www.myzinghealth.com/member/documents>), haga clic en la pestaña denominada “Para miembros” “Documento 05”. Seleccione su plan, desplácese hacia abajo en la sección “2023 Member Documents” (Documentos de 2023 para miembros), hasta “Coverage Determination and Redetermination Request Forms” (Formularios de solicitud de determinación y redeterminación de cobertura) y luego seleccione “Electronic Submission of Redetermination” (Envío electrónico de redeterminación).
- **Debe realizar su solicitud de apelación en el plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta a la decisión de cobertura. Si se vence este plazo y tiene una buena razón para haberlo dejado vencer, explique la razón por la cual se demoró su apelación cuando la presente. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de una causa justificada pueden incluir una enfermedad muy grave que le impidió contactarnos o si le brindamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede pedir una copia de la información de su apelación y añadir más información.** Usted y su médico pueden agregar más información para respaldar la apelación.

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (*decisiones de cobertura, apelaciones, quejas*)

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

- Cuando nuestro plan revisa su apelación, hacemos otra revisión cuidadosa de toda la información sobre su solicitud de cobertura. Verificamos si seguimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud. Es posible que nos comuniquemos con su médico o la persona autorizada a dar recetas para obtener más información.

Plazos para una “apelación rápida”

- En el caso de las apelaciones rápidas, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación**. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
 - Si no le damos una respuesta en el plazo de 72 horas, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente. La Sección 6.6 explica el Nivel 2 del proceso de apelación.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una “apelación estándar” sobre un medicamento que aún no ha recibido.

- En el caso de las apelaciones estándar, debemos darle una respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de haber recibido su apelación. Le comunicaremos nuestra decisión antes si aún no ha recibido el medicamento y su estado de salud así lo exige.
 - Si no le comunicamos nuestra decisión en el plazo de 7 días calendario, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente. La Sección 6.6 explica el Nivel 2 del proceso de apelación.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos brindar la cobertura tan rápido como lo requiera su salud, pero nunca después de **7 días calendario** de recibida su apelación.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una “apelación estándar” sobre el pago de un medicamento que ya compró.

- Debemos darle una respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (*decisiones de cobertura, apelaciones, quejas*)

- Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos parte o a la totalidad de lo que solicitó**, también debemos pagarle en un plazo de 30 días calendario después de haber recibido su solicitud.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Paso 4: si rechazamos su apelación, usted decidirá si quiere continuar con el procedimiento de apelaciones y presentar *otra* apelación.

- Si decide presentar otra apelación, significa que su apelación se enviará al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Sección 7.6	Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 2
--------------------	---

Término Legal

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

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

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

- Si rechazamos su apelación del Nivel 1, el aviso escrito que le enviaremos incluirá **instrucciones para presentar una apelación del Nivel 2** ante la organización de revisión independiente. Estas instrucciones le indicarán quién puede presentar esta apelación de Nivel 2, qué plazos deberá respetar y cómo comunicarse con la organización de revisión. Sin embargo, si no completamos nuestra revisión dentro del plazo aplicable o tomamos una decisión desfavorable con respecto a la determinación de “en riesgo” según nuestro programa de administración de medicamentos, enviaremos automáticamente su reclamación a la IRE.
- Le enviaremos a esta organización la información sobre su apelación. A esta información se la denomina su “archivo de caso”. **Usted tiene derecho a pedirnos una copia de su archivo de caso.**

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (*decisiones de cobertura, apelaciones, quejas*)

- Usted tiene derecho a proporcionarle a la organización de revisión independiente información adicional para sustentar su apelación.

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

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

Plazos para una “apelación rápida”

- Si su salud lo requiere, pida una “apelación rápida” a la organización de revisión independiente.
- Si la organización acepta darle una “apelación rápida”, dicha organización debe comunicarle su respuesta a la apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud de apelación.

Plazos para una “apelación estándar”

- En el caso de las apelaciones estándar, la organización de revisión debe comunicarle su respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación si es por un medicamento que aún no ha recibido. Si solicita que le reembolsemos un medicamento que ya compró, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.

Paso 3: la organización de revisión independiente le da su respuesta.

En el caso de las “apelaciones rápidas”:

- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos brindar la cobertura para medicamentos que aprobó la organización de revisión **en un plazo de 24 horas** después de recibida la decisión de parte de dicha organización.

En el caso de las “apelaciones estándar”:

- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de su solicitud de cobertura**, debemos **brindar la cobertura para medicamentos** que aprobó la organización de revisión **en un plazo de 72 horas** después de recibida la decisión de parte de dicha organización.
- **Si la organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de su solicitud de reembolso** del costo de un medicamento que ya compró, debemos **enviarle el pago en un plazo de 30 días calendario** después de recibida la decisión de parte de dicha organización.

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (*decisiones de cobertura, apelaciones, quejas*)

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

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

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

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

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

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto

Cuando se lo ingresa en un hospital, tiene derecho a obtener todos los servicios hospitalarios cubiertos que sean necesarios para el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad o lesión.

Durante su hospitalización cubierta, su médico y el personal del hospital colaborarán con usted para prepararlo para el día en que le den el alta. Ayudarán a coordinar la atención que pueda necesitar cuando se vaya.

- El día que deja el hospital es la “**fecha del alta**”.
- Cuando se decide la fecha del alta, su médico o el personal del hospital se lo comunican.
- Si cree que le están pidiendo que deje el hospital demasiado pronto, puede pedir una hospitalización más prolongada y se considerará su solicitud. Esta sección le indica cómo solicitarla.

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (*decisiones de cobertura, apelaciones, quejas*)

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

Dentro de los dos días de su ingreso al hospital, recibirá un aviso por escrito denominado *An Important Message from Medicare about Your Rights* (Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos). Todos los que tienen Medicare reciben una copia de este aviso. Si no recibe el aviso de alguien en el hospital (por ejemplo, un asistente social o una enfermera), solicítelo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicios para los miembros o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana (TTY: 1-877-486-2048).

- 1. Lea atentamente este aviso y consulte cualquier duda que tenga.** Dice lo siguiente:
 - Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su hospitalización, según lo solicite su médico. Esto incluye el derecho a saber cuáles son esos servicios, quién pagará por ellos y dónde puede obtenerlos.
 - Su derecho a participar en cualquier decisión sobre su hospitalización.
 - Dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
 - Su derecho a **solicitar una revisión inmediata** de la decisión de darlo de alta si considera que está siendo dado de alta del hospital demasiado pronto. Esta es una manera legal y formal de pedir un retraso en la fecha de su alta para que su atención hospitalaria esté cubierta más tiempo.
- 2. Se le pedirá que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió y que comprende sus derechos.**
 - Se le pedirá que firme el aviso a usted o a alguien que actúe en su nombre.
 - Firmar el aviso *solo* demuestra que ha recibido la información sobre sus derechos. El aviso no le informa sobre su fecha del alta. Firmar el aviso **no significa** que esté de acuerdo con la fecha del alta.
- 3. Guarde la copia** del aviso para tener a mano la información sobre cómo presentar una apelación (o comunicar alguna inquietud sobre la calidad de la atención) en caso de que la necesite.
 - Si firma el aviso más de dos días antes de su fecha de alta, recibirá otra copia antes de que esté programado que le den el alta.
 - Para consultar una copia de este aviso por adelantado, puede llamar a Servicios para los miembros o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede ver el aviso en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeappealNotices.

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (*decisiones de cobertura, apelaciones, quejas*)

Sección 8.2 Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha del alta del hospital

Si desea pedir que los servicios hospitalarios para pacientes internados estén cubiertos por nosotros durante un tiempo más prolongado, tendrá que usar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que debe hacer y los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame al Servicio de atención al cliente. O bien, llame al Programa estatal de asistencia sobre seguro médico, una organización del gobierno que ofrece asistencia personalizada.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la mejora de la calidad revisa su apelación. Comprueba si su fecha prevista del alta es médicamente apropiada para usted.

La **Organización para la mejora de la calidad** es un grupo de médicos y otros expertos en atención médica a los que el gobierno federal les paga por evaluar y ayudar a mejorar la calidad de la atención que se brinda a las personas con Medicare. Esto incluye las revisiones de las fechas de las altas hospitalarias para las personas con Medicare. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad de su estado y pida una revisión inmediata de su alta del hospital. Debe actuar rápido.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso por escrito que recibió (*An Important Message from Medicare About Your Rights* [Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos]) le explica cómo puede comunicarse con esta organización. O busque el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la mejora de la calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe rápido:

- Para presentar la apelación, debe comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad antes de que se vaya del hospital y **no después de la medianoche el día de su alta.**
 - **Si usted cumple con este plazo,** es posible que pueda permanecer en el hospital *después* de la fecha del alta *sin que deba pagar por ello* mientras espera la decisión de la Organización para la mejora de la calidad.
 - **Si no cumple con este plazo** y decide quedarse en el hospital después de la fecha prevista del alta, *es posible que deba pagar todos los costos* correspondientes a la atención hospitalaria que reciba después de la fecha prevista del alta.

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (*decisiones de cobertura, apelaciones, quejas*)

- Si se vence el plazo para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad sobre su apelación, y todavía desea apelar, puede presentar la apelación directamente a nuestro plan. Para obtener detalles sobre esta otra forma de presentar su apelación, consulte la Sección 8.4 de este capítulo.

Una vez que solicite una revisión inmediata de su alta hospitalaria, la Organización para la mejora de la calidad se comunicará con nosotros. Al mediodía del día después en que se nos contacte, le daremos un **Aviso detallado de alta**. Este aviso le indica su fecha prevista del alta y le explica en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros pensamos que es adecuado (médicamente apropiado) que reciba el alta en esa fecha.

Para obtener una muestra del **Aviso detallado del alta**, puede llamar a Servicios para los miembros o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). O puede ver un aviso de muestra por Internet en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

Paso 2: la Organización para la mejora de la calidad realiza una revisión independiente de su caso.

- Los profesionales de la salud de la Organización para la mejora de la calidad (“los revisores”) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué cree que debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- Los revisores también consultarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que el hospital y nosotros les hemos dado.
- Antes del mediodía del día después de que los revisores nos informen de su apelación, recibirá un aviso por escrito de nosotros que le dará su fecha de alta planificada. Este aviso también explica en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros pensamos que es adecuado (médicamente apropiado) que reciba el alta en esa fecha.

Paso 3: en un plazo de un día completo después de tener toda la información necesaria, la Organización para la mejora de la calidad le dará la respuesta a su apelación.

¿Qué sucede si la aceptan?

- Si la organización de revisión acepta, **debemos seguir brindándole servicios hospitalarios para pacientes internados cubiertos durante el tiempo que sean médicamente necesarios.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Además, es posible que haya limitaciones en sus servicios hospitalarios cubiertos.

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (*decisiones de cobertura, apelaciones, quejas*)

¿Qué sucede si la rechazan?

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

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

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

Sección 8.3	Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha del alta del hospital
--------------------	---

Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para la mejora de la calidad que revise de nuevo la decisión que tomaron en su primera apelación. Si la Organización para la mejora de la calidad rechaza su apelación de Nivel 2, deberá pagar el costo total de la hospitalización con posterioridad a la fecha prevista del alta.

Paso 1: comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad de nuevo para pedir otra revisión.

- Debe pedir esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** después del día en que la Organización para la mejora de la calidad *rechazó* su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si permanece en el hospital después de la fecha en la que finalizó su cobertura de atención médica.

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

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

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

Si la organización de revisión la acepta:

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (*decisiones de cobertura, apelaciones, quejas*)

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de la atención hospitalaria que recibió desde el mediodía del día después de la fecha de rechazo de su primera apelación por parte de la Organización para la mejora de la calidad. **Debemos seguir brindando cobertura para su atención hospitalaria para pacientes internados durante el tiempo que sea médicamente necesaria.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

Si la organización de revisión la rechaza:

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

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

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

Sección 8.4	¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar una apelación de Nivel 1?
--------------------	--

Término Legal

A la “revisión rápida” (o “apelación rápida”) también se la denomina “ apelación acelerada ”.
--

Puede presentar una apelación ante nosotros

Como se explica anteriormente, debe actuar rápido para comenzar su apelación de Nivel 1 sobre la fecha de alta del hospital. Si se vence el plazo para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad, hay otra forma de presentar su apelación.

Si usa esta otra forma de presentar su apelación, *los primeros dos niveles de apelación son diferentes.*

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (*decisiones de cobertura, apelaciones, quejas*)

Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 1 *alternativa*

Paso 1: comuníquese con nosotros y pídanos una “revisión rápida”.

- **Pida una “revisión rápida”.** Esto significa que nos pide que le demos una respuesta usando los plazos “rápidos” en lugar de los “estándares”. El Capítulo 2 contiene información de contacto.

Paso 2: hacemos una “revisión rápida” de su fecha prevista del alta y verificamos si es médicamente apropiada.

- Durante esta revisión, analizamos toda la información sobre su hospitalización. Comprobamos si su fecha prevista del alta fue médicamente apropiada. Comprobaremos si la decisión sobre cuándo debería dejar el hospital fue justa y seguía todas las normas.

Paso 3: le comunicaremos nuestra decisión dentro de un plazo de 72 horas después de pedir una “revisión rápida”.

- **Si aceptamos su apelación,** significa que hemos aceptado que sigue necesitando estar en el hospital después de la fecha del alta. Seguiremos brindándole servicios hospitalarios para pacientes internados cubiertos durante el tiempo que sean médicamente necesarios. También significa que hemos aceptado reembolsarle la parte que nos corresponde de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura. (Debe pagar la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura).
- **Si rechazamos su apelación,** estamos diciendo que su fecha prevista del alta era médicamente adecuada. Nuestra cobertura de los servicios hospitalarios para pacientes internados finaliza el día en que dijimos que finalizaría la cobertura.
 - Si permaneció en el hospital *después* de su fecha prevista del alta, entonces **es posible que tenga que pagar el costo total** de la atención hospitalaria que recibió después de la fecha prevista del alta.

Paso 4: si rechazamos su apelación, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

Paso a paso: proceso de apelación de Nivel 2 *alternativa*

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

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

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (*decisiones de cobertura, apelaciones, quejas*)

Paso 1: enviaremos su caso automáticamente a la organización de revisión independiente.

- Estamos obligados a enviar la información para su apelación de Nivel 2 ante la organización de revisión independiente dentro de un plazo de 24 horas a partir del momento en que le informamos que rechazamos su primera apelación. (Si cree que no estamos cumpliendo con este plazo o con otros, puede presentar una queja. La Sección 11 de este capítulo le indica cómo presentar una queja).

Paso 2: la organización de revisión independiente hace una “revisión rápida” de su apelación. Los revisores le darán una respuesta dentro de un plazo de 72 horas.

- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación del alta del hospital.
- **Si esta organización *acepta* su apelación**, debemos reembolsarle la parte que nos corresponde de la atención hospitalaria que recibió desde la fecha prevista del alta. Debemos seguir brindando la cobertura del plan para sus servicios hospitalarios para pacientes internados durante el tiempo que sean médicamente necesarios. Usted deberá seguir pagando la parte que le corresponde de los costos. Si corresponden limitaciones de cobertura, estas podrían limitar cuánto le reembolsaremos o durante cuánto tiempo seguiremos cubriendo sus servicios.
- **Si esta organización *rechaza* su apelación**, significa que están de acuerdo en que la fecha prevista del alta del hospital era médicamente apropiada.
 - El aviso por escrito que recibe de la organización de revisión independiente le indicará cómo iniciar una apelación de Nivel 3, que está a cargo de un juez administrativo o un mediador.

Paso 3: si la organización de revisión independiente rechaza su apelación, puede elegir si desea continuar con su apelación.

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (el total es de cinco niveles de apelación). Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 2, usted decide si desea aceptar su decisión o ir a una apelación de Nivel 3.
- La Sección 10 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (*decisiones de cobertura, apelaciones, quejas*)**SECCIÓN 9 Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto**

Sección 9.1 *Esta sección trata solo acerca de tres servicios: servicios de atención médica a domicilio, en un centro de atención de enfermería especializada y en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF)*

Cuando está recibiendo **servicios de atención médica a domicilio, servicios de atención de enfermería especializada o atención de rehabilitación (centro de rehabilitación integral para pacientes externos)**, tiene derecho a seguir recibiendo sus servicios cubiertos para ese tipo de atención, siempre que la atención sea necesaria para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Cuando decidimos que es hora de dejar de cubrir alguno de los tres tipos de atención, estamos obligados a decírselo por anticipado. Cuando finalice su cobertura para esa atención, *dejaremos de pagar la parte que nos corresponde del costo de su atención.*

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

Sección 9.2 **Le comunicaremos por adelantado cuándo se cancelará su cobertura**

Término Legal

“**Aviso de no cobertura de Medicare**”. Le dice cómo puede solicitar una “**apelación rápida**”. Solicitar una apelación rápida es una forma legal y formal de solicitar un cambio a nuestra decisión de cobertura sobre cuándo dejar de prestar atención médica.

- 1. Recibirá un aviso por escrito** al menos dos días antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención. El aviso dice lo siguiente:
 - La fecha en la que dejamos de cubrir su atención.
 - Cómo solicitar una “apelación rápida” para solicitarnos que sigamos cubriendo su atención durante un período de tiempo más largo.
- 2. Se le pedirá que usted o alguien que actúa en su nombre firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió.** Firmar el aviso *solo* indica que ha recibido la

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (*decisiones de cobertura, apelaciones, quejas*)

información sobre cuándo finalizará su cobertura. **Firmarlo no significa que esté de acuerdo** con la decisión del plan de suspender la atención.

Sección 9.3 Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo

Si desea pedirnos que cubramos su atención durante un período más largo, deberá usar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que debe hacer y los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios para los miembros. O llame al Programa estatal de asistencia sobre seguro médico, una organización del gobierno que ofrece asistencia personalizada.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la mejora de la calidad revisa su apelación. Decide si la fecha de finalización de su atención es médicamente adecuada.

Paso 1: solicite su apelación de Nivel 1: comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad y pida una apelación rápida. Debe actuar rápido.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- En el aviso por escrito que recibió (*Aviso de no cobertura de Medicare*) se le explica cómo puede comunicarse con esta organización. O busque el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la mejora de la calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe rápido:

- Debe comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad para iniciar su apelación **antes del mediodía del día antes de la fecha de entrada en vigencia** que aparece en el Aviso de no cobertura de Medicare.

Su plazo para comunicarse con esta organización.

- Si se vence el plazo para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad sobre su apelación, y todavía desea apelar, puede presentar la apelación directamente a nuestro plan. Para obtener detalles sobre esta otra forma de presentar su apelación, consulte la Sección 9.5 de este capítulo.

Paso 2: la Organización para la mejora de la calidad realiza una revisión independiente de su caso.

Término Legal

“**Explicación detallada de no cobertura**”. Aviso que proporciona detalles sobre las razones para terminar la cobertura.

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (*decisiones de cobertura, apelaciones, quejas*)

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización para la mejora de la calidad (“los revisores”) le preguntarán a usted, o a su representante, por qué cree que debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- La organización de revisión también revisará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que le ha dado nuestro plan.
- Al final del día, los revisores nos informarán sobre su apelación, usted recibirá la **Explicación detallada de no cobertura** donde se explican detalladamente las razones por las cuales queremos finalizar la cobertura de sus servicios.

Paso 3: dentro del plazo de un día completo después de tener toda la información que necesitan, los revisores le comunicarán su decisión.

¿Qué sucede si los revisores aceptan?

- Si los revisores *aceptan* su apelación, entonces **debemos seguir brindándole servicios cubiertos mientras sigan siendo médicamente necesarios.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Es posible que haya limitaciones en sus servicios cubiertos.

¿Qué sucede si los revisores rechazan?

- Si los revisores *rechazan*, entonces **su cobertura finalizará en la fecha que le indicamos.**
- Si decide continuar recibiendo servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) *después* de la fecha en la que termina su cobertura, **deberá pagar el costo total** de esta atención.

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

- Si los revisores *rechazan* su apelación de Nivel 1 y usted decide seguir recibiendo la atención después de que haya finalizado la cobertura de la atención, puede presentar una apelación de Nivel 2.

Sección 9.4**Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo**

Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para la mejora de la calidad que revise de nuevo la decisión de su primera apelación. Si la Organización para la mejora de la

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (*decisiones de cobertura, apelaciones, quejas*)

calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que deba pagar el costo total de los servicios de atención médica a domicilio, de los servicios en un centro de atención de enfermería especializada o de los servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) *después* de la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura.

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

- Debe pedir esta revisión **dentro de un plazo de 60 días** después de que la Organización para la mejora de la calidad *rechaza* su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si siguió recibiendo la atención después de la fecha en la que finalizó su cobertura.

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

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

Paso 3: los revisores decidirán, en un plazo de 14 días después de recibir su solicitud de apelación, sobre su apelación y le informarán su decisión.*¿Qué sucede si la organización de revisión acepta?*

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura. **Debemos seguir brindando cobertura** para su atención durante el tiempo que sea médicamente necesaria.
- Usted debe seguir pagando la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

¿Qué sucede si la organización de revisión la rechaza?

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomamos respecto de su apelación de Nivel 1.
- En el aviso que recibirá, se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Se le darán los detalles para continuar con el siguiente nivel de apelación, que es manejado por un juez administrativo o un mediador.

Paso 4: si la rechaza, tendrá que decidir si quiere continuar con la apelación.

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, lo que representa un total de cinco niveles de apelación. Si desea continuar con una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de su apelación de Nivel 2.

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (*decisiones de cobertura, apelaciones, quejas*)

- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez administrativo o un mediador. La Sección 10 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 9.5 ¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar una apelación de Nivel 1?

Puede presentar una apelación ante nosotros

Como se explica anteriormente, debe actuar rápido para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad y comenzar su primera apelación (en un día o dos, como máximo). Si se vence el plazo para comunicarse con esta organización, hay otra forma de presentar su apelación. Si usa esta otra forma de presentar su apelación, *los primeros dos niveles de apelación son diferentes*.

Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 1 *alternativa*

Término Legal

A la “revisión rápida” (o “apelación rápida”) también se la denomina “**apelación acelerada**”.

Paso 1: comuníquese con nosotros y pídanos una “revisión rápida”.

- **Pida una “revisión rápida”.** Esto significa que nos pide que le demos una respuesta usando los plazos “rápidos” en lugar de los “estándares”. El Capítulo 2 contiene información de contacto.

Paso 2: hacemos una “revisión rápida” de la decisión que tomamos sobre dejar de cubrir sus servicios.

- Durante esta revisión, volvemos a revisar toda la información sobre su caso. Comprobamos si seguimos todas las normas cuando establecimos la fecha para finalizar la cobertura del plan de los servicios que estaba recibiendo.

Paso 3: le comunicaremos nuestra decisión dentro de un plazo de 72 horas después de pedir una “revisión rápida”.

- **Si aceptamos su apelación,** significa que hemos aceptado que necesita esos servicios durante más tiempo y seguiremos brindándole servicios cubiertos mientras sigan siendo médicamente necesarios. También significa que hemos aceptado reembolsarle la parte que nos corresponde de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura. (Debe pagar la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura).
- **Si rechazamos su apelación,** su cobertura finalizará en la fecha que le indicamos y no pagaremos ninguna parte de los costos después de esa fecha.

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (*decisiones de cobertura, apelaciones, quejas*)

- Si continuó recibiendo servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) *después* de la fecha en la que dijimos que terminaría su cobertura, **deberá pagar el costo total** de esta atención.

Paso 4: si rechazamos su apelación rápida, su caso pasará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

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

Paso a paso: proceso de apelación de Nivel 2 *alternativa*

Durante la apelación de Nivel 2, la **organización de revisión independiente** revisa la decisión que tomamos al rechazar su “apelación rápida”. Esta organización determina si la decisión debe ser cambiada. **La organización de revisión independiente es una organización independiente que contrata Medicare.** Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una empresa que elige Medicare para ser la organización de revisión independiente. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: enviamos su caso automáticamente a la organización de revisión independiente.

- Estamos obligados a enviar la información para su apelación de Nivel 2 ante la organización de revisión independiente dentro de un plazo de 24 horas a partir del momento en que le informamos que rechazamos su primera apelación. (Si cree que no estamos cumpliendo con este plazo o con otros, puede presentar una queja. La Sección 11 de este capítulo le indica cómo presentar una queja).

Paso 2: la organización de revisión independiente hace una “revisión rápida” de su apelación. Los revisores le darán una respuesta dentro de un plazo de 72 horas.

- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.
- **Si esta organización acepta su apelación**, entonces debemos reembolsarle la parte que nos corresponde de los costos de la atención que recibió desde la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura. También debemos seguir cubriendo la atención mientras sea médicamente necesaria. Usted deberá seguir pagando la parte que le corresponde de los costos. Si corresponden limitaciones de cobertura, estas podrían limitar cuánto le reembolsaremos o durante cuánto tiempo seguiremos cubriendo sus servicios.
- **Si esta organización rechaza su apelación**, significa que están de acuerdo con la decisión que tomó nuestro plan en su primera apelación y que no la cambiarán.

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (*decisiones de cobertura, apelaciones, quejas*)

- En el aviso que reciba de la organización de revisión independiente, se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con una apelación de Nivel 3.

Paso 3: si la organización de revisión independiente rechaza su apelación, puede elegir si desea continuar con su apelación.

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, lo que representa un total de cinco niveles de apelación. Si desea continuar con una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- Una apelación de Nivel 3 es revisada por un juez administrativo o un mediador. La Sección 10 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 10 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y más allá

Sección 10.1	Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de servicios médicos
---------------------	--

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y Nivel 2, y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico sobre el que ha apelado cumple con ciertos niveles mínimos, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. Si el valor en dólares es inferior al nivel mínimo, no puede seguir apelando. La respuesta por escrito que reciba para su apelación de Nivel 2 explicará cómo pedir una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los tres últimos niveles de apelación funcionan más o menos de la misma manera. La revisión de su apelación la gestionan estas personas en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3 Un juez administrativo o un mediador que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si el juez administrativo o mediador acepta su apelación, el proceso de apelaciones puede concluir o no.** A diferencia de la apelación de Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 favorable para usted. Si decidimos apelar, irá a una apelación de Nivel 4.
 - Si decidimos *no* apelar, debemos autorizar o proporcionarle el servicio en un plazo de 60 días calendario después de recibida la decisión del juez administrativo o mediador.
 - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 con los documentos relacionados. Es posible que esperemos

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (*decisiones de cobertura, apelaciones, quejas*)

la decisión de la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o brindar el servicio en cuestión.

- **Si el juez administrativo o mediador rechaza su apelación, el proceso de apelaciones puede concluir o no.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
 - Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le indicará qué hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4 El Consejo de Apelaciones de Medicare (el Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si su apelación se acepta o si el Consejo rechaza nuestra solicitud de revisar una decisión favorable a una apelación de Nivel 3, el proceso de apelaciones puede concluir o no.** A diferencia de la decisión tomada en el Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 4 favorable para usted. Nosotros decidiremos si será necesario apelar esta decisión en el Nivel 5.
 - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionarle el servicio en un plazo de 60 días calendario después de recibida la decisión del Consejo.
 - Si decidimos apelar la decisión, se lo comunicaremos por escrito.
- **Si la respuesta es negativa o si el Consejo rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones puede concluir o no.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
 - Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, en el aviso que reciba se le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5 y cómo debería continuar con ese proceso.

Apelación de Nivel 5 Un juez del Tribunal Federal de Primera Instancia revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si *aceptar* o *rechazar* su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación tras el Tribunal Federal de Primera Instancia.

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (*decisiones de cobertura, apelaciones, quejas*)

Sección 10.2 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y Nivel 2, y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor del medicamento sobre el que ha apelado cumple con un monto en dólares determinado, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. Si el monto en dólares es menor, no puede seguir apelando. La respuesta escrita que usted reciba para su apelación de Nivel 2 explicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los tres últimos niveles de apelación funcionan más o menos de la misma manera. La revisión de su apelación la gestionan estas personas en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3 Un juez administrativo o un mediador que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si su apelación se acepta, el proceso de apelaciones habrá terminado.** Debemos **autorizar o brindar la cobertura para medicamentos** que fue aprobada por el juez administrativo o mediador **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago, a más tardar, dentro de los 30 días calendario** después de recibir la decisión.
- **Si su apelación se rechaza, el proceso de apelaciones puede concluir o no.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
 - Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le indicará qué hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4 El Consejo de Apelaciones de Medicare (el Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si su apelación se acepta, el proceso de apelaciones habrá terminado.** Debemos **autorizar o brindar la cobertura para medicamentos** que fue aprobada por el Consejo **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago, a más tardar, dentro de los 30 días calendario** después de recibir la decisión.
- **Si su apelación se rechaza, el proceso de apelaciones puede concluir o no.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
 - Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación o rechaza su solicitud para

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (*decisiones de cobertura, apelaciones, quejas*)

revisar la apelación, el aviso le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5. También se le indicará con quién comunicarse y qué hacer a continuación si decide seguir con su apelación.

Apelación de Nivel 5 Un juez del **Tribunal Federal de Primera Instancia** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si *aceptar* o *rechazar* su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación tras el Tribunal Federal de Primera Instancia.

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

Sección 11.1 **¿Qué tipos de problemas se tratan en el proceso de quejas?**

El proceso de quejas se utiliza *solo* para ciertos tipos de problemas. Entre ellos se incluyen los problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el Servicio de atención al cliente. A continuación, encontrará algunos ejemplos de los tipos de problemas que pueden gestionarse a través del proceso de quejas.

Queja	Ejemplo
Calidad de su atención médica	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Está insatisfecho con la calidad de la atención que ha recibido (incluida la atención en el hospital)?
Respeto de su privacidad	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial?
Falta de respeto, mal servicio al cliente u otro comportamiento negativo	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Alguien ha sido descortés o le ha faltado el respeto? • ¿No está satisfecho con nuestros Servicios para los miembros? • ¿Le parece que lo están alentando a dejar nuestro plan?
Tiempos de espera	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Está teniendo problemas para conseguir una cita o tiene que esperar demasiado para conseguirla? • ¿Ha tenido que esperar demasiado a médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud? ¿O ha tenido que esperar demasiado por Servicios para los miembros u otro personal de nuestro plan? <ul style="list-style-type: none"> ○ Entre los ejemplos se incluye esperar demasiado al teléfono, en la sala de espera o de consulta, o cuando le van a dar una receta.

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (*decisiones de cobertura, apelaciones, quejas*)

Queja	Ejemplo
Limpieza	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Está insatisfecho con la limpieza o el estado de una clínica, un hospital o un consultorio de un médico?
Información que obtiene de nosotros	<ul style="list-style-type: none"> • ¿No le dimos un aviso requerido? • ¿Es nuestra información escrita difícil de entender?
Puntualidad (Estos tipos de quejas se relacionan con lo <i>oportuno</i> de nuestras medidas relacionadas con las decisiones de cobertura y las apelaciones)	<p>Si ha pedido una decisión de cobertura o presentado una apelación y le parece que no estamos respondiendo lo suficientemente rápido, puede presentar una queja por nuestra lentitud. Estos son algunos ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ha pedido que le demos una “decisión de cobertura rápida” o una “apelación rápida”, y le hemos dicho que no; puede presentar una queja. • Usted cree que no cumplimos con los plazos para decisiones de cobertura o apelaciones; puede presentar una queja. • Usted cree que no cumplimos con los plazos de cobertura o reembolso de ciertos servicios médicos o medicamentos que fueron aprobados; puede presentar una queja. • Cree que no cumplimos con los plazos requeridos para enviar su caso a la organización de revisión independiente; puede presentar una queja.

Sección 11.2 **Cómo presentar una queja**

Términos legales

- En esta sección, una “**queja**” también se denomina “**reclamo**”.
- Otro término para “**presentar una queja**” es “**interponer un reclamo**”.
- “**Usar el proceso para quejas**” también se denomina “**usar el proceso para interponer un reclamo**”.
- Una “**queja rápida**” también se denomina “**reclamo acelerado**”.

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (*decisiones de cobertura, apelaciones, quejas*)

Sección 11.3 Paso a paso: presentación de una queja**Paso 1: comuníquese con nosotros de inmediato, ya sea por escrito o por teléfono.**

- **Habitualmente, el primer paso consiste en llamar al Servicio de atención al cliente.** Si debe hacer algo más, Servicio de atención al cliente se lo indicará.
- **Si no desea llamar (o si llamó y no quedó satisfecho), puede presentar su queja por escrito y enviárnosla.** Si presentó su queja por escrito, le responderemos por escrito.
- Si rechazamos su solicitud de una decisión rápida o acelerada, o si decidimos tomar una extensión de su solicitud, usted recibirá una notificación que le dará derecho a presentar una queja acelerada. Si se comunica con nosotros para iniciar una queja acelerada, recibirá una respuesta dentro de las 24 horas.

- **Instrucciones para presentar un reclamo**

Al presentar un reclamo por escrito (por correo postal o electrónico), proporcione lo siguiente:

- Nombre
- Domicilio
- Número de teléfono
- Número de identificación de miembro
- A resumen de su queja y cuándo ocurrió.
- Su firma o la firma de su representante autorizado, y la fecha.
 - Si desea que un amigo, familiar, su médico, otro proveedor u otra persona sea su representante, llame al Servicio de atención al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) y solicite el formulario de “Designación de representante”. (El formulario también se encuentra disponible en el sitio web de Medicare en [<https://www.cms.hhs.gov/cmsforms/downloads/cms1696.pdf>] y en nuestro sitio web en www.myzinghealth.com).
 - Este formulario le otorga a esa persona permiso para actuar en su nombre. Debe estar firmado por usted y la persona que usted quiere que actúe en su nombre. Usted debe entregar una copia del formulario firmado.

Reclamos acerca de la atención médica

- Presente un reclamo verbal llamando al Servicio de atención al cliente al 1-866-946-4458
- Envíe un reclamo por escrito a:
Zing Health
Appeals and Grievance Department
PO Box 1222
Chicago, IL 60606-1222

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (*decisiones de cobertura, apelaciones, quejas*)

Fax: 1-844-917-4458

- Envíe un reclamo por correo electrónico a: grievances@myzinghealth.com

Reclamos acerca de los medicamentos recetados de la Parte D

- Presente un reclamo verbal llamando al Servicio de atención al cliente al 1-855-476-6993
 - Envíe un reclamo por escrito a:
Zing Health
Appeals and Grievance Department
PO Box 1222
Chicago, IL 60606-1222
Fax: 1-844-917-4458
 - Envíe un reclamo por correo electrónico a: grievances@myzinghealth.com
- El **plazo** para presentar una queja es de 60 días calendario desde el momento en que tuvo el problema por el que desea presentar la queja.

Paso 2: analizaremos su queja y le daremos una respuesta.

- **De ser posible, le daremos una respuesta de inmediato.** Si nos llama por una queja, tal vez podamos darle una respuesta durante esa misma llamada telefónica.
- **La mayoría de las quejas se responden dentro de los 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora es para su conveniencia o si usted pide más tiempo, podemos demorar hasta 14 días calendario más (44 días calendario en total) en responder a su queja. Si decidimos tomar días adicionales, se lo notificaremos por escrito.
- **Si presenta una queja porque se rechazó su solicitud de una “decisión de cobertura rápida” o una “apelación rápida”, automáticamente le concederemos una “queja rápida”.** Si se le ha concedido una “queja rápida”, quiere decir que le daremos **una respuesta en un plazo de 24 horas.**
- **Si no estamos de acuerdo** con la totalidad o una parte de la queja o si no nos hacemos responsables por el problema del que se está quejando, incluiremos las razones en nuestra respuesta.

Sección 11.4	También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención a la Organización para la mejora de la calidad
---------------------	--

Cuando su queja es sobre la *calidad de la atención*, también tiene dos opciones adicionales:

- **Puede presentar su queja directamente a la Organización para la mejora de la calidad.** La Organización para la mejora de la calidad es un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica a los que el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare. El Capítulo 2 contiene información de contacto.

O bien

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (*decisiones de cobertura, apelaciones, quejas*)

- Puede presentar su queja ante la Organización para la mejora de la calidad y ante nosotros al mismo tiempo.

Sección 11.5 También puede informarle a Medicare acerca de su queja

Puede presentar una queja sobre Zing Dual Complete Plus IN (HMO-POS D-SNP) directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare ingrese en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

PROBLEMAS RELACIONADOS CON SUS BENEFICIOS DE MEDICAID

SECCIÓN 12 Cómo manejar problemas relacionados con sus beneficios de Medicaid

Si necesita asistencia para solicitar autorizaciones de servicios, presentar quejas y apelaciones relacionadas con los servicios de Medicaid Indiana. Comuníquese con el Servicio de atención al cliente al 1-866-946-4458 y le brindaremos asistencia con lo siguiente:

- Asistencia para identificar su plan de atención administrada de Medicaid Indiana o su punto de contacto de pago por servicio.
- Ayuda para comunicarse con la organización.
- Ayuda para obtener documentación de respaldo para su solicitud de autorización de servicio o su apelación.
- Asistencia con la coordinación de sus beneficios y servicios de Medicaid Indiana

CAPÍTULO 10

*Cancelación de su membresía
en el plan*

Capítulo 10. Cancelación de su membresía en el plan

SECCIÓN 1 Introducción a cómo cancelar su membresía en nuestro plan

Cancelar su membresía en Zing Dual Complete Plus IN (HMO-POS D-SNP) puede hacerse de forma **voluntaria** (su elección) o **involuntaria** (cuando no es su elección):

- Es posible que deje nuestro plan porque ha decidido que *quiere* dejarlo. Las Secciones 2 y 3 brindan información sobre cómo cancelar su membresía voluntariamente.
- También hay situaciones limitadas en las que usted no decide irse, pero nos vemos obligados a cancelar su membresía. La Sección 5 describe situaciones en las que podemos cancelar su membresía.

Si está dejando nuestro plan, nuestro plan debe continuar proporcionando su atención médica y medicamentos con receta y seguirá pagando la parte que le corresponde de los costos hasta que finalice su membresía.

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

Sección 2.1 Es posible que pueda cancelar su membresía porque tiene Medicare y Medicaid

La mayoría de las personas con Medicare pueden finalizar su membresía solo durante ciertas épocas del año. Dado que tiene Medicaid, es posible que pueda cancelar su membresía en nuestro plan o cambiar a un plan diferente una vez, durante los siguientes Períodos de inscripción especial:

- De enero a marzo
- De abril a junio
- De julio a septiembre

Si se unió al plan durante uno de esos períodos, deberá esperar al siguiente período para finalizar su membresía o cambiar de plan. No puede usar este Período de inscripción especial para finalizar su membresía en nuestro plan entre octubre y diciembre. Sin embargo, todas las personas con Medicare pueden hacer cambios entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre, durante el Período de inscripción anual. La Sección 2.2 le explica más acerca del Período de inscripción anual.

- Elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes de Medicare:
 - Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos recetados.
 - El plan Original de Medicare *con* un plan separado de medicamentos recetados de Medicare.

Capítulo 10. Cancelación de su membresía en el plan

- Plan Original de Medicare sin un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.
 - Si elige esta opción, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya rechazado la inscripción automática.

Nota: Si cancela su inscripción en un plan de medicamentos recetados de Medicare y no tiene otra cobertura “acreditable” para medicamentos recetados durante un período continuo de 63 días o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D para inscribirse más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.

Comuníquese con su oficina estatal de Medicaid para obtener más información sobre las opciones de su plan de Medicaid (los números de teléfono se encuentran en la Sección 6 del Capítulo 2 de este documento).

- **¿Cuándo se cancelará su membresía?** Generalmente, su membresía finalizará el primer día del mes posterior a que recibamos su solicitud de cambiar de planes. Su inscripción en el nuevo plan también comenzará ese día.

Sección 2.2 Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción anual

Puede cancelar su membresía en nuestro plan durante el Período de inscripción anual (también conocido como el “Período de inscripción abierta anual”). Durante este tiempo, revise su cobertura médica y de medicamentos y decida sobre su cobertura para el siguiente año.

- **El Período de inscripción anual es del 15 de octubre al 7 de diciembre.**
- **Elija mantener su cobertura actual o hacer cambios en su cobertura para el próximo año.** Si decide cambiar a un nuevo plan, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
 - Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos con receta.
 - El plan Original de Medicare *con* un plan separado de medicamentos recetados de Medicare.

O BIEN

 - Plan Original de Medicare *sin* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.
- **Su membresía en nuestro plan finalizará** cuando comience la cobertura de su nuevo plan el 1 de enero.

Si recibe “Ayuda adicional de Medicare para pagar los costos de los medicamentos recetados: Si cambia al plan Original de Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare separado, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya aceptado la inscripción automática.

Capítulo 10. Cancelación de su membresía en el plan

Nota: Si cancela su inscripción en un plan de medicamentos recetados de Medicare y no tiene otra cobertura acreditable para medicamentos recetados por 63 días seguidos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D para inscribirse más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.

Sección 2.3	Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage
--------------------	--

Tiene la oportunidad de hacer *un* cambio en su cobertura médica durante el **Período de inscripción abierta de Medicare Advantage**.

- **El período de inscripción abierta anual de Medicare Advantage** es del 1 de enero al 31 de marzo.
- **Durante el Período de inscripción abierta anual de Medicare Advantage** usted puede realizar lo siguiente:
 - Cambiar a otro plan Medicare Advantage con o sin cobertura de medicamentos con receta.
 - Cancelar su inscripción en nuestro plan y obtener cobertura a través del plan Original de Medicare. Si elige cambiar al plan Original de Medicare en este período, también puede inscribirse en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare en ese momento.
- **Su membresía se cancelará** el primer día del mes después de que se inscriba en un plan Medicare Advantage diferente o que recibamos su solicitud de cambio al plan Original de Medicare. Si también elige 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 cancelar su membresía durante un Período de inscripción especial
--------------------	---

En determinadas situaciones, usted pueden ser elegible para cancelar su membresía en otros momentos del año. Esto se conoce como **Período de inscripción especial**.

Puede ser elegible para cancelar su membresía durante el Período de inscripción especial si alguna de las siguientes situaciones aplica a usted. Estos son solo ejemplos. Para obtener la lista completa, puede comunicarse con el plan, llamar a Medicare o visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov):

- En general, cuando se muda.
- Si tiene Medicaid Indiana.
- Si es elegible para “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos recetados de Medicare.

Capítulo 10. Cancelación de su membresía en el plan

- Si rompemos nuestro contrato con usted.
- Si está recibiendo atención en una institución, como un centro de cuidados o un hospital de atención a largo plazo (Long-Term Care, LTC).

Nota: Si usted está en un programa de manejo de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de plan. En la Sección 10 del Capítulo 5 se le explica más acerca de los programas de manejo de medicamentos.

Nota: En la Sección 2.1 encontrará más información acerca del período de inscripción especial para personas con Medicaid Indiana.

- **Los períodos de tiempo de inscripción varían** según cada caso.
- **Para saber si es elegible para un Período de inscripción especial**, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si es elegible para cancelar su membresía debido a una situación especial, puede elegir cambiar tanto su cobertura de salud como su cobertura para medicamentos con receta de Medicare. Puede elegir entre lo siguiente:
 - Otro plan de salud de Medicare con o sin cobertura de medicamentos con receta.
 - El plan Original de Medicare *con* un plan separado de medicamentos recetados de Medicare.

O BIEN

- El plan Original de Medicare *sin* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.

Nota: si cancela su inscripción en una cobertura de medicamentos con receta de Medicare y no tiene otra cobertura acreditable para medicamentos con receta durante 63 días consecutivos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D para inscribirse más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.

Si usted recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos con receta: si se pasa al plan Original de Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos con receta de Medicare distinto, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar de la inscripción automática.

Por lo general, su membresía finalizará el primer día del mes posterior a que recibamos su solicitud de cambio de plan.

Nota: En las Secciones 2.1 y 2.2 encontrará más información acerca del período de inscripción especial para personas con Medicaid y Ayuda adicional.

Capítulo 10. Cancelación de su membresía en el plan**Sección 2.5 ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía?**

Si tiene alguna pregunta sobre cómo finalizar su membresía, puede hacer lo siguiente:

- **Llame a Servicios para los miembros.**
- Puede encontrar la información en el manual **Medicare & You 2023 (Medicare y Usted 2023)**.
- Comuníquese con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

SECCIÓN 3 ¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan?

La siguiente tabla explica cómo debe cancelar su membresía en nuestro plan.

Si desea cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
Otro plan de salud de Medicare.	<ul style="list-style-type: none"> • Inscribirse en el nuevo plan de salud de Medicare. Su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente. • Automáticamente se anulará su inscripción en Zing Dual Complete Plus IN (HMO-POS D-SNP) cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
El plan Original de Medicare <i>con</i> un plan separado de medicamentos recetados de Medicare.	<ul style="list-style-type: none"> • Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos recetados de Medicare. Su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente. • Automáticamente se anulará su inscripción en Zing Dual Complete Plus IN (HMO-POS D-SNP) cuando comience la cobertura de su nuevo plan.

Capítulo 10. Cancelación de su membresía en el plan

Si desea cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
<p>Plan Original de Medicare <i>sin</i> un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Si cambia al plan Original de Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare separado, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya aceptado la inscripción automática. ○ Si cancela su inscripción en un plan de medicamentos recetados de Medicare y no tiene otra cobertura acreditable para medicamentos recetados durante 63 días consecutivos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía para inscribirse más adelante en un plan de medicamentos de Medicare. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción Comuníquese con el Servicio de atención al cliente, si necesita más información sobre cómo hacerlo. ● También puede comunicarse con Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana, y solicitar la desafiliación. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. ● Se anulará su inscripción en Zing Dual Complete Plus IN (HMO-POS D-SNP) cuando comience la cobertura del plan Original de Medicare.

Nota: Si cancela su inscripción en un plan de medicamentos recetados de Medicare y no tiene otra cobertura acreditable para medicamentos recetados por 63 días seguidos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D para inscribirse más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.

Si tiene preguntas sobre los beneficios de Medicaid Indiana, comuníquese con Medicaid Indiana al 1-800-403-0864, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Solicitar la inscripción en otro plan o regresar al plan Original de Medicare afecta la manera en la que recibe su cobertura de Medicaid Indiana.

Capítulo 10. Cancelación de su membresía en el plan

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

Hasta que finalice su membresía, y comience su nueva cobertura de Medicare y de Medicaid Indiana, debe continuar recibiendo su atención médica y medicamentos con receta a través de nuestro plan.

- **Continúe utilizando los proveedores de nuestra red para recibir atención médica.**
- **Continúe usando las farmacias de nuestra red o pedido por correo para obtener sus medicamentos con receta.**
- **Si está hospitalizado el día que finaliza su membresía, su hospitalización estará cubierta por nuestro plan hasta que le den el alta** (incluso si le dan el alta después de que comience su nueva cobertura médica).

SECCIÓN 5 Zing Dual Complete Plus IN (HMO-POS D-SNP) debe cancelar su membresía en el plan en ciertas situaciones

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos cancelar su membresía en el plan?
--

Zing Dual Complete Plus IN (HMO-POS D-SNP) debe finalizar su membresía en el plan ante cualquiera de las siguientes circunstancias:

- Si ya no tiene la Parte A y la Parte B de Medicare.
- Si ya no reúne los requisitos para Medicaid. Como se indicó en la Sección 2.1 del Capítulo 1, nuestro plan es para personas que son elegibles para Medicare y Medicaid Indiana. Debemos informarle por escrito que cuenta con un período de gracia de seis (6) meses antes de cancelar su inscripción en nuestro plan. La Sección 1.1 del Capítulo 4 explica el período de gracia de seis (6) meses y cómo se podrían ver afectados sus costos en virtud de este plan.
- Si no paga su deducible médico, si corresponde.
- Si se muda fuera del área de servicio.
- Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio durante más de seis meses.
 - Si se muda o realiza un viaje largo, llame al Servicio de atención al cliente para averiguar si el lugar al que se muda o al que viaja está en el área de nuestro plan.
- Si es encarcelado (va a prisión).
- Si ya no es ciudadano de los Estados Unidos o no está legalmente presente en los Estados Unidos.

Capítulo 10. Cancelación de su membresía en el plan

- Si miente o encubre información sobre otro seguro que tenga que le ofrece cobertura para medicamentos recetados.
- Si intencionalmente nos brinda información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
- Si permanentemente se comporta de una forma que es perturbadora y hace que sea difícil que les brindemos atención médica a usted y a otros miembros del plan. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
- Si deja que otra persona use su tarjeta de miembro para obtener atención médica. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
 - Si cancelamos su membresía por esta razón, es posible que Medicare haga que el Inspector general investigue su caso.
- Si no paga las primas del plan durante seis (6) meses.
 - Debemos informarle por escrito que tiene un período de gracia de seis (6) meses para pagar la prima antes de cancelar su membresía.
- Si debe pagar el monto adicional de la Parte D debido a su ingreso y no lo pagó, Medicare le dará de baja de nuestro plan.

¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene alguna pregunta o desea recibir más información sobre cuándo podemos cancelar su membresía llame al Servicio de atención al cliente para obtener más información.

Sección 5.2	<u>No podemos pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud</u>
--------------------	---

Zing Dual Complete Plus IN (HMO-POS D-SNP) no puede pedirle que cancele su inscripción en el plan por ningún motivo relacionado con su salud.

¿Qué debe hacer si sucede esto?

Si le parece que le están pidiendo que deje nuestro plan por un motivo relacionado con la salud, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Puede llamar durante las 24 horas, los 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

Capítulo 10. Cancelación de su membresía en el plan

Sección 5.3 Tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan

Si cancelamos su membresía en nuestro plan, tenemos la obligación de darle por escrito nuestros motivos de dicha cancelación. Además, tenemos que explicarle cómo puede presentar un reclamo o una queja sobre nuestra decisión de cancelar su membresía.

CAPÍTULO 11

Avisos legales

Capítulo 11. Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes vigentes

La ley principal que se aplica a este documento de *Evidencia de cobertura* es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y las normas creadas bajo esta ley por parte de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS). Además, es posible que se apliquen otras leyes federales y, en determinadas circunstancias, las leyes del estado en el que vive. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades incluso si las leyes no están incluidas ni explicadas en este documento.

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación

No discriminamos por cuestiones de raza, origen étnico, nacionalidad, color, religión, sexo, género, edad, orientación sexual, discapacidad física o mental, estado de salud, experiencia en quejas, historial médico, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que ofrecen planes Medicare Advantage, como nuestro plan, deben cumplir con las leyes federales contra la discriminación, incluido el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley del Cuidado de Salud de Bajo Costo, todas las demás leyes que se aplican a las organizaciones que reciben fondos federales y cualquier otra ley o norma que se aplique por cualquier otra razón.

Si desea obtener más información o tiene alguna inquietud en cuanto a discriminación o un trato que no ha sido imparcial, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a la Oficina de Derechos Civiles de su localidad. También puede revisar la información de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos en <https://www.hhs.gov/ocr/index>.

Si usted tiene una discapacidad y necesita ayuda con el acceso a la atención, llámenos al Servicio de atención al cliente. Si usted tiene una queja, como un problema de acceso para sillas de ruedas, Servicio de atención al cliente puede ayudarlo.

Aviso de no discriminación**La discriminación es ilegal.**

Zing Health cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Zing Health no excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Zing Health:

- Brinda asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen efectivamente con nosotros, tales como:
 - Intérpretes calificados en el lenguaje de signos.

Capítulo 11. Avisos legales

- Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Brinda servicios gratuitos de idiomas a personas cuyo idioma principal no es el inglés, como:
 - Intérpretes calificados.
 - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, comuníquese con Servicio al cliente al 1-866-946-4458 (TTY 711).

Si cree que Zing Health no ha brindado estos servicios o ha discriminado de otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante:

Zing Health

Civil Rights Coordinator

225 W. Washington Street, Suite 450

Chicago, Illinois 60606

Teléfono 1-866-946-4458, número TTY 711

Fax: 1-866-946-4458

Correo electrónico: civilrightscordinator@myzinghealth.com

Puede presentar una queja por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, un Coordinador de Derechos Civiles de Zing Health está disponible para ayudarlo.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., Oficina de Derechos Civiles, electrónicamente a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o teléfono a:

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue, SW

Room 509F, HHH Building

Washington, D.C. 20201

1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Los formularios de queja están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Y0149_ZH-MLI-L001-SPA_C

Capítulo 11. Avisos legales

Servicios de interpretación multilingüe

Inglés: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-866-946-4458 (TTY: 711). Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Español: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-866-946-4458 (TTY: 711). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chino Mandarín: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-866-946-4458 (TTY: 711) 我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chino Cantonés: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-866-946-4458 (TTY: 711) 我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-866-946-4458 (TTY: 711) Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

Francés: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-866-946-4458 (TTY: 711). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamita: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-866-946-4458 (TTY: 711). sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

Alemán: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-866-946-4458 (TTY: 711). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Coreano: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-866-946-4458 (TTY: 711). 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Capítulo 11. Avisos legales

Ruso: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-866-946-4458 (TTY: 711). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Árabe: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول . سيقوم شخص ما يتحدث . 1-866-946-4458 (TTY: 711) على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على . بمساعدتك. هذه خدمة مجانية العربية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-866-946-4458 (TTY: 711) पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

Italiano: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-866-946-4458 (TTY: 711). Un nostro incaricato che parla Italiano fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Francés Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-866-946-4458 (TTY: 711). Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polaco: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-866-946-4458 (TTY: 711). Ta usługa jest bezpłatna.

Japonés: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするため に、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-866-946-4458 (TTY: 711) にお電話ください。日本語を話す人 者が支援いたします。これは無料のサービスです。

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

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos por Medicare en los que Medicare no es el pagador principal. Según las regulaciones de los CMS en el Título 42, Secciones 422.108 y 423.462 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR), Zing Dual Complete Plus IN (HMO-POS D-SNP), como una organización Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que los que la Secretaría ejerce conforme a las regulaciones de los CMS en las subpartes B a D de la parte 411 del Título 42 del CFR, y las normas establecidas en esta sección sustituyen cualquier legislación estatal.

SECCIÓN 4 Aviso de Confidencialidad de la Ley HIPAA (Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de los Seguros Médicos)

ESTE AVISO DE PRÁCTICAS DE CONFIDENCIALIDAD (“AVISO”) DESCRIBE DE QUÉ MODOS ZING HEALTH, INC. Y SUS AGENTES AUTORIZADOS (EN CONJUNTO “ZING”, “NOSOTROS” O “NOS”) PUEDEN UTILIZAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED Y CÓMO USTED PUEDE ACCEDER A LA INFORMACIÓN. LEA ESTE DOCUMENTO DETENIDAMENTE.

SU confidencialidad es importante para NOSOTROS.

Valoramos nuestra relación con usted. Respetamos su derecho a la confidencialidad y hacemos todo lo posible para proteger la información que nos es brindada en nombre de nuestros miembros. Pedimos a nuestros empleados que cumplan con nuestras políticas y procedimientos sobre la confidencialidad de los miembros y la difusión de información.

La “Información médica protegida” o “PHI”, por sus siglas en inglés, incluye cualquier información que permite la identificación individual, transmitida o mantenida en cualquier forma o medio, que se relacione con la condición de la salud física o mental pasada, presente o futura de un individuo, o la provisión o el pago de atención médica de un individuo, que sea generada o recibida por un proveedor de atención médica, plan de salud, empleador o centro de intercambio de información en materia de salud y asistencia sanitaria.

Protegemos la confidencialidad de nuestros miembros:

- Restringimos el acceso a la PHI electrónica a través del uso de contraseñas de protección al acceder a los sistemas de información de la compañía.
- No dejamos PHI de los miembros desprotegida o a la vista en las estaciones de trabajo, cuando nuestros empleados no están presentes. Bloqueamos y aseguramos los archivos de los miembros antes de dejar el lugar de trabajo.
- Compartimos la PHI de los miembros con los empleados solo cuando es necesario hacerlo para brindarles servicios.

Sus derechos de información médica personal están protegidos

La Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros Médicos (Ley “HIPAA”, por sus siglas en inglés) es un conjunto de reglamentaciones del gobierno federal para salvaguardar la confidencialidad y la seguridad de su información médica protegida, que establecen determinados derechos con respecto a esa información.

SUS DERECHOS

Usted tiene ciertos derechos respecto de su información médica.

Capítulo 11. Avisos legales

Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarle.

Recibir una copia impresa o electrónica de su historia clínica	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Puede pedirnos ver u obtener una copia de su historia clínica, su registro de reclamaciones y otra información médica que tengamos acerca de usted. Pregúntenos cómo hacerlo. ▪ Les entregaremos una copia o un resumen de su historia clínica y su registro de reclamaciones, por lo general, en un plazo de 30 días después de recibir su solicitud. Podemos cobrarle un cargo razonable, dependiendo del costo.
Pedirnos que corriamos su historia clínica	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Puede pedirnos que corriamos la historia clínica y su registro de reclamaciones sobre usted que considere que son incorrectos o están incompletos. Pregúntenos cómo hacerlo. ▪ Podemos negarnos a su solicitud, pero le indicaremos el motivo por escrito en un plazo de 60 días.
Solicitar comunicaciones confidenciales	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Puede pedirnos que nos comuniquemos con usted de una forma específica (por ejemplo, al teléfono de su domicilio o de su oficina) o enviarle el correo postal a una dirección diferente. ▪ Tendremos en cuenta todas las solicitudes razonables y debemos aceptarlas si usted nos dice que estaría en riesgo si no lo hacemos.
Pedirnos que limitemos lo que usamos o compartimos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Puede pedirnos que no usemos o compartamos determinada información médica para los tratamientos, pagos u operaciones. ▪ No tenemos la obligación de aceptar su solicitud y podemos negarnos, si eso podría afectar su atención médica.
Recibir una lista de aquellos con quienes hemos compartido información	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Puede pedirnos una lista (un recuento) de las veces que hemos compartido su información médica durante los seis años anteriores a la fecha de su pedido, con quiénes la compartimos y por qué. ▪ Incluiremos todas las divulgaciones, excepto por aquellas sobre tratamiento, pago y operaciones de atención médica, así como otras divulgaciones determinadas (como cualquiera que usted nos haya pedido que hagamos). Entregaremos un recuento gratuito por año, pero, si nos pide otro en un plazo de 12 meses, le cobraremos un cargo razonable, según el costo.
Recibir una copia de este Aviso	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Puede pedir una copia en papel de este Aviso en cualquier momento, incluso si ha aceptado recibir el Aviso de forma electrónica. Le entregaremos una copia en papel de inmediato.
Elegir a alguien que actúe en su nombre	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Si le ha dado a alguien poder notarial médico o si alguien es su tutor legal, puede ejercer sus derechos y hacer elecciones respecto de su información médica. ▪ Nos aseguraremos de que esa persona tenga la autoridad y pueda actuar en su nombre antes de realizar cualquier acción.

Capítulo 11. Avisos legales

<p>Presentar una queja, si considera que se han violado sus derechos</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Si considera que sus derechos han sido violados, puede presentar una queja enviando una carta a Zing Health Inc. At.: Privacy Officer, 225 W. Washington Street, Suite 450, Chicago IL. 60606, llamando al 1-844-919-4458 o visitando www.MyComplianceReport.com. Ingrese la identificación de acceso: ZHC. ▪ Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos enviando una carta a [U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights,] 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, por teléfono, al 1-877-696-6775 o visitando el sitio web www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/. ▪ No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.
---	--

Sus opciones**Para cierta información médica, puede indicarnos sus opciones sobre lo que compartimos.**

Si tiene una preferencia clara de cómo desea que compartamos su información en las situaciones que se describen a continuación, avísenos. Díganos lo que desea que hagamos y seguiremos sus instrucciones.

En estos casos, tiene el derecho y la opción de decirnos lo siguiente:

- Compartir información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas con su cuidado.
- Compartir información en una situación de ayuda humanitaria ante catástrofes.
- Comunicarse con usted para actividades de recaudación de fondos.

Si no es capaz de decirnos sus preferencias, por ejemplo, si está inconsciente, podríamos compartir su información de todos modos, si consideramos que es lo mejor para usted. También podríamos compartir su información si necesitamos aliviar una amenaza a la salud o la seguridad grave o inminente.

En estos casos, nunca compartiremos su información a menos que usted nos de su autorización por escrito:

- Para fines de comercialización.
- Venta de su información.

Nuestros usos y divulgaciones de su información médica protegida

Por lo general, usamos y compartimos su PHI de las siguientes formas:

- Para brindarle tratamiento.

Capítulo 11. Avisos legales

- Podemos usar su PHI y compartirla con otros profesionales que le están brindando tratamiento.
- Para la operación de nuestra organización.
 - Podemos usar y compartir su PHI para nuestras operaciones, para mejorar su atención médica y para comunicarnos con usted, cuando sea necesario.
 - No tenemos permitido usar información genética para decidir si le brindaremos cobertura ni determinar el precio de dicha cobertura.
- Para el pago de sus servicios de atención médica.
 - Podemos usar y divulgar su información médica al pagar sus servicios médicos.

¿De qué otras formas podemos usar y divulgar su información médica protegida?

Tenemos el permiso o la obligación de compartir su información de otras formas, por lo general, de maneras que puedan contribuir al bien público, tales como salud pública e investigación. Estas formas se enumeran a continuación:

- Ayudar con cuestiones de salud pública y seguridad.

Podemos compartir información médica sobre usted para determinadas situaciones, como las siguientes:

- Prevenir enfermedades.
 - Ayudar con retiradas del mercado de productos.
 - Informar reacciones adversas a medicamentos.
 - Informar sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica.
 - Evitar o reducir una amenaza grave a la salud o la seguridad de alguna persona.
- Llevar a cabo investigación.
 - Podemos usar o compartir su información para investigaciones médicas.
 - Acatar la ley.

Compartiremos información sobre usted si las leyes estatales o federales lo exigen, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos, si este organismo quiere comprobar que cumplimos la ley federal de confidencialidad.

- Responder a solicitudes de donación de órganos y tejidos y trabajar con médicos forenses o responsables de casas de pompas fúnebres.
 - Podemos compartir información médica sobre usted con organizaciones de obtención de órganos.
 - Podemos compartir información médica con forenses, médicos forenses o responsables de casas de pompas fúnebres, cuando una persona fallece.
- Atender indemnizaciones por accidentes laborales, aplicación de la ley y otras solicitudes gubernamentales.

Capítulo 11. Avisos legales

Podemos usar o compartir información médica sobre usted:

- Para indemnizaciones por accidentes laborales.
- Con fines de aplicación de la ley o con agentes de la ley.
- Con los organismos de control de la salud para actividades autorizadas por la ley.
- Para funciones gubernamentales especiales, como los servicios militares, de seguridad nacional y de protección presidencial.

- Responder demandas y acciones legales.

Podemos compartir información médica sobre usted en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación.

No usaremos ni divulgaremos su información médica protegida por ningún motivo no especificado en este Aviso sin su autorización por escrito. La autorización por escrito que recibamos específicamente identificará el propósito particular de uso o divulgación, la información a usar o divulgar, las personas que recibirán la información y el período de validez de la autorización. Si nos da su autorización por escrito, puede revocarla en cualquier momento, en cuyo caso, ya no usaremos ni divulgaremos su información médica protegida para este fin, excepto en la medida en que ya hayamos actuado de acuerdo con su autorización. No tiene la obligación de firmar un formulario de autorización y no le negaremos servicios médicos si se niega a hacerlo.

Nuestras responsabilidades

- Tenemos la obligación de mantener la confidencialidad y la seguridad de su información médica protegida.
- Le informaremos de inmediato si se produce una violación que haya comprometido la confidencialidad o la seguridad de su PHI no protegida.
- Debemos cumplir con las obligaciones y prácticas de confidencialidad descritas en este Aviso y darle una copia.
- No usaremos ni compartiremos su PHI de otro modo que no sea el descrito en este documento, a menos que nos pida por escrito que lo hagamos. Si nos da su autorización, puede cambiar de idea en cualquier momento. Si cambia de idea, avísenos por escrito.

Para obtener más información, visite

www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html

Cambios a los términos de este Aviso

Podemos modificar los términos de este Aviso; los cambios se aplicarán a toda la PHI que tengamos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible a pedido, en nuestro sitio web y le enviaremos una copia por correo postal.

Información de contacto

Capítulo 11. Avisos legales

Si tiene preguntas sobre sus derechos respecto de la protección y confidencialidad de su PHI, comuníquese con el Departamento de Servicios de atención al cliente de Zing Health al 1-866-946-4458.

Si tiene preguntas específicas sobre este Aviso de confidencialidad de la Ley HIPAA de Zing, comuníquese con:

HIPAA Privacy Officer
Zing Health
225 W. Washington Steet, Suite 450
Chicago, IL 60606

Correo electrónico: privacy@myzinghealth.com

CAPÍTULO 12

Definiciones de palabras importantes

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

Administrador de beneficios de medicamentos recetados: organización de medicamentos recetados independiente responsable por el procesamiento y el pago de las reclamaciones de medicamentos recetados, el desarrollo y el mantenimiento de la lista de medicamentos cubiertos (Formulario) y de negociar descuentos y reembolsos con los fabricantes de medicamentos.

Apelación: una apelación es un recurso que usted presenta si no está de acuerdo con la decisión de denegarle una solicitud de servicios de atención médica o medicamentos recetados o pagos por servicios o medicamentos que ya recibió. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con una decisión de interrumpir los servicios que está recibiendo.

Área de servicio: un área geográfica donde usted debe vivir para unirse a un plan de salud en particular. Para los planes que limitan qué médicos y hospitales puede utilizar, también es, generalmente, el área donde puede obtener servicios de rutina (no emergencias). El plan debe cancelar su inscripción si se muda fuera del área de servicio del plan de manera permanente.

Atención de emergencia: servicios cubiertos que: 1) brinda un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia; y 2) son necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una afección de emergencia.

Autorización previa: autorización por adelantado para obtener servicios o ciertos medicamentos. En la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4, se indican los servicios cubiertos que necesitan autorización previa. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el formulario.

Auxiliar de atención de la salud a domicilio: una persona que brinda servicios que no necesitan las habilidades de enfermeros o terapeutas certificados, como ayudar con la atención personal (por ejemplo, bañarse, usar el baño, vestirse o realizar ejercicios prescritos).

Ayuda adicional: un programa de Medicare o de un Estado que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos recetados de Medicare, como las primas, los deducibles y el coseguro.

Cancelar o cancelación de la inscripción: el proceso de cancelación de su membresía en nuestro plan.

Cargo máximo: lo máximo que un proveedor puede cobrar por un servicio.

Centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF): servicios de atención de enfermería especializada o rehabilitación especializada brindados todos los días en un centro de atención de enfermería especializada. Ejemplos de atención incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo pueden ser aplicadas por un enfermero matriculado o un médico.

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF): un centro que brinda principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión como fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios de patología del habla y el lenguaje y servicios de evaluación del entorno en el hogar.

Centro quirúrgico ambulatorio: un centro quirúrgico ambulatorio es una entidad que funciona exclusivamente con el propósito de brindar servicios quirúrgicos ambulatorios a pacientes que no requieren hospitalización y que esperan no pasar más de 24 horas en el centro asistencial.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS): es la agencia federal que administra Medicare.

Cobertura acreditable para medicamentos recetados: cobertura para medicamentos recetados (por ejemplo, de un empleador o un sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura para medicamentos recetados estándar de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura, cuando pasan a ser elegibles para Medicare, pueden normalmente mantener esa cobertura sin pagar una multa si deciden inscribirse más tarde en un plan de cobertura para medicamentos recetados de Medicare.

Cobertura para medicamentos recetados de Medicare (Parte D de Medicare): seguro que lo ayuda a pagar los medicamentos recetados para pacientes ambulatorios, las vacunas, los productos biológicos y algunos suministros que no cubren la Parte A o la Parte B de Medicare.

Copago: un monto que es posible que deba pagar como su parte del costo del servicio o el suministro médico, como una consulta con el médico, una consulta hospitalaria como paciente ambulatorio o un medicamento recetado. Un copago es, generalmente, un monto establecido (por ejemplo, \$10) más que un porcentaje.

Coseguro: una cantidad que se le puede solicitar que pague, expresado como porcentaje (por ejemplo, 20 %) como su parte del costo de los servicios o medicamentos con receta.

Costo compartido: se refiere a los montos que un miembro tiene que pagar cuando obtiene servicios o medicamentos. El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) cualquier monto deducible que puede imponer un plan antes de cubrir los servicios o medicamentos; (2) cualquier monto fijo de “copago” que un plan exige cuando se recibe un medicamento o servicio específico; o (3) cualquier monto de “coseguro”, un porcentaje del monto total pagado por un servicio o medicamento, que un plan exige cuando se recibe un medicamento o servicio específico.

Costo compartido diario: es posible que se aplique un “costo compartido diario” cuando su médico le receta un suministro de determinados medicamentos para menos de un mes completo y usted debe pagar un copago. El costo compartido diario es el copago dividido por la cantidad de días de un suministro para un mes. A continuación, le presentamos un ejemplo: si su copago para un suministro de un medicamento para un mes es de \$30, y un suministro para un mes en su plan tiene 30 días, su “costo compartido diario” es de \$1 por día.

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

Costo de suministro: un honorario que se cobra cada vez que un medicamento cubierto se entrega para pagar el costo de surtir un medicamento recetado, como el tiempo que le insume al farmacéutico preparar y envolver el medicamento recetado.

Costos que paga de su bolsillo: consulte la definición de “costo compartido”. El requisito de costo compartido de un miembro para pagar una parte de los servicios o medicamentos recibidos también se conoce como el requisito de costo que un miembro “paga de su bolsillo”.

Cuidado asistencial: el cuidado asistencial es la atención personal brindada en un centro de cuidados, hospicio u otro centro cuando usted no necesita atención médica o de enfermería especializada. El cuidado asistencial brindado personas que no tienen habilidades ni preparación profesional incluye la ayuda con actividades cotidianas como bañarse, vestirse, alimentarse, acostarse y levantarse de la cama o de la silla, desplazarse y utilizar el baño. Puede incluir el tipo de atención relacionada con la salud que la mayoría de las personas realizan por sí mismas, como usar gotas para los ojos. Medicare no paga el cuidado asistencial.

Deducible: es el monto que debe pagar por los medicamentos recetados o por la atención médica antes de que nuestro plan pague.

Determinación de cobertura: una decisión para determinar si un medicamento que le recetaron está cubierto por el plan y el monto, si lo hubiera, que deberá pagar por el medicamento recetado. En general, si usted lleva su receta a la farmacia y allí le indican que el medicamento recetado no está cubierto por su plan, eso no es una determinación de cobertura. Deberá llamar o escribir a su plan para pedir una decisión de cobertura formal. Las determinaciones de cobertura también se llaman “decisiones de cobertura” en este documento.

Determinación de la organización: una decisión que toma nuestro plan sobre si los servicios o artículos están cubiertos o sobre cuánto le corresponde pagar a usted por servicios o artículos cubiertos. Las determinaciones de la organización se denominan “decisiones de cobertura” en este documento.

Dispositivos ortésicos y protésicos: dispositivos médicos que incluyen, entre otros, dispositivos ortopédicos para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o una función interna del cuerpo, como suministros para ostomía y terapia nutricional enteral y parenteral.

Emergencia: una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente, con un conocimiento normal sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren de atención médica inmediata para evitar que pierda la vida (y, si está embarazada, la pérdida del feto), pérdida de una extremidad o la función de una extremidad, o la pérdida o deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección que se agrava rápidamente.

Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME): ciertos equipos médicos indicados por su médico por razones médicas. Los ejemplos incluyen andadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, bombas de infusión

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

intravenosa, dispositivos para la generación del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital recetadas por un proveedor para usar en el hogar.

Etapa de cobertura en situaciones catastróficas: es la etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D en la que paga un copago o coseguro bajo por sus medicamentos después de que usted o alguna persona calificada en su nombre haya gastado \$7,400 en medicamentos cubiertos durante el año de cobertura.

Etapa de cobertura inicial: esta es la etapa antes de que sus costos totales por sus medicamentos, incluidos los montos que ha pagado y lo que su plan ha pagado en su nombre para el año alcancen \$4,660.

Evidencia de cobertura (Evidence of Coverage, EOC) y Divulgación de información: en este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro documento adjunto, cláusula adicional u otra cobertura opcional seleccionada, se explica su cobertura, lo que debemos hacer nosotros, sus derechos y lo que debe hacer usted como miembro de nuestro plan.

Excepción: un tipo de decisión de cobertura que, si se aprueba, le permite recibir un medicamento que no está en nuestro Formulario (una excepción al Formulario) o un medicamento no preferido a un nivel más bajo de costo compartido (una excepción de nivel). También puede solicitar una excepción si nuestro lo obliga a probar otro medicamento antes de recibir el medicamento que está solicitando, o si el plan limita la cantidad o dosis del medicamento que está solicitando (una excepción al Formulario).

Facturación de saldos: cuando un proveedor (un médico o el hospital) factura al paciente más que el monto del costo compartido permitido del plan. Como miembro de Zing Dual Complete Plus IN (HMO-POS D-SNP), solo tiene que pagar los montos del costo compartido del plan cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores le “facturen el saldo” o cobren, de otra manera, más que el monto del costo compartido que su plan indica que debe pagar.

Farmacia de la red: farmacia que tiene un contrato con nuestro plan por el que los miembros de nuestro plan pueden recibir los beneficios de medicamentos con receta. En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta están cubiertos solo si se obtienen en una de nuestras farmacias de la red.

Farmacia fuera de la red: una farmacia que no ha celebrado un contrato con el plan para coordinar o proporcionar los medicamentos cubiertos a los miembros del plan. La mayoría de los medicamentos que obtenga en las farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que se apliquen ciertas condiciones.

Hospicio: un beneficio que otorga un trato especial a un miembro que ha sido certificado médicamente como enfermo terminal, lo que significa tener una expectativa de vida de 6 meses o menos. Nosotros, su plan, debemos proporcionarle una lista de hospicios en su área geográfica. Si opta por un hospicio y continúa pagando las primas, sigue siendo miembro de nuestro plan.

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

Todavía podrá obtener todos los servicios médicamente necesarios, así como los beneficios complementarios que ofrecemos.

Hospitalización: es cuando usted ha sido ingresado formalmente al hospital para recibir servicios médicos especializados. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un “paciente ambulatorio”.

Importe permitido: el importe en dólares que el plan considera como pago total. Incluye cualquier cantidad pagada por el plan, así como cualquier costo compartido pagado por el miembro (como copagos y coseguros). El importe permitido suele ser una tarifa con descuento y no los gastos reales facturados por el proveedor.

Indicación médicamente aceptada: un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o avalado por ciertos libros de referencia.

Ingreso complementario administrado por el Seguro Social (Supplemental Security Income, SSI): es un beneficio mensual que paga el Seguro Social a las personas con ingresos y recursos limitados, y que son discapacitadas, están ciegas o tienen 65 años o más. Los beneficios del SSI no son iguales que los beneficios del Seguro Social.

Límite de cobertura inicial: el límite máximo de cobertura en la Etapa de cobertura inicial.

Límites de cantidad: una herramienta de gestión diseñada para limitar el uso de medicamentos seleccionados por motivos de calidad, seguridad o utilización. Los límites también pueden ser en la cantidad de medicamento que cubrimos por receta o durante un período definido.

Lista de medicamentos cubiertos (Formulario o “Lista de medicamentos”): una lista de medicamentos recetados cubiertos por el plan.

Medicaid (o asistencia médica): un programa conjunto estatal y federal, que ayuda a solventar costos médicos de ciertas personas con bajos ingresos y recursos limitados. Los programas de Medicaid varían, pero cubren la mayoría de los costos de atención médica si usted califica para Medicare y Medicaid.

Médicamente necesario: significa que los medicamentos, servicios o suministros son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.

Medicamento de marca: medicamento recetado fabricado y vendido por la compañía farmacéutica que originariamente investigó y desarrolló dicho medicamento. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de ingrediente activo que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otros fabricantes de medicamentos y, normalmente, no están disponibles hasta que haya vencido la patente del medicamento con nombre de marca.

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

Medicamento genérico: un medicamento recetado que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA), dado que se considera que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Un medicamento “genérico” tiene el mismo efecto que un medicamento de marca, pero, por lo general, es más económico.

Medicamentos cubiertos: es el término que se utiliza para referirse a todos los medicamentos recetados que cubre el plan.

Medicamentos de la Parte D: son los medicamentos que pueden estar cubiertos por la Parte D. Podemos ofrecer todos los medicamentos de la Parte D o no. Ciertas categorías de medicamentos han sido excluidas de la cobertura de la Parte D por el Congreso. Cada plan debe cubrir ciertas categorías de medicamentos de la Parte D.

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

Monto máximo que paga de su bolsillo: el monto máximo que paga de su bolsillo durante el año calendario para los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. Los montos que paga por su prima del plan, las primas de la Parte A y de la Parte B de Medicare y los medicamentos recetados no se tienen en cuenta en el monto máximo que paga de su bolsillo. (**Nota:** Debido a que nuestros miembros también reciben asistencia de Medicaid, muy pocos alcanzan alguna vez esta cantidad máxima de gastos directos de bolsillo).

Miembro (miembro de nuestro plan o “miembro del plan”): una persona con Medicare elegible para recibir servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS).

Monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso (IRMAA): si su ingreso bruto ajustado modificado, según se informó en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años, está por encima de cierto monto, pagará el monto estándar de la prima y un monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso, también conocido como IRMAA. El IRMAA es un cargo adicional que se agrega a su prima. Menos del 5 % de las personas con Medicare se encuentran afectadas, por lo que la mayoría de las personas no pagarán una prima más alta.

Multa por inscripción tardía de la Parte D: un monto que se suma a su prima mensual por la cobertura para medicamentos de Medicare si no tiene una cobertura acreditable (una cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare) durante un período continuo de 63 días o más después de ser elegible para inscribirse en un plan de la Parte D por primera vez. Si pierde la Ayuda adicional, es posible que esté sujeto a la multa por inscripción tardía si pasa 63 días consecutivos o más sin otra cobertura acreditable para medicamentos recetados o sin la Parte D.

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

Nivel de costo compartido: cada medicamento de la lista de medicamentos cubiertos está en uno de los cinco (5) niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor sea el nivel de costo compartido, mayor será el costo del medicamento que le corresponderá pagar.

Organización para la mejora de la calidad (Quality Improvement Organization, QIO): un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica a los que el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare.

Parte C: consulte “Plan Medicare Advantage (MA)”.

Parte D: es el Programa voluntario de beneficios de medicamentos recetados de Medicare.

Período de beneficios: la manera en que nuestro plan y el plan Original de Medicare miden su uso de los servicios de los hospitales y el centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF). El período de beneficios comienza el día en que usted va a un hospital o centro de atención de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza cuando no haya recibido servicios de atención hospitalaria para pacientes internados (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si ingresa en el hospital o en el centro de atención de enfermería especializada después de que un período de beneficios haya terminado, comenzará un período de beneficios nuevo. No hay límite en cuanto a la cantidad de períodos de beneficios.

Período de inscripción abierta de Medicare Advantage: el período de tiempo desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo para que los miembros de un plan Medicare Advantage puedan cancelar sus inscripciones en el plan y cambiarse a otro plan Medicare Advantage, u obtener cobertura a través del plan Original de Medicare. Si elige cambiar al plan Original de Medicare en este período, también puede inscribirse en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare en ese momento. El Período de inscripción abierta de Medicare Advantage también está disponible durante un período de 3 meses después de que una persona es elegible para Medicare por primera vez.

Período de inscripción inicial: el tiempo en el que puede inscribirse en la Parte A y la Parte B de Medicare, cuando es elegible para recibir Medicare. Si es elegible para Medicare cuando cumpla 65 años, el período de inscripción inicial es el período de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que cumple 65 años, incluye el mes en que cumple 65 años y termina 3 meses después del mes en que cumple 65 años.

Persona con elegibilidad doble: una persona que reúne los requisitos para la cobertura de Medicare y de Medicaid.

Plan de necesidades especiales: un tipo especial de plan Medicare Advantage que proporciona una atención médica más específica para determinados grupos de personas, como aquellas que poseen Medicare y Medicaid, que viven en centros de cuidados o que tienen ciertas afecciones médicas crónicas.

Plan de necesidades especiales (Special Needs Plan, SNP) institucional: un plan en el que se pueden inscribir las personas elegibles que residan, o que se espera que residan, de forma

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

permanente durante 90 días o más en un centro de atención a largo plazo (LTC). Estos centros pueden incluir un centro de atención de enfermería especializada (SNF), un centro de enfermería (NF), (SNF/NF), un centro de atención intermedia para personas con discapacidades intelectuales (ICF/IID), un centro psiquiátrico para pacientes hospitalizados y/o centros aprobados por CMS que proporciona servicios de atención médica a largo plazo similares que están cubiertos por la Parte A de Medicare, la Parte B de Medicare o Medicaid; y cuyos residentes tienen necesidades y estado de atención de la salud similares a los de los otros tipos de establecimientos mencionados. Un plan institucional de necesidades especiales debe tener un acuerdo contractual con los centros de LTC (o poseer y operar dichos centros).

Plan de necesidades especiales (Special Needs Plan, SNP) institucional equivalente: un plan en el que se pueden inscribir las personas elegibles que viven en la comunidad, pero que requieren de un nivel de atención institucional según la evaluación del estado. La evaluación debe realizarse mediante el uso de la misma herramienta de evaluación de nivel de atención del estado correspondiente y debe estar administrada por una entidad que no sea la organización que ofrece el plan. Este tipo de plan de necesidades especiales puede restringir la inscripción de personas que viven en una residencia de vivienda asistida (Assisted Living Facility, ALF) contratada, si fuera necesario, para garantizar que se brinde atención especializada uniforme.

Plan de necesidades especiales de atención crónica: los C-SNP son SNP que restringen la inscripción a personas con necesidades especiales con condiciones crónicas graves o incapacitantes específicas, definidas en el título 42 del CFR 422.2. Un C-SNP debe tener atributos específicos que van más allá de la provisión de servicios básicos de las Partes A y B de Medicare y la coordinación de la atención que se requiere de todos los Planes de Atención Coordinada de Medicare Advantage, para recibir la designación especial y las adaptaciones de mercadeo e inscripción proporcionadas a C- SNP.

Plan de salud de Medicare: un plan de salud de Medicare que ofrece una empresa privada que tiene un contrato con Medicare para brindar los beneficios de la Parte A y la Parte B a personas con Medicare que se inscriben en el plan. Incluye todos los planes Medicare Advantage, los planes Medicare Cost, planes de necesidades especiales, los Programas piloto/demostraciones y los Programas de atención integral para las personas de edad avanzada (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE).

Planes de necesidades especiales de doble elegibilidad (D-SNP): los D-SNP inscriben a personas que tienen derecho tanto a Medicare (título XVIII de la Ley del Seguro Social) como a asistencia médica de un plan estatal bajo Medicaid (título XIX). Los estados cubren algunos costos de Medicare, según el estado y la elegibilidad de la persona.

Plan de una Organización de proveedores preferidos (Preferred Provider Organization, PPO): un plan de una Organización de proveedores preferidos es un plan Medicare Advantage que tiene una red de proveedores contratados que han acordado tratar a los miembros por un monto de pago específico. Un plan de PPO debe cubrir todos los beneficios del plan, independientemente de si los brindan proveedores dentro o fuera de la red. El costo compartido del miembro será generalmente superior cuando recibe los beneficios del plan de parte de proveedores fuera de la red. Los planes de PPO tienen un límite anual de los costos que paga de

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

su bolsillo para los servicios recibidos de proveedores (preferidos) de la red y un límite más alto en los costos que paga de su bolsillo por servicios de proveedores tanto dentro de la red (preferidos) como fuera de la red (no preferidos).

Plan Medicare Advantage (MA): a veces llamado Parte C de Medicare. Es un plan ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindarle todos sus beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare. Un plan Medicare Advantage puede ser una i) Organización para el mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organization, HMO), una ii) Organización de proveedores preferidos (Preferred Provider Organization, PPO), un iii) Plan privado de pago por servicio (Private Fee-for-Service, PFFS) o un iv) plan de Cuenta de ahorro para gastos médicos de Medicare (Medicare Medical Savings Account, MSA). Además de elegir entre estos tipos de planes, un plan Medicare Advantage HMO o PPO también puede ser un Plan de Necesidades Especiales (SNP). En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D de Medicare (cobertura de medicamentos con receta). Estos planes se llaman **planes Medicare Advantage con cobertura para medicamentos con receta**.

Plan Original de Medicare (“Medicare tradicional” o plan Medicare con “pago por servicio”): el plan Original de Medicare es ofrecido por el gobierno y no por planes de salud privados, como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos recetados. En el plan Original de Medicare, los servicios de Medicare se cubren pagándoles a los médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica los montos de pago establecidos por el Congreso. Usted puede consultar con cualquier médico, hospital o proveedor de atención médica que acepte Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga lo que le corresponde de la cantidad aprobada por Medicare, y usted paga lo que le corresponde a usted. El plan Original de Medicare tiene dos partes: la Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico), y está disponible en todas partes en los Estados Unidos.

Póliza “Medigap” (seguro complementario de Medicare): el seguro complementario de Medicare vendido por una compañía de seguros privada para cubrir los “períodos de carencia de cobertura” del plan Original de Medicare. Las pólizas Medigap solo funcionan con el plan Original de Medicare. (Un plan Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

Prima: el pago periódico a Medicare, a una empresa de seguros o a un plan de salud para una cobertura de salud o de medicamentos recetados.

Programa de descuentos para el período de carencia de cobertura de Medicare: un programa que les brinda descuentos para la mayoría de los medicamentos de marca cubiertos de la Parte D a los miembros de la Parte D que hayan alcanzado la Etapa del período de carencia de cobertura y que aún no estén recibiendo “Ayuda adicional”. Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y ciertos fabricantes de medicamentos.

Proveedor de atención primaria (Primary Care Physician/Provider, PCP): el médico u otro proveedor a quien usted consulta primero para la mayoría de los problemas de salud. En muchos planes de salud de Medicare, usted debe consultar con su proveedor de atención primaria antes de consultar con otro proveedor de atención médica.

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red: un proveedor o centro con el que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar ni ofrecer servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no están empleados, ni son propiedad ni los opera nuestro plan.

Queja: el nombre formal para “presentar una queja” es “interponer un reclamo”. El proceso de quejas se utiliza solo para ciertos tipos de problemas. Entre ellos se incluyen los problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. También incluye quejas si su plan no sigue los períodos de tiempo en el proceso de apelación.

Servicios cubiertos: es el término que usamos para incluir todos los suministros y servicios de atención médica cubiertos por nuestro plan.

Servicios cubiertos por Medicare: servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare, deben cubrir todos los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. El término Servicios cubiertos por Medicare no incluye los beneficios adicionales, como servicios de la vista, dentales o auditivos, que puede ofrecer un plan de Medicare Advantage.

Servicio de atención al cliente: un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder sus preguntas sobre su membresía y sus beneficios, sus reclamos y sus apelaciones.

Servicios de rehabilitación: estos servicios incluyen fisioterapia, terapia del habla y del lenguaje, y terapia ocupacional.

Servicios de urgencia: servicios cubiertos que no son servicios de emergencia, proporcionados cuando los proveedores de la red no están disponibles temporalmente o no se puede acceder a ellos o cuando el afiliado está fuera del área de servicio. Por ejemplo, necesita atención inmediata durante el fin de semana. Los servicios deben ser inmediatamente necesarios y médicamente necesarios.

Subsidio por bajos ingresos (Low Income Subsidy, LIS): consulte “Ayuda adicional”.

Tratamiento escalonado: herramienta de utilización que exige que primero intente tratar su afección con otro medicamento antes de que cubramos el medicamento que le recetó el médico en primer lugar.

Servicio de atención al cliente de Zing Health

Método	Servicio de atención al cliente: información de contacto
LLAME AL	1-866-946-4458 Las llamadas a este número son gratuitas. Puede llamarnos de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., todos los días de la semana (excepto por el Día de Acción de Gracias y Navidad), del 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre (después del horario comercial, los fines de semana y los días festivos federales, se utilizan otras tecnologías, como el mensaje de vos). Servicio de atención al cliente también ofrece un servicio gratuito de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Puede llamarnos de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., todos los días de la semana (excepto por el Día de Acción de Gracias y Navidad), del 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre (después del horario comercial, los fines de semana y los días festivos federales, se utilizan otras tecnologías, como el mensaje de vos).
FAX	1-866-946-4458
ESCRIBA A	Zing Health 225 W. Washington St., Suite 450 Chicago, IL 60606
SITIO WEB	www.myzinghealth.com

Programa de asistencia sobre salud para personas mayores (SHIP)

El Programa de asistencia sobre salud para personas mayores (SHIP) es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros médicos, a nivel local y de forma gratuita, a las personas que tienen Medicare. La información de contacto del programa SHIP de Illinois se encuentra en el “Anexo A”, al final de este documento.

Declaración sobre divulgación de la Ley de Reducción de Papel (PRA). De acuerdo con la Ley de Reducción de Papel (Paperwork Reduction Act, PRA) de 1995, ninguna persona debe responder a una recopilación de información a menos que presente un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (Office of Management and Budget, OMB). El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escribanos a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850

Anexo A

Programa de asistencia sobre salud para personas mayores (SHIP)

ILLINOIS	Programa de asistencia sobre salud para personas mayores (SHIP)
LLAME AL	1-800-252-8966
TTY	711 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
ESCRIBA A	Illinois Department on Aging One Natural Resources Way, #100 Springfield, IL 62702-1271 Correo electrónico: AGING.SHIP@illinois.gov
SITIO WEB	www.illinois.gov/aging/SHIP

INDIANA	Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (SHIP)
LLAME AL	1-800-452-4800
TTY	1-866-846-0139 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
ESCRIBA A	311 W. Washington Street, Ste 300 Indianapolis IN 46204-2787
SITIO WEB	http://www.in.gov/idoi/2508.htm

MICHIGAN	Programa de Asistencia de Medicare/Medicaid (MMAP)
LLAME AL	1-800-803-7174
ESCRIBA A	MMAP 6105 W St Joseph Hwy #204 Lansing, MI 48917
SITIO WEB	http://mmapinc.org/

Organización para la Mejora de la Calidad de la Atención Centrada en el Beneficiario y la Familia (BFCC-QIO)

Proporciona información y asistencia a los proveedores, pacientes y familias en relación con las quejas de los beneficiarios, las apelaciones al alta y la defensa inmediata.

ILLINOIS	Livanta – Organización para la mejora de la calidad de Illinois
LLAME AL	1-888-524-9900
TTY	1-888-985-8775 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
ESCRIBA A	Livanta LLC BFCC-QIO 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701-1105
SITIO WEB	https://www.livantaqio.com/en/states/illinois

INDIANA	Livanta – Organización para la mejora de la calidad de Indiana
LLAME AL	1-888-524-9900
TTY	1-888-985-8775 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
ESCRIBA A	Livanta LLC BFCC-QIO 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701-1105
SITIO WEB	https://www.livantaqio.com/en/states/indiana

MICHIGAN	Livanta – Organización para la mejora de la calidad de Michigan
LLAME AL	1-888-524-9900
TTY	1-888-985-8775 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
ESCRIBA A	Livanta LLC BFCC-QIO 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701-1105
SITIO WEB	https://www.livantaqio.com/en/states/michigan

Medicaid

ILLINOIS	Departamento de Servicios Médicos y Familiares de Illinois
LLAME AL	1-800-843-6154 De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
TTY	1-800-447-6404 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
ESCRIBA A	100 S. Grand Avenue East Springfield, IL 62762
SITIO WEB	http://www2.illinois.gov/hfs

ILLINOIS	Programa del Defensor del pueblo de atención en el hogar de Illinois – Información de contacto
LLAME AL	1-800-252-8966
TTY	711
ESCRIBA A	Aging.HCOProgram@illinois.gov
SITIO WEB	Illinois Department of Aging - Home Care Ombudsman Program

ILLINOIS	Programa del Defensor del pueblo de atención a largo plazo de Illinois – Información de contacto
LLAME AL	1-800-252-8966
TTY	711
ESCRIBA A	Para ubicar su Programa del Defensor del pueblo de la atención a largo plazo local haga clic en este enlace: Regional List of Long-Term Care Ombudsman Program Offices
CORREO ELECTRÓNICO	Aging.SLTCOProgram@illinois.gov
SITIO WEB	https://www2.illinois.gov/aging/programs/LTCOmbudsman/Pages/default.aspx

INDIANA	Medicaid Indiana
LLAME AL	1-800-403-0864 De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 4:30 p. m.
ESCRIBA A	402 W. Washington Street Indianapolis IN 46204
SITIO WEB	https://www.in.gov/medicaid/

INDIANA	Programa del Defensor del pueblo de Indiana – Información de contacto
LLAME AL	1-800-622-4484
SITIO WEB	https://www.in.gov/ombudsman

INDIANA	Programa del Defensor del pueblo de atención a largo plazo de Indiana – Información de contacto
LLAME AL	1-800-622-4484 o 1-317-232-7134
FAX	1-317-972-3285
ESCRIBA A	Office of the Long-Term Care Ombudsman PO Box 7083, MS 27 Indianapolis, IN 46207-7083
CORREO ELECTRÓNICO	LongTermCareOmbudsman@ombudsman.IN.gov
SITIO WEB	https://www.in.gov/ombudsman/long-term-care-ombudsman

MICHIGAN	Departamento de Servicios Médicos y Familiares de Michigan
LLAME AL	1-888-367-6557 De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m.
TTY	1-800-649-3777 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
ESCRIBA A	Capital View Building 201 Townsend Street Lansing, MI 48913
SITIO WEB	https://www.michigan.gov/mdhhs/assistance-programs/medicaid

MICHIGAN	Programa del Defensor del pueblo de atención a largo plazo de Michigan – Información de contacto
LLAME AL	1-866-485-9393 o 1-517-827-8040
FAX	1-517-574-5301
ESCRIBA A	State LTC Ombudsman 15851 S. US 27, Suite 73 Lansing, MI 48906
CORREO ELECTRÓNICO	MLTCOP@meji.org
SITIO WEB	https://mltcop.org/

Programa estatal de asistencia farmacéutica (SPAP)

INDIANA	Hoosier Rx
LLAME AL	1-866-267-4679 De lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 3:00 p. m.
TTY	1-800-447-6404 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
ESCRIBA A	402 W. Washington Street Indianapolis, IN 46204
SITIO WEB	http://IN.gov/HoosierRX .

Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP)

ILLINOIS	Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP) de Illinois
LLAME AL	1-217-782-4977 800-825-3518 800-243-2437 De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
ESCRIBA A	Illinois Department of Public Health 525 W. Jefferson Street, 1st Floor Springfield, IL 62761 DPH.ClientServices@illinois.gov
SITIO WEB	https://iladap.providecm.net/

INDIANA	Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP) de Indiana
LLAME AL	1-866-588-4948 De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 4:30 p. m.
ESCRIBA A	Indiana State Department of Health, HIV/STD Viral Hepatitis Division 2 N Meridian St Suite 6C Indianapolis, IN 46204
SITIO WEB	https://www.in.gov/health/hiv-std-viral-hepatitis/hiv-services/hiv-services-program/

MICHIGAN	Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (MIDAP) de Michigan
LLAME AL	1-888-826-6565 De lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 6:00 p. m.
ESCRIBA A	109 Michigan Avenue, 9th Floor Lansing, MI 48913
SITIO WEB	https://www.michigan.gov/mdhhs/keep-mi-healthy/chronicdiseases/hivsti/michigan-drug-assistance-program/michigan-drug-assistance-program