1 de enero – 31 de diciembre de 2027

Evidencia de Cobertura para 2027:

Sus beneficios y servicios de salud de Medicare y su cobertura de medicamentos como miembro de Champion Plus (HMO C-SNP).

Este documento detalla su cobertura médica y de medicamentos de Medicare del 1 de enero al 31 de diciembre de 2027. **Es un documento legal importante. Consérvelo en un lugar seguro.**

Este documento explica sus beneficios y derechos. Úselo para comprender:

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

Si tiene preguntas sobre este documento, llame a Servicios para Miembros al 1-800-885-8000 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711). El horario es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad), y de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. Esta llamada es gratuita.

Este plan, Champion Plus (HMO C-SNP), es ofrecido por Champion Health Plan of California, Inc. (que opera como "Champion Health Plan"). (Cuando esta *Evidencia de Cobertura* menciona "nosotros", "nos" o "nuestro", se refiere a Champion Health Plan of California, Inc. (que opera como "Champion Health Plan"). Cuando menciona "plan" o "nuestro plan", se refiere a Champion Plus (HMO C-SNP)).

Este documento está disponible de forma gratuita en español. La información está disponible en otros formatos, como braille, letra grande y cintas de audio. Si necesita información del plan en otro formato, llame a Servicios para Miembros al número indicado anteriormente.

Nuestro plan ofrece servicios de asistencia lingüística y ayudas y servicios auxiliares gratuitos. Consulte el Capítulo 11, Sección 5 de esta Evidencia de Cobertura para obtener más información.

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

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

Índice

CAPÍTULO 1: Comience como miembro 5

SECCIÓN 2 Requisitos de elegibilidad del plan 6
SECCIÓN 3 Qué esperar cuando se une por primera vez a nuestro plan 7
SECCIÓN 4 Materiales importantes para miembros 8
SECCIÓN 5 Resumen de costos importantes para 2027 11
SECCIÓN 6 Más información sobre su prima mensual del plan 18
SECCIÓN 7 Mantenga actualizado su registro de membresía del plan 19
SECCIÓN 8 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan 20

CAPÍTULO 2: Números de teléfono y recursos 22

SECCIÓN 1 Contactos de Champion Plus (HMO C-SNP) 22
SECCIÓN 2 Obtenga ayuda de Medicare 25
SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (SHIP) 26
SECCIÓN 4 Organización para la mejora de la calidad (QIO) 27
SECCIÓN 5 Seguro Social 28
SECCIÓN 6 Medicaid 28
SECCIÓN 7 Programas para ayudar a las personas a pagar los medicamentos recetados 29
SECCIÓN 8 Junta de Jubilación del Ferrocarril (RRB) 33
SECCIÓN 9 Si tiene un seguro grupal u otro seguro de salud de un empleador 34

CAPÍTULO 3: Cómo utilizar nuestro plan para sus servicios médicos 35

SECCIÓN 1 Cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan 35
SECCIÓN 2 Utilice proveedores de la red de nuestro plan para obtener atención médica 37
SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios en caso de emergencia, desastre o necesidad urgente de atención 41
SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si se le factura directamente el costo total de los servicios cubiertos? 44
SECCIÓN 5 Servicios médicos en un estudio de investigación clínica 45
SECCIÓN 6 Normas para recibir atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica 47
SECCIÓN 7 Normas de propiedad de equipos médicos duraderos 48

CAPÍTULO 4: Cuadro de Beneficios Médicos (qué cubre y qué paga) 51

SECCIÓN 1 Entender sus costos de bolsillo por los servicios cubiertos 51
SECCIÓN 2 El Cuadro de Beneficios Médicos muestra sus beneficios y costos médicos 54
SECCIÓN 3 Servicios que no están cubiertos por nuestro plan (exclusiones)..... 97

CAPÍTULO 5: Cómo usar la cobertura del plan para los medicamentos de la Parte D.... 100

SECCIÓN 1 Reglas básicas para la cobertura de la Parte D de nuestro plan 100
SECCIÓN 2 Surta sus recetas en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo de nuestro plan 101
SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar en la Lista de Medicamentos de nuestro plan 104
SECCIÓN 4 Medicamentos con restricciones de cobertura 107
SECCIÓN 5 Qué puede hacer si uno de sus medicamentos no está cubierto como le gustaría 108
SECCIÓN 6 Nuestra Lista de Medicamentos puede cambiar durante el año 111
SECCIÓN 7 Tipos de medicamentos que no cubrimos 114
SECCIÓN 8 Cómo surtir una receta 116
SECCIÓN 9 Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales 116
SECCIÓN 10 Programas sobre seguridad de medicamentos y gestión de medicamentos 118

CAPÍTULO 6: Lo que usted paga por los medicamentos de la Parte D..... 121

SECCIÓN 1 Lo que paga por los medicamentos de la Parte D..... 121
SECCIÓN 2 Etapas de pago de medicamentos para los miembros de Champion Plus (HMO C-SNP) 124
SECCIÓN 3 Su Explicación de Beneficios (EOB) de la Parte D explica en qué etapa de pago se encuentra 124
SECCIÓN 4 La Etapa del Deducible 126
SECCIÓN 5 La Etapa de Cobertura Inicial 126
SECCIÓN 6 La etapa de cobertura catastrófica 132
SECCIÓN 7 Lo que paga por las vacunas de la Parte D 132

CAPÍTULO 7: Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura por servicios médicos o medicamentos cubiertos 136

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe solicitarnos que paguemos nuestra parte por servicios o medicamentos cubiertos..... 136

SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos que le reembolsemos o paguemos una factura que recibió 139
SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y diremos sí o no..... 140

CAPÍTULO 8: Sus derechos y responsabilidades 141

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales..... 141
SECCIÓN 2 Sus responsabilidades como miembro de nuestro plan 147

CAPÍTULO 9: Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas) 149

SECCIÓN 1 Qué hacer si tiene un problema o una inquietud..... 149
SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y ayuda personalizada..... 150
SECCIÓN 3 Qué proceso utilizar para su problema 150
SECCIÓN 4 Una guía para decisiones de cobertura y apelaciones 151
SECCIÓN 5 Atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación..... 155
SECCIÓN 6 Medicamentos de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación 164
SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos que cubramos una estadía hospitalaria más prolongada si cree que le están dando el alta demasiado pronto..... 177
SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si cree que su cobertura está terminando demasiado pronto 182
SECCIÓN 9 Llevando su apelación a los niveles 3, 4 y 5..... 187
SECCIÓN 10 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes..... 190

CAPÍTULO 10: Fin de la membresía en nuestro plan..... 195

SECCIÓN 1 Finalización de su membresía en nuestro plan..... 195
SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede finalizar su membresía en nuestro plan?..... 195
SECCIÓN 3 Cómo finalizar su membresía en nuestro plan 199
SECCIÓN 4 Hasta que finalice su membresía, debe seguir recibiendo sus artículos médicos, servicios y medicamentos a través de nuestro plan..... 199
SECCIÓN 5 Champion Plus (HMO C-SNP) debe cancelar su membresía en el plan en ciertas situaciones 200

CAPÍTULO 11: Avisos legales 202

SECCIÓN 1 Aviso sobre la ley aplicable 202
SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación 202
SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare 203
SECCIÓN 4 Aviso de Privacidad de HIPAA..... 203

CAPÍTULO 12: Definiciones..... 210

CAPÍTULO 1:
Comience como miembro

Sección 1.1 Usted está inscrito en Champion Plus (HMO C-SNP), que es un plan Medicare Advantage especializado (plan de necesidades especiales)

Está cubierto por Medicare y eligió obtener su cobertura de salud y medicamentos de Medicare a través de Champion Plus (HMO C-SNP).

Champion Plus (HMO C-SNP) es un plan Medicare Advantage HMO (HMO significa Organización para el Mantenimiento de la Salud) aprobado por Medicare y administrado por una empresa privada.

Champion Plus (HMO C-SNP) es un plan Medicare Advantage especializado (un plan de necesidades especiales de Medicare), lo que significa que sus beneficios están diseñados para personas con necesidades especiales de atención médica. Champion Plus (HMO C-SNP) está diseñado para brindar beneficios de salud adicionales que ayudan específicamente a las personas que tienen una afección crónica e incapacitante de salud mental, incluidos los trastornos bipolares, los trastornos depresivos mayores, el trastorno paranoide, la esquizofrenia y el trastorno esquizoafectivo.

Nuestro plan incluye proveedores que se especializan en el tratamiento de una afección crónica e incapacitante de salud mental, incluidos los trastornos bipolares, los trastornos depresivos mayores, el trastorno paranoide, la esquizofrenia y el trastorno esquizoafectivo. También incluye programas de salud diseñados para atender las necesidades especializadas de las personas con estas afecciones. Además, nuestro plan cubre medicamentos recetados para tratar la mayoría de las afecciones médicas, incluidos los medicamentos que generalmente se usan para tratar una afección crónica e incapacitante de salud mental, incluidos los trastornos bipolares, los trastornos depresivos mayores, el trastorno paranoide, la esquizofrenia y el trastorno esquizoafectivo. Como miembro de nuestro plan, usted recibe beneficios adaptados especialmente a su afección y toda su atención se coordina a través de nuestro plan.

Sección 1.2 Información legal sobre la *Evidencia de Cobertura*

Esta *Evidencia de Cobertura* forma parte de nuestro contrato con usted sobre cómo Champion Plus (HMO C-SNP) cubre su atención médica. Otras partes de este contrato

incluyen su formulario de inscripción, la *Lista de Medicamentos Cubiertos* (formulario) y cualquier notificación que reciba de nosotros sobre cambios en su cobertura o condiciones que la afecten. Estas notificaciones a veces se denominan *cláusulas adicionales* o *enmiendas*.

El contrato está vigente durante los meses en que usted esté inscrito en Champion Plus (HMO C-SNP) entre el 1 de enero de 2027 y el 31 de diciembre de 2027.

Medicare nos permite realizar cambios en los planes que ofrecemos cada año calendario. Esto significa que podemos modificar los costos y beneficios de Champion Plus (HMO C-SNP) después del 31 de diciembre de 2027. También podemos optar por dejar de ofrecer nuestro plan en su área de servicio después del 31 de diciembre de 2027.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar Champion Plus (HMO C-SNP) cada año. Usted puede seguir recibiendo cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan siempre que decidamos seguir ofreciendo nuestro plan y Medicare renueve la aprobación de nuestro plan.

SECCIÓN 2 Requisitos de elegibilidad del plan

Sección 2.1 Requisitos de elegibilidad

Usted es elegible para ser miembro de nuestro plan siempre que cumpla con todas estas condiciones:

- Tiene tanto la Parte A de Medicare como la Parte B de Medicare.
- Usted reside en nuestra área geográfica de servicio (descrita en la Sección 2.2). Las personas encarceladas no se consideran residentes en el área geográfica de servicio, incluso si se encuentran físicamente en ella.
- Es ciudadano o nacional de los Estados Unidos, o un no ciudadano elegible.
- Cumple 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 específicas de personas con ciertas afecciones médicas. Para ser elegible para nuestro plan, usted debe tener una afección crónica e incapacitante de salud mental, incluidos los trastornos bipolares, los trastornos depresivos mayores, el trastorno paranoide, la esquizofrenia y el trastorno esquizoafectivo.

Nota: Si pierde su elegibilidad para nuestro plan, pero se esperaba razonablemente que la recuperara en un plazo de 6 meses, usted sigue siendo elegible para ser miembro. En el Capítulo 4, Sección 2.1, se le informa sobre la cobertura y el costo compartido durante un período de elegibilidad que se considera continuado.

Sección 2.2 Área de servicio del plan para Champion Plus (HMO C-SNP)

Champion Plus (HMO C-SNP) solo está disponible para quienes residen en el área de servicio de nuestro plan. Para seguir siendo miembro de nuestro plan, usted debe seguir residiendo en nuestra área de servicio. El área de servicio se describe a continuación.

Nuestra área de servicio incluye estos condados en California: Fresno, Imperial, Kern, Los Ángeles, Madera, Orange, Riverside, San Bernardino y San Diego.

Si se muda fuera del área de servicio de nuestro plan, no puede seguir siendo miembro de este plan. Llame a Servicios para Miembros al 1-800-885-8000 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) para consultar si tenemos un plan en su nueva área. Al mudarse, tendrá un Período de Inscripción Especial para cambiarse a Medicare Original o inscribirse en un plan de salud o medicamentos de Medicare en su nueva ubicación.

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

Sección 2.3 Ciudadano o nacional de los EE. UU., o no ciudadano elegible

Usted debe ser ciudadano o nacional de los EE. UU., o un no ciudadano elegible, para ser miembro de un plan de salud de Medicare. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificará a Champion Plus (HMO C-SNP) si usted no es elegible para seguir siendo miembro de nuestro plan por este motivo. Champion Plus (HMO C-SNP) debe cancelar su inscripción si usted no cumple con este requisito.

SECCIÓN 3 Qué esperar cuando se une por primera vez a nuestro plan

Sección 3.1 Evaluación de riesgos de salud

Cuando se une por primera vez a nuestro plan, usted recibe una evaluación de riesgos de salud (HRA) dentro de los 90 días antes o después de la fecha de entrada en vigor de su inscripción.

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

Nos comunicaremos con usted para completar la HRA. La HRA se puede completar mediante una visita en persona, una llamada telefónica, por correo o en línea a través de nuestro portal para miembros. Le enviaremos más información sobre esta HRA. Luego, nos comunicaremos con usted una vez al año para cualquier actualización, a fin de determinar si sus necesidades han cambiado.

Sección 3.2 Equipo de atención y plan de atención

Un equipo de atención puede ayudarle a seguir recibiendo la atención que necesita. Un equipo de atención puede incluir a su médico, un coordinador de atención, los especialistas que usted consulta u otros profesionales de la salud que usted elija.

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

Su plan de atención incluye:

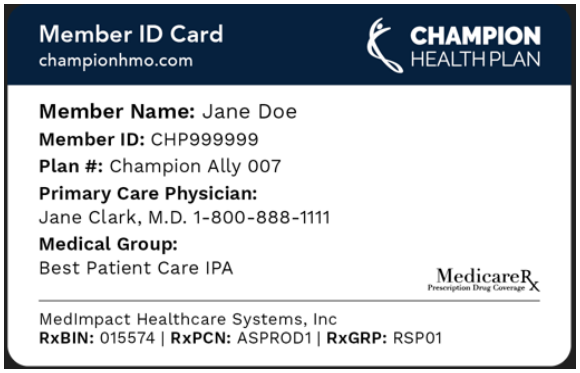
- sus metas de atención médica según las prioridades que usted establezca,
- intervenciones del plan de atención que apoyan sus metas y
- un cronograma para obtener los servicios que necesita.

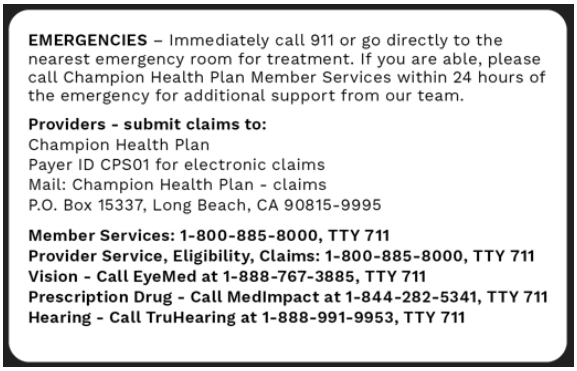
Su equipo de atención se reúne con usted después de su HRA. Le preguntan sobre los servicios que necesita. También le informan sobre servicios que tal vez desee considerar obtener. Su equipo de atención trabaja con usted para actualizar su plan de atención al menos una vez al año o según sea necesario si hay algún cambio en su estado de salud.

SECCIÓN 4 Materiales importantes para miembros

Sección 4.1 Nuestra tarjeta de membresía del plan

Use su tarjeta de membresía siempre que reciba servicios cubiertos por nuestro plan y para los medicamentos recetados que obtenga en farmacias de la red. También debería mostrarle al proveedor su tarjeta de Medicaid, si tiene una. Ejemplo de la tarjeta de membresía del plan:





NO use su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para servicios médicos cubiertos mientras sea miembro de este plan. Si usa su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de membresía de Champion Plus (HMO C-SNP), es posible que tenga que pagar usted mismo el costo total de los servicios médicos. Guarde su tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Es posible que se le pida que la muestre si necesita servicios hospitalarios o servicios de hospicio, o si participa en estudios de investigación clínica aprobados por Medicare (también llamados ensayos clínicos).

Si su tarjeta de membresía del plan se daña, se pierde o es robada, llame a Servicios para Miembros al 1-800-885-8000 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) de inmediato y le enviaremos una nueva tarjeta.

Sección 4.2 Directorio de Proveedores

El *Directorio de Proveedores* (https://championhmo.com/provider-directories) enumera nuestros proveedores de red actuales. **Proveedores de red** son los médicos y otros profesionales de la salud, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y cualquier costo compartido del plan como pago total.

Usted debe usar proveedores de la red para obtener su atención y sus servicios médicos. Si acude a otro proveedor sin la debida autorización, deberá pagar el costo total. Las únicas excepciones son las emergencias, la atención de urgencia necesaria cuando la red no está disponible (es decir, situaciones en las que no es razonable o no es posible obtener servicios dentro de la red), los servicios de diálisis fuera del área y los casos en que Champion Plus (HMO C-SNP) autoriza el uso de proveedores fuera de la red.

Obtenga la lista más actualizada de proveedores en nuestro sitio web en www.ChampionHMO.com.

Si no tiene un *Directorio de Proveedores*, puede solicitar una copia (en formato electrónico o impreso) a Servicios para Miembros llamando al 1-800-885-8000 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711). Los *Directorios de Proveedores* impresos que solicite se le enviarán por correo en un plazo de 3 días hábiles.

Sección 4.3 Directorio de Farmacias

El *Directorio de Farmacias* (https://championhmo.com/provider-directories) incluye una lista de las farmacias de nuestra red. Las **farmacias de la red** son farmacias que se comprometen a surtir las recetas médicas cubiertas para los miembros de nuestro plan. Utilice el *Directorio de Farmacias* para encontrar la farmacia de la red que desea utilizar. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5, para obtener información sobre cuándo puede utilizar farmacias que no pertenecen a la red de nuestro plan.

Si no tiene un *Directorio de Farmacias*, puede solicitar una copia a Servicios para Miembros llamando al 1-800-885-8000 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711). También puede encontrar esta información en nuestro sitio web www.ChampionHMO.com.

Sección 4.4 Lista de Medicamentos (formulario)

Nuestro plan tiene una *Lista de Medicamentos Cubiertos* (también llamada Lista de Medicamentos o formulario). En ella se indica qué medicamentos recetados están cubiertos por el beneficio de la Parte D incluido en Champion Plus (HMO C-SNP). Los medicamentos de esta lista los selecciona nuestro plan, con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La Lista de Medicamentos cumple con todos los requisitos de Medicare. Los medicamentos incluidos en el Programa de Negociación de Precios de Medicamentos de Medicare se incluirán en su Lista de Medicamentos, a menos que se hayan eliminado o reemplazado según se describe en el Capítulo 5, Sección 6. Medicare aprobó la Lista de Medicamentos de Champion Plus (HMO C-SNP).

La Lista de Medicamentos también indica si hay alguna regla que restrinja la cobertura de un medicamento.

Le proporcionaremos una copia de la Lista de Medicamentos. Para obtener la información más completa y actualizada sobre los medicamentos cubiertos, visite https://championhmo.com/part-d-prescribed-drugs-coverage/ o llame a Servicios para Miembros al 1-800-885-8000 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711).

SECCIÓN 5 Resumen de costos importantes para 2027

	Sus costos en 2027
Prima del plan mensual* *Su prima puede ser superior o inferior a este importe. Consulte la Sección 4.1 para obtener más información.	**$7.30**
Deducible	**$283, excepto la insulina suministrada a través de un artículo de equipo médico duradero.** **Este es el monto de costo compartido de 2026 y puede cambiar en 2027. Champion Plus (HMO C-SNP) proporcionará las tarifas actualizadas tan pronto como se publiquen.**
Monto máximo de desembolso personal Esto es lo máximo que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte el Capítulo 4, Sección 1 para obtener más detalles).	**$9,850.00**
Visitas al consultorio de atención primaria	**Copago de $0 por visita**
Visitas al consultorio de especialistas	**20% del costo total por visita**

	Sus costos en 2027
Estancias hospitalarias para pacientes internados Incluye diversas internaciones hospitalarias, como rehabilitación de atención aguda y atención a largo plazo. Una internación hospitalaria comienza el día en que se le admite formalmente con una orden del médico y termina el día anterior a que se le dé de alta.	**Deducible de $1,736 por período de beneficios** **Copago de $0 por los días 1 – 60** **Copago de $434 por día por los días 61 – 90** **Copago de $868 por día por cada día de reserva de por vida (hasta 60 días durante su vida)** **100% de todos los costos posteriores a los días de reserva de por vida** **Estos son montos de costo compartido de 2026 y pueden cambiar en 2027. Champion Plus (HMO C-SNP) proporcionará las tarifas actualizadas tan pronto como se publiquen.**
Cobertura de medicamentos de la Parte D (Consulte el Capítulo 6 para obtener más detalles, incluido el deducible anual, la cobertura inicial y las etapas de cobertura catastrófica).	**Deducible de la cobertura de medicamentos de la Parte D** **$700** **excepto los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos. Se aplica a los medicamentos de los niveles 3, 4 y 5.** **Copago/Coseguro durante la Etapa de Cobertura Inicial:** **Medicamentos de nivel 1: copago de $0**

	Sus costos en 2027
	Medicamentos de nivel 2: copago de $0 **Medicamentos de nivel 3: 25% del costo total** **Usted no paga más de $35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto de este nivel.** **Medicamentos de nivel 4: 25% del costo total** **Usted no paga más de $35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto de este nivel.** **Medicamentos de nivel 5: 25% del costo total** **Usted no paga más de $35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto de este nivel.** **Medicamentos de nivel 6: copago de $0** **Etapa de Cobertura Catastrófica:** **Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por los medicamentos**

	Sus costos en 2027
	cubiertos de la Parte D ni por los medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado.

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

- Prima del plan (Sección 5.1)
- Prima mensual de la Parte B de Medicare (Sección 5.2)
- Multa por inscripción tardía en la Parte D (Sección 5.3)
- Monto ajustado mensual relacionado con los ingresos (Sección 5.4)
- Monto del Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare (Sección 5.5)

Sección 5.1 Prima del plan

Como miembro de nuestro plan, usted paga una prima mensual del plan. Para 2027, la prima mensual del plan de Champion Plus (HMO C-SNP) es de $7.30.

En algunas situaciones, su prima del plan podría ser menor

Existen programas para ayudar a las personas con recursos limitados a pagar sus medicamentos. Estos incluyen la Ayuda Adicional y los Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica. Obtenga más información sobre este programa en el Capítulo 2, Sección 7. Si califica, inscribirse en este programa podría reducir su prima mensual del plan.

Si ya recibe ayuda de este programa, es posible que la información sobre las primas de esta Evidencia de Cobertura no se aplique a usted. Le enviamos un documento aparte, llamado Cláusula adicional de la Evidencia de Cobertura para personas que reciben Ayuda Adicional para pagar medicamentos recetados (también conocida como Cláusula adicional del Subsidio por Bajos Ingresos o Cláusula LIS), que le informa sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene esta cláusula adicional, llame a Servicios para Miembros al 1-800-885-8000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicite la Cláusula LIS.

Las primas de las Partes B y D de Medicare son diferentes para las personas con ingresos diferentes. Si tiene preguntas sobre estas primas, consulte su copia del manual Medicare Y Usted 2027, en la sección llamada Costos de Medicare 2027. Descargue una copia del sitio

web de Medicare (Medicare.gov/medicare-and-you) o solicite una copia impresa por teléfono al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 5.2 Prima mensual de la Parte B de Medicare

A muchos miembros se les exige pagar otras primas de Medicare

Además de pagar la prima mensual del plan, usted debe continuar pagando sus primas de Medicare para seguir siendo miembro de nuestro plan. Esto incluye su prima para la Parte B. También puede pagar una prima por la Parte A si no es elegible para la Parte A sin prima.

Sección 5.3 Multa por inscripción tardía en la Parte D

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 se debe pagar por la cobertura de la Parte D si, en cualquier momento después de que terminó su período de inscripción inicial, hubo un período de 63 días o más seguidos en el que usted no tuvo la Parte D ni otra cobertura acreditable de medicamentos. La cobertura acreditable de medicamentos es una cobertura que cumple con los estándares mínimos de Medicare, ya que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos de Medicare. El costo de la multa por inscripción tardía depende de cuánto tiempo estuvo sin la Parte D ni otra cobertura acreditable de medicamentos. Por lo general, tendrá que pagar esta multa mientras tenga cobertura de la Parte D.

La multa por inscripción tardía de la Parte D se suma a su prima mensual. Cuando se inscribe por primera vez en Champion Plus (HMO C-SNP), le informamos el monto de la multa.

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

- Recibe Ayuda Adicional de Medicare para ayudarle a pagar los costos de sus medicamentos.
- Estuvo menos de 63 días seguidos sin la Parte D ni otra cobertura acreditable.
- Tenía una cobertura de medicamentos válida a través de otra fuente (como un empleador anterior, un sindicato, TRICARE o la Administración de Salud de Veteranos (VA)). Su aseguradora o departamento de recursos humanos le informará cada año si su cobertura de medicamentos es válida. Puede recibir esta información en una carta o en un boletín informativo de ese plan. Conserve esta información, ya que podría necesitarla si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

- **Nota:** Cualquier carta o notificación debe indicar que usted tenía una cobertura de medicamentos recetados acreditable que se espera que pague tanto como lo paga el plan de medicamentos estándar de Medicare.
- **Nota:** Las tarjetas de descuento para medicamentos recetados, las clínicas gratuitas y los sitios web de descuento en medicamentos no son cobertura acreditable para medicamentos recetados.

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

- Si estuvo 63 días o más sin la Parte D u otra cobertura válida para medicamentos recetados después de ser elegible para inscribirse por primera vez en la Parte D, nuestro plan contabilizará los meses completos que no tuvo cobertura.
- Luego, Medicare determina el monto de la prima mensual promedio para los planes de medicamentos de Medicare en el país del año anterior (prima base nacional por beneficiario). Para 2027, esta prima promedio es de $41.33.
- Para calcular su multa mensual, Medicare multiplica la cantidad de meses sin cobertura (porcentaje de la multa) por el 1% de la prima base nacional del beneficiario y luego redondea ese monto a los 10 centavos más cercanos. Por ejemplo, si pasa 14 meses sin la Parte D ni otra cobertura acreditable, la multa será el 14% multiplicado por $41.33, lo que equivale a $5.79. Esto se redondea a $5.80. Este monto se sumaría **a la prima mensual del plan de una persona con una multa por inscripción tardía de la Parte D**.

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

- **La multa puede cambiar cada año** porque la prima base nacional del beneficiario puede cambiar cada año.
- **Por lo general, seguirá pagando una multa** todos los meses mientras esté inscrito en un plan que tenga beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare, incluso si cambia de plan.
- Si tiene *menos* de 65 años y está inscrito en Medicare, la multa por inscripción tardía en la Parte D se restablecerá cuando cumpla 65 años. Después de los 65 años, su multa por inscripción tardía en la Parte D se basará únicamente en los meses en que no tenga cobertura después de su período de inscripción inicial al cumplir la edad para Medicare.

Si no está de acuerdo con su multa por inscripción tardía de la Parte D, usted o su representante pueden pedir una reconsideración (apelación) de la multa. La reconsideración la realiza una organización de revisión independiente que no está relacionada con nosotros. Por lo general, debe pedir esta reconsideración **dentro de los 60 días** a partir de la fecha de la primera carta que reciba en la que se indique que debe pagar una multa por inscripción tardía. Sin embargo, si estaba pagando una multa antes de unirse a nuestro plan, por lo general no tendrá otra oportunidad de pedir una reconsideración de esa multa por inscripción tardía.

Sección 5.4 Monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos

Algunos miembros podrían tener que pagar un cargo adicional, conocido como el Monto de Ajuste Mensual Relacionado con los Ingresos (IRMAA) de la Parte D. El cargo adicional se calcula utilizando su ingreso bruto ajustado modificado, según lo declarado en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años. Si este monto supera cierta cantidad, usted pagará el monto de la prima estándar y el IRMAA adicional. Para obtener más información sobre el monto adicional que podría tener que pagar según sus ingresos, visite Medicare.gov/health-drug-plans/part-d/basics/costs.

Si tiene que pagar un IRMAA adicional, el Seguro Social, no su plan de Medicare, le enviará una carta en la que se le indicará cuál será ese monto adicional. El monto adicional se descontará de su cheque de beneficios del Seguro Social, de la Junta de Jubilación Ferroviaria o de la Oficina de Gestión de Personal, sin importar cómo pague normalmente la prima de su plan, a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir el monto adicional adeudado. Si su cheque de beneficios no es suficiente para cubrir el monto adicional, recibirá una factura de Medicare. **Usted debe pagar el IRMAA adicional al gobierno. No se puede pagar con la prima mensual de su plan. Si no paga el IRMAA adicional, se le cancelará su afiliación a nuestro plan y perderá la cobertura de medicamentos recetados.**

Si usted no está de acuerdo con pagar un IRMAA adicional, puede solicitar al Seguro Social que revise la decisión. Para saber cómo hacerlo, llame al Seguro Social al 1-800-772-1213 (los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-325-0778).

Sección 5.5 Monto del Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare

Si participa en el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare, cada mes pagará la prima de nuestro plan (si tiene una) y recibirá una factura de su plan de salud o de medicamentos por sus medicamentos recetados (en lugar de pagar a la farmacia). Su factura mensual se basa en lo que adeuda por las recetas que obtiene, más el saldo del mes anterior, dividido entre los meses restantes del año.

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

SECCIÓN 6 Más información sobre su prima mensual del plan

Sección 6.1 Cómo pagar la prima de su plan

Hay tres (3) formas en las que usted puede pagar la prima de su plan.

Opción 1: Pagar con cheque

Usted recibirá una factura cada mes por la prima del plan aproximadamente 15 días antes de la fecha de vencimiento. Puede enviar su cheque por correo a Champion Health Plan ATTN: Accounting – LEP PO Box 15337 Long Beach, CA 90815. Su pago debe recibirse el día 1 de cada mes. Su cheque debe estar a nombre del Plan y no de CMS ni de HHS.

Opción 2: Puede pagar con transferencia electrónica de fondos (EFT)

En lugar de pagar con cheque, puede debitar automáticamente la prima de su plan de su cuenta bancaria. Generalmente, su pago se debitará alrededor del día 5 de cada mes. Si desea suscribirse a la transferencia electrónica de fondos (EFT), siga las instrucciones de su factura o llame a Servicios para Miembros.

Opción 3: Que la prima del plan se deduzca de su cheque mensual del Seguro Social

Cómo cambiar la forma en que paga la prima de su plan. Si decide cambiar la forma en que paga la prima de su plan, su nuevo método de pago puede tardar hasta 3 meses en entrar en vigor. Mientras procesamos su nuevo método de pago, usted sigue siendo responsable de asegurarse de que la prima de su plan se pague a tiempo. Para cambiar su método de pago, llame a Servicios para Miembros al 1-800-885-8000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Si tiene problemas para pagar la prima de su plan

La prima de su plan debe llegar a nuestra oficina el día 1 del mes. Si no recibimos su pago el día 1 del mes, le enviaremos un aviso de recordatorio.

Si tiene problemas para pagar la prima de su plan, si la adeuda, a tiempo, llame a Servicios para Miembros al 1-800-885-8000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para ver si podemos orientarle hacia programas que le ayuden con sus costos.

Sección 6.2 Su prima mensual del plan no cambiará durante el año

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

Si pasa a ser elegible para la Ayuda Adicional o pierde su elegibilidad para la Ayuda Adicional durante el año, la parte de la prima de su plan que usted debe pagar puede cambiar. Si califica para la Ayuda Adicional con los costos de su cobertura de medicamentos, la Ayuda Adicional paga una parte de la prima mensual de su plan. Si pierde su elegibilidad para la Ayuda Adicional durante el año, deberá comenzar a pagar la prima mensual completa del plan. Obtenga más información sobre la Ayuda Adicional en el Capítulo 2, Sección 7.

SECCIÓN 7 Mantenga actualizado su registro de membresía del plan

Su registro de membresía contiene información de su formulario de inscripción, incluyendo su dirección y número de teléfono. Muestra la cobertura específica de su plan incluyendo su proveedor de atención primaria y su psiquiatra, psicólogo o terapeuta.

Los médicos, hospitales, farmacéuticos y otros proveedores de la red de su plan **usan su registro de membresía para saber qué servicios y medicamentos están cubiertos y sus montos de costos compartidos**. Por eso, es muy importante que mantenga su información actualizada.

Si tiene alguno de estos cambios, infórmenos:

- Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono
- Cambios en cualquier otra cobertura de salud que tenga (como la de su empleador, la del empleador de su cónyuge o pareja doméstica, la compensación laboral o Medicaid)
- Cualquier reclamación de responsabilidad civil, como las reclamaciones por un accidente automovilístico
- Si le admiten en un hogar de ancianos
- Si recibe atención en un hospital o una sala de emergencias fuera del área o fuera de la red
- Si su parte responsable designada (por ejemplo, un cuidador) cambia

- Si participa en un estudio de investigación clínica (**Nota:** No está obligado a informar a nuestro plan sobre los estudios de investigación clínica en los que pretende participar, pero le recomendamos que lo haga).

Si alguna de esta información cambia, infórmenos llamando a Servicios para Miembros al 1-800-885-8000 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711).

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

SECCIÓN 8 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

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

Una vez al año, le enviaremos una carta con una lista de cualquier otra cobertura médica o de medicamentos de la que tengamos conocimiento. Lea esta información detenidamente. Si es correcta, no necesita hacer nada. Si la información no es correcta, o si tiene otra cobertura que no aparece en la lista, llame a Servicios para Miembros al 1-800-885-8000 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711). Es posible que deba dar su número de identificación de miembro del plan a sus otras aseguradoras (después de confirmar la identidad de estas) para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

Si tiene otro seguro (como la cobertura médica grupal de su empleador), las normas de Medicare determinan si nuestro plan o su otro seguro paga primero. El seguro que paga primero (“el pagador principal”) paga hasta los límites de su cobertura. El seguro que paga en segundo lugar (“pagador secundario”) solo paga si quedan costos que la cobertura principal no cubrió. Es posible que el pagador secundario no pague los costos no cubiertos. Si tiene otro seguro, infórmeselo a su médico, hospital y farmacia.

Estas reglas se aplican a la cobertura de planes de salud grupales de empleadores o sindicatos:

- Si tiene cobertura de jubilación, Medicare paga primero.
- Si la cobertura de su plan de salud grupal se basa en su empleo actual o en el de un miembro de su familia, quién paga primero depende de su edad, de la cantidad de personas empleadas por su empleador y de si tiene Medicare por edad, discapacidad o enfermedad renal en etapa terminal (ESRD):

  - Si tiene menos de 65 años y está discapacitado y usted (o un miembro de su familia) todavía está trabajando, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 100 o más empleados o al menos un empleador en un plan de empleadores múltiples tiene más de 100 empleados.
  - Si tiene más de 65 años y usted (o su cónyuge o pareja de hecho) todavía está trabajando, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 20 o más empleados o al menos un empleador en un plan de empleadores múltiples tiene más de 20 empleados.
- Si tiene Medicare debido a una enfermedad renal en etapa terminal, su plan de salud grupal pagará primero durante los primeros 30 meses después de que sea elegible para Medicare.

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

- Seguro sin culpa (incluido el seguro de automóvil)
- Responsabilidad civil (incluido el seguro de automóvil)
- Beneficios del pulmón negro
- Compensación laboral

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

CAPÍTULO 2: Números de teléfono y recursos

SECCIÓN 1 Contactos de Champion Plus (HMO C-SNP)

Para obtener ayuda con reclamos, facturación o preguntas sobre la tarjeta de membresía, llame o escriba a Servicios para Miembros de Champion Plus (HMO C-SNP). Estaremos encantados de ayudarle.

Servicios para Miembros: información de contacto	
Llamar	1-800-885-8000 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario: de 8AM a 8PM, los 7 días de la semana (del 1 de octubre al 31 de marzo), y de 8AM a 8PM, de lunes a viernes (del 1 de abril al 30 de septiembre) Servicios para Miembros también cuenta con servicios gratuitos de interpretación de idiomas disponibles para personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario: de 8AM a 8PM, los 7 días de la semana (del 1 de octubre al 31 de marzo), y de 8AM a 8PM, de lunes a viernes (del 1 de abril al 30 de septiembre)
Fax	1-949-227-3791
Escribir	Champion Health Plan PO Box 15337, Long Beach, CA 90815-9995
Sitio web	www.ChampionHMO.com

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

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y su cobertura o sobre el monto que pagaremos por sus servicios médicos o medicamentos de la Parte D.

Una apelación es una forma formal de solicitarnos que revisemos y modifiquemos una decisión de cobertura. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura o apelaciones sobre su atención médica o sus medicamentos de la Parte D, consulte el Capítulo 9.

Decisiones de cobertura y apelaciones para atención médica o medicamentos de la Parte D: información de contacto	
Llamar	1-800-885-8000 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario: de 8AM a 8PM, los 7 días de la semana (del 1 de octubre al 31 de marzo), y de 8AM a 8PM, de lunes a viernes (del 1 de abril al 30 de septiembre).
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario: de 8AM a 8PM, los 7 días de la semana (del 1 de octubre al 31 de marzo), y de 8AM a 8PM, de lunes a viernes (del 1 de abril al 30 de septiembre).
Fax	1-949-227-3791
Escribir	Champion Health Plan PO Box 15337, Long Beach, CA 90815-9995
Sitio web	www.ChampionHMO.com

Cómo presentar una queja sobre su atención médica

Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre uno de nuestros proveedores o farmacias de la red, incluyendo una queja sobre la calidad de su atención. Este tipo de queja no involucra disputas de cobertura ni de pago. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre su atención médica, consulte el Capítulo 9.

Quejas sobre atención médica: información de contacto	
Llamar	1-800-885-8000 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario: de 8AM a 8PM, los 7 días de la semana (del 1 de octubre al 31 de marzo), y de 8AM a 8PM, de lunes a viernes (del 1 de abril al 30 de septiembre)
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas.

	Horario: de 8AM a 8PM, los 7 días de la semana (del 1 de octubre al 31 de marzo), y de 8AM a 8PM, de lunes a viernes (del 1 de abril al 30 de septiembre)
Fax	1-949-227-3791
Escribir	Champion Health Plan PO Box 15337, Long Beach, CA 90815-9995
Sitio web de Medicare	Para presentar una queja sobre Champion Plus (HMO C-SNP) directamente a Medicare, visite Medicare.gov/my/medicare-complaint.

Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte del 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 considera que deberíamos pagar, es posible que deba solicitarnos un reembolso o que paguemos la factura del proveedor. Consulte el Capítulo 7 para obtener más información.

Si nos envía una solicitud de pago y rechazamos cualquier parte de ella, puede apelar nuestra decisión. Consulte el Capítulo 9 para obtener más información.

Solicitudes de pago: información de contacto	
Llamar	1-800-885-8000 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario: de 8AM a 8PM, los 7 días de la semana (del 1 de octubre al 31 de marzo), y de 8AM a 8PM, de lunes a viernes (del 1 de abril al 30 de septiembre)
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario: de 8AM a 8PM, los 7 días de la semana (del 1 de octubre al 31 de marzo), y de 8AM a 8PM, de lunes a viernes (del 1 de abril al 30 de septiembre)
Fax	1-949-227-3791
Escribir	Champion Health Plan PO Box 15337, Long Beach, CA 90815-9995
Sitio web	www.ChampionHMO.com

SECCIÓN 2 Obtenga ayuda de Medicare

Medicare es el programa federal de seguro de salud para personas de 65 años de edad o más, algunas personas menores de 65 años con discapacidades y personas con enfermedad renal en etapa terminal (insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o un trasplante de riñón).

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

Medicare: información de contacto	
Llamar	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Las llamadas a este número son gratuitas. 24 horas al día, 7 días a la semana.
TTY	1-877-486-2048 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas.
Chat en vivo	Chatee en vivo en Medicare.gov/talk-to-someone.
Escribir	Escriba a Medicare al PO Box 1270, Lawrence, KS 66044
Sitio web	Medicare.gov • Obtenga información sobre los planes de salud y medicamentos de Medicare en su área, incluidos sus costos y los servicios que brindan. • Encuentre médicos u otros proveedores de atención médica y proveedores de suministros que participen en Medicare. • Descubra qué cubre Medicare, incluidos los servicios preventivos (como exámenes de detección, vacunas o inyecciones y visitas anuales de “bienestar”). • Obtenga información y formularios de apelaciones de Medicare. • Obtenga información sobre la calidad de la atención brindada por planes, hogares de ancianos, hospitales, médicos, agencias de atención médica

domiciliaria, centros de diálisis, centros de cuidados paliativos, centros de rehabilitación para pacientes hospitalizados y hospitales de atención a largo plazo.

- Busque sitios web y números de teléfono útiles.

También puede visitar Medicare.gov para informar a Medicare sobre cualquier queja que tenga sobre Champion Plus (HMO C-SNP).

Para presentar una queja a Medicare, visite Medicare.gov/my/medicare-complaint. Medicare toma en serio sus quejas y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa Medicare.

SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (SHIP)

El Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (SHIP) es un programa gubernamental con asesores capacitados en cada estado que ofrece ayuda, información y respuestas gratuitas a sus preguntas sobre Medicare. En California, el SHIP se llama Programa de Asesoramiento y Defensa de Seguros de Salud de California (HICAP).

HICAP es un programa estatal independiente (no conectado con ninguna compañía de seguros o plan de salud) que recibe dinero del gobierno federal para brindar asesoramiento gratuito sobre seguros de salud locales a personas con Medicare.

Los asesores de HICAP pueden ayudarle a comprender sus derechos de Medicare, a presentar quejas sobre su atención o tratamiento médico y a resolver problemas con sus facturas de Medicare. Los asesores de HICAP también pueden ayudarle con preguntas o problemas relacionados con Medicare, a comprender sus opciones de plan de Medicare y a responder preguntas sobre cómo cambiar de plan.

***Programa de Asesoramiento y Defensa de Seguros de Salud de California (HICAP)*: información de contacto**	
Llamar	1-800-434-0222
TTY	1-800-735-2929 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para escuchar o hablar.
Escribir	2880 Gateway Oaks Dr, STE 200 Sacramento, CA 95833

Sitio web	http://www.aging.ca.gov/hicap/

SECCIÓN 4 Organización para la mejora de la calidad (QIO)

En cada estado, una Organización para la mejora de la calidad (QIO) designada atiende a las personas con Medicare. Para California, la Organización para la mejora de la calidad se llama Livanta BFCC-QIO Program.

Livanta BFCC-QIO Program cuenta con un grupo de médicos y otros profesionales de la salud pagados por Medicare para supervisar y ayudar a mejorar la calidad de la atención médica para las personas con Medicare. Livanta BFCC-QIO Program es una organización independiente. No está vinculado con nuestro plan.

Comuníquese con Livanta BFCC-QIO Program en cualquiera de estas situaciones:

- Tiene una queja sobre la calidad de la atención que recibió. Algunos ejemplos de problemas de calidad de la atención incluyen la medicación incorrecta, pruebas o procedimientos innecesarios o un diagnóstico erróneo.
- Cree que la cobertura de su estadía en el hospital termina demasiado pronto.
- Cree que la cobertura de sus servicios de atención médica domiciliaria, de atención en un centro de enfermería especializada o de un centro de rehabilitación ambulatoria integral (CORF) está terminando demasiado pronto.

Livanta BFCC-QIO Program: información de contacto	
Llamar	1-877-588-1123 Horario: 9AM-5PM, hora local (de lunes a viernes); 11AM-3PM, hora local (sábado y domingo)
TTY	1-855-887-6668 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para escuchar o hablar.
Escribir	10820 Guilford RD, STE 202 Annapolis Junction, MD 20701
Sitio web	https://livantaqio.com/en/states/califorina

SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social determina la elegibilidad para Medicare y gestiona la inscripción en Medicare. También es responsable de determinar quién debe pagar un monto adicional por su cobertura de medicamentos de la Parte D debido a sus ingresos más altos. Si recibió una carta del Seguro Social indicando que debe pagar el monto adicional y tiene preguntas sobre el monto, o si sus ingresos disminuyeron debido a un evento que le cambió la vida, puede llamar al Seguro Social para solicitar una reconsideración.

Si se muda o cambia su dirección postal, comuníquese con el Seguro Social para informarles.

Seguro Social: información de contacto	
Llamar	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de 8 am a 7 pm, de lunes a viernes. Utilice los servicios telefónicos automatizados del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunas gestiones las 24 horas del día.
TTY	1-800-325-0778 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para escuchar o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de 8 am a 7 pm, de lunes a viernes.
Sitio web	SSA.gov

SECCIÓN 6 Medicaid

Medicaid es un programa conjunto del gobierno federal y estatal que ayuda con los costos médicos a ciertas personas con ingresos y recursos limitados. Algunas personas con Medicare también son elegibles para Medicaid. Medicaid ofrece programas para ayudar a las personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare, como sus primas de Medicare. Estos **Programas de Ahorros de Medicare** incluyen:

- **Beneficiario calificado de Medicare (QMB):** ayuda a pagar las primas de las Partes A y B de Medicare, así como otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y

copagos). (Algunas personas con QMB también son elegibles para recibir todos los beneficios de Medicaid (QMB+)).

- **Beneficiario de Medicare de bajos ingresos especificado (SLMB):** ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunas personas con SLMB también son elegibles para recibir los beneficios completos de Medicaid (SLMB+)).
- **Individuo calificado (QI):** ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Personas discapacitadas y trabajadoras calificadas (QDWI):** ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Para obtener más información sobre Medicaid y los Programas de Ahorros de Medicare, comuníquese con Medi-Cal.

Medi-Cal: información de contacto	
Llamar	1-800-430-4263 8AM-5PM, hora del Pacífico (PT) (de lunes a viernes)
TTY	1-800-430-7077 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para escuchar o hablar.
Escribir	P.O. Box 989009 West Sacramento, CA 95798-9850
Sitio web	https://www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/

SECCIÓN 7 Programas para ayudar a las personas a pagar los medicamentos recetados

El sitio web de Medicare (Medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs) ofrece información sobre cómo reducir el costo de sus medicamentos recetados. Los siguientes programas pueden ayudar a personas con ingresos limitados.

Ayuda Adicional de Medicare

Medicare y el Seguro Social cuentan con un programa llamado Ayuda Adicional, que puede ayudar a pagar los costos de medicamentos a personas con ingresos y recursos limitados. Si califica, recibirá ayuda para pagar la prima mensual del plan, el deducible anual y los copagos de su plan de medicamentos de Medicare. La Ayuda Adicional también se incluye en sus gastos de bolsillo.

Si califica automáticamente para la Ayuda Adicional, Medicare le enviará por correo una carta morada para informarle. Si no califica automáticamente, puede solicitarla en cualquier momento. Para saber si califica para recibir la Ayuda Adicional:

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

Al solicitar la Ayuda Adicional, también puede iniciar el proceso de solicitud de un Programa de Ahorros de Medicare (MSP). Estos programas estatales ofrecen ayuda con otros costos de Medicare. El Seguro Social enviará información a su estado para iniciar una solicitud de MSP, a menos que usted indique lo contrario en la solicitud de la Ayuda Adicional.

Si califica para la Ayuda Adicional y cree que está pagando una cantidad incorrecta por su receta en una farmacia, nuestro plan cuenta con un proceso para ayudarle a obtener evidencia del monto correcto del copago. Si ya tiene evidencia del monto correcto, podemos ayudarle a compartirla con nosotros.

- Llame a Servicios para Miembros al número de teléfono impreso en la contraportada de este documento si cree que ha calificado para el Programa de Ayuda Adicional.
- A continuación, se muestran ejemplos de documentación que puede proporcionar como evidencia para respaldar su prueba de elegibilidad:
    - Una copia de su tarjeta de Medicaid, si incluye su fecha de elegibilidad durante el período de tiempo en cuestión
    - Una copia de una carta del estado o de la Administración del Seguro Social que muestre el estado del Subsidio por Bajos Ingresos de Medicare
    - Una copia de un documento estatal que confirme el estado activo de Medicaid durante el período de tiempo en cuestión
    - Una captura de pantalla de los sistemas de Medicaid del estado que muestre el estado de Medicaid durante el período de tiempo en cuestión
- Si ha sido residente de un centro de atención a largo plazo (LTC) (como un hogar de ancianos), es posible que pueda proporcionar lo siguiente como prueba de elegibilidad:
    - Una remesa del centro que muestre el pago de Medicaid por un mes calendario completo para usted durante el período de tiempo en cuestión

  - Una copia de un documento estatal que confirme el pago de Medicaid al centro en su nombre
  - Una impresión de pantalla de los sistemas de Medicaid del estado que muestre su estado institucional, para fines de pago de Medicaid, durante el período de tiempo en cuestión
- Cuando obtengamos la evidencia que demuestre el nivel correcto de copago, actualizaremos nuestro sistema para que pueda pagar la cantidad correcta cuando obtenga su próxima receta. Si paga de más en su copago, le reembolsaremos el importe, ya sea mediante cheque o un crédito de copago futuro. Si la farmacia no cobró su copago y usted tiene una deuda con ella, es posible que hagamos el pago directamente a la farmacia. Si un estado pagó en su nombre, es posible que hagamos el pago directamente al estado. Llame a Servicios para Miembros al 1-800-885-8000 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) si tiene preguntas.

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

Muchos estados ofrecen ayuda para pagar recetas, primas de planes de medicamentos y/u otros costos de medicamentos. Si está inscrito en un Programa Estatal de Ayuda para Medicamentos (SPAP), el Programa de Ayuda Adicional de Medicare paga primero.

En California, el SPAP se llama California Rx Card. California Rx Card es un programa estatal gratuito de asistencia con descuentos para medicamentos recetados, creado para ayudar a los residentes sin seguro médico o con seguro insuficiente a costear sus medicamentos. Sin embargo, quienes tienen seguro médico también pueden usar California Rx Card para obtener descuentos en medicamentos que su seguro no cubre. Además, el programa puede ofrecer precios más bajos en los costos compartidos (copagos o coseguros). La tarjeta de descuento puede ofrecer ahorros de hasta un 80% en sus medicamentos. Los precios varían según la farmacia y están sujetos a cambios con el tiempo. Consulte la información adicional a continuación.

¿Qué sucede si tiene Ayuda Adicional y cobertura de un Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP)?

El Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP) ayuda a las personas con VIH/SIDA a acceder a medicamentos vitales contra el VIH. Los medicamentos de la Parte D de Medicare que también están en el formulario del ADAP califican para recibir ayuda con el costo compartido de medicamentos recetados a través del ADAP de California.

Nota: Para ser elegibles para el ADAP de su estado, las personas deben cumplir ciertos criterios, que incluyen comprobante de residencia en el estado y de su estado de VIH, bajos ingresos (según los defina el estado) y la condición de persona sin seguro/con seguro insuficiente. Si cambia de plan, notifique a su encargado local de inscripción del ADAP para que pueda seguir recibiendo ayuda. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al (844) 421-7050, de lunes a viernes, de 8AM a 5PM (excepto días festivos).

Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica

Muchos estados cuentan con Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos recetados según su necesidad económica, edad, condición médica o discapacidades. Cada estado tiene normas diferentes para brindar cobertura de medicamentos a sus miembros.

En California, el Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica es California Rx Card.

California Rx Card: información de contacto	
Sitio web	www.californiarxcard.com

Plan de Pago de Recetas de Medicare

El Plan de Pago de Recetas de Medicare es una opción de pago que funciona con su cobertura de medicamentos actual para ayudarle a administrar sus costos de bolsillo por los medicamentos cubiertos por nuestro plan, distribuyéndolos a lo largo **del año calendario** (de enero a diciembre). Cualquier persona con un plan de medicamentos de Medicare o un plan de salud de Medicare con cobertura de medicamentos (como un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos) puede usar esta opción de pago. **Esta opción de pago podría ayudarle a administrar sus gastos, pero no le ahorra dinero ni reduce el costo de sus medicamentos. Si participa en el Plan de Pago de Recetas de Medicare y permanece en el mismo plan de la Parte D, su participación se renovará automáticamente para 2027; no necesita presentar una nueva solicitud de elección para seguir participando en 2027.** Para obtener más información sobre esta opción de pago, llame a Servicios para Miembros al 1-800-885-8000 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) o visite Medicare.gov.

Plan de Pago de Recetas de Medicare: información de contacto	
Llame	1-800-885-8000 Las llamadas a este número son gratuitas. Champion está abierto de 8 am a 8 pm, de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre, y

	los 7 días de la semana, de 8 am a 8 pm, del 1 de octubre al 31 de marzo. Servicios para Miembros 1-800-885-8000 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) también cuenta con servicios gratuitos de interpretación de idiomas para personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. TTY está disponible de 8 am a 8 pm, de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre, y los 7 días de la semana, de 8 am a 8 pm, del 1 de octubre al 31 de marzo.
Fax	1-949-227-3796
Escribir	Champion 5000 Airport Plaza Drive, Suite 100 Long Beach, CA 90815 memberservices@championpayer.com
Sitio web	https://championhmo.com/?s=medicare+prescription+plan+payment

SECCIÓN 8 Junta de Jubilación del Ferrocarril (RRB)

La Junta de Jubilación Ferroviaria es una agencia federal independiente que administra programas integrales de beneficios para los trabajadores ferroviarios del país y sus familias. Si recibe Medicare a través de la Junta de Jubilación Ferroviaria, infórmeles si se muda o cambia su dirección postal. Si tiene preguntas sobre sus beneficios de la Junta de Jubilación Ferroviaria, comuníquese con la agencia.

Junta de Jubilación del Ferrocarril (RRB): información de contacto	
Llame	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Presione “0” para hablar con un representante de la RRB de 9 am a 3:30 pm, los lunes, martes, jueves y viernes, y de 9 am a 12 pm los miércoles. Presione “1” para acceder a la Línea de Ayuda automatizada de la RRB y obtener información grabada las 24 horas del día, incluidos los fines de semana y feriados.

TTY	1-312-751-4701 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número no son gratuitas.
Sitio web	https://RRB.gov

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

Si usted (o su cónyuge o pareja de hecho) recibe beneficios de su empleador o grupo de jubilados (o del de su cónyuge o pareja de hecho) como parte de este plan, llame al administrador de beneficios del empleador/sindicato o a Servicios para Miembros al 1-800-885-8000 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) si tiene alguna pregunta. Puede preguntar sobre los beneficios de salud, las primas o el período de inscripción de su empleador o grupo de jubilados (o del de su cónyuge o pareja de hecho). Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) si tiene preguntas sobre su cobertura de Medicare bajo este plan. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

Si tiene otra cobertura de medicamentos a través de su empleador (o el de su cónyuge o pareja de hecho) o de un grupo de jubilados, comuníquese con **el administrador de beneficios de ese grupo.** El administrador de beneficios puede ayudarle a comprender cómo funcionará su cobertura de medicamentos actual con nuestro plan.

CAPÍTULO 3: Cómo utilizar nuestro plan para sus servicios médicos

SECCIÓN 1 Cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan

En este capítulo se explica lo que necesita saber sobre cómo usar nuestro plan para obtener cobertura de su atención médica. Para obtener más información sobre la atención médica que cubre nuestro plan y cuánto paga al recibirla, consulte el Cuadro de Beneficios Médicos en el Capítulo 4.

Sección 1.1 Proveedores de la red y servicios cubiertos

- **Los proveedores** son los médicos y otros profesionales de la salud con licencia estatal para brindar servicios y atención médica. 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 tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y su costo compartido como pago total. Nos encargamos de que estos proveedores presten los servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red nos facturan directamente la atención que le brindan. Cuando consulta con un proveedor de la red, solo paga su parte del costo de sus servicios.
- **Los servicios cubiertos** incluyen toda la atención médica, los servicios de atención médica, los suministros, equipos y medicamentos recetados que cubre nuestro plan. Los servicios de atención médica cubiertos se detallan en el Cuadro de Beneficios Médicos del Capítulo 4. Los servicios de medicamentos recetados cubiertos se describen en el Capítulo 5.

Sección 1.2 Reglas básicas para que su atención médica esté cubierta por nuestro plan

Como plan de salud de Medicare, Champion Plus (HMO C-SNP) debe cubrir todos los servicios cubiertos por Medicare Original y seguir las reglas de cobertura de Medicare Original.

Champion Plus (HMO C-SNP) generalmente cubrirá su atención médica siempre que:

- **La atención que recibe está incluida en el Cuadro de Beneficios Médicos de nuestro plan** en el Capítulo 4.
- **La atención que recibe se considera médicamente necesaria**. Médicamente necesario significa que los servicios, suministros, equipos o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su condición médica y cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.
- **Usted tiene un proveedor de atención primaria (PCP) de la red que le proporciona y supervisa su atención.** Como miembro de nuestro plan, usted debe elegir un PCP de la red (consulte la Sección 2.1 para obtener más información).
  - En la mayoría de las situaciones, nuestro plan debe otorgarle una aprobación previa (una derivación) antes de que pueda utilizar otros proveedores de la red de nuestro plan, como especialistas, hospitales, centros de enfermería especializada o agencias de atención médica domiciliaria. Para obtener más información, consulte la Sección 2.3.
  - No necesita derivaciones de su PCP para la atención de emergencia ni para los servicios de urgencia. Para obtener más información sobre otros tipos de atención que puede recibir sin la aprobación previa de su PCP, consulte la Sección 2.3.
- **Debe recibir su atención de un proveedor de la red** (consulte la Sección 2). En la mayoría de los casos, la atención que reciba de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no forma parte de la red de nuestro plan) no estará cubierta. Esto significa que tendrá que pagarle al proveedor el costo total de los servicios que reciba. Estas son 3 excepciones*:*
  - Nuestro plan cubre la atención de emergencia o los servicios de urgencia que reciba de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información y ver qué son los servicios de emergencia o de urgencia, consulte la Sección 3.
  - Si necesita atención médica que Medicare exige que nuestro plan cubra, pero no hay especialistas en nuestra red que brinden esta atención, puede obtener esta atención de un proveedor fuera de la red con el mismo costo compartido que normalmente paga dentro de la red. Debería comunicarse con nosotros para obtener una autorización previa para los servicios fuera de la red. En esta situación, usted paga lo mismo que pagaría si recibiera la atención de un proveedor de la red. Para obtener información sobre cómo obtener aprobación para consultar a un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.4.
  - Nuestro plan cubre los servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o cuando su proveedor para este servicio no está disponible o no puede acceder a él temporalmente. El costo compartido que paga a nuestro plan por diálisis nunca puede ser mayor que el costo

compartido de Medicare Original. Si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan y recibe diálisis de un proveedor fuera de la red de nuestro plan, su costo compartido no puede ser mayor que 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 recibir servicios dentro de nuestra área de servicio de un proveedor fuera de la red de nuestro plan, su costo compartido por la diálisis puede ser mayor.

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

Sección 2.1 Usted debe elegir un proveedor de atención primaria (PCP) para brindar y supervisar su atención médica

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

- ¿Qué es un PCP?
    - Un proveedor de atención primaria (PCP) es un médico de la red que usted selecciona para brindar y coordinar sus servicios cubiertos.
    - Un proveedor de tratamiento primario (PTP) generalmente es un especialista de la red que usted selecciona para brindar y coordinar los servicios únicos relacionados con el tratamiento de la condición crónica que lo califica para este plan de necesidades especiales.
- ¿Qué tipos de proveedores pueden actuar como PCP?
    - Los médicos de atención primaria (PCP) son generalmente médicos especializados en medicina interna, medicina familiar, medicina general o geriatría.
    - En algunos casos, puede utilizar a un especialista del plan, como un nefrólogo, como su PCP. Llame a Servicios para Miembros para saber si su especialista está contratado como su PCP.
- ¿Cuál es el papel de mi PCP?
    - Su PCP le brindará la mayor parte de su atención básica y le ayudará a organizar o coordinar el resto de los servicios cubiertos que reciba como miembro del plan. Esto incluye radiografías, análisis de laboratorio, terapias, atención de otros médicos, hospitalizaciones y seguimiento médico.
    - Su PCP también colaborará con su PTP para gestionar las necesidades específicas de su condición crónica calificada.
    - Si su PCP determina que usted necesita atención de un especialista de la red o de un proveedor de la red que no sea su PCP o su PTP, su PCP

coordinará una derivación para usted. En algunos casos, su PCP deberá obtener una autorización previa (aprobación previa).

¿Cómo elegir un PCP?

Debe seleccionar un PCP y un PTP del Directorio de proveedores cuando se inscriba en nuestro plan.

Su decisión es importante, ya que su acceso a ciertos especialistas y hospitales de la red puede depender de su elección. Si desea utilizar hospitales, médicos u otros proveedores específicos, asegúrese de averiguar si un PCP lo deriva a esos proveedores al tomar su decisión.

Si necesita ayuda para encontrar un proveedor de la red, llame a Servicios para Miembros al número que aparece en la contraportada de este documento. Si no elige uno, seleccionaremos uno cerca de su domicilio.

Cómo cambiar de PCP

Puede cambiar de PCP por cualquier motivo y en cualquier momento. También es posible que su PCP abandone la red de proveedores de nuestro plan, por lo que tendría que elegir uno nuevo. Puede solicitar este cambio llamando a Servicios para Miembros al número que aparece en la contraportada de este documento.

Si el nuevo PCP acepta nuevos miembros del plan y su solicitud se recibe al menos 10 días antes de que finalice el mes, la asignación de su nuevo PCP entrará en vigor el primer día del mes siguiente. Si la solicitud se realiza en los últimos 10 días del mes, la asignación de su nuevo PCP entrará en vigor el primer día del segundo mes posterior a su solicitud.

Sección 2.2 Atención médica que puede obtener sin una derivación del PCP

Puede obtener los servicios enumerados a continuación sin la aprobación previa de su PCP.

- Atención médica de rutina para la mujer, incluidos exámenes de mama, mamografías de detección (radiografías de las mamas), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre que los obtenga de un proveedor de la red
- Vacunas contra la gripe, vacunas contra la COVID-19, vacunas contra la hepatitis B y vacunas contra la neumonía, siempre que las reciba de un proveedor de la red
- Servicios de emergencia de proveedores de la red o de proveedores fuera de la red
- Los servicios de urgencia cubiertos por el plan son servicios que requieren atención médica inmediata (pero que no son una emergencia) si usted se encuentra

temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan, o si no es razonable, dados el momento, el lugar y las circunstancias, obtener este servicio de proveedores de la red. Ejemplos de servicios de urgencia son enfermedades y lesiones médicas imprevistas, o reagudizaciones inesperadas de afecciones preexistentes. Las visitas de rutina médicamente necesarias con proveedores (como los chequeos anuales) no se consideran servicios de urgencia, aunque usted se encuentre fuera del área de servicio de nuestro plan o la red de nuestro plan no esté disponible temporalmente.

- Servicios de diálisis renal que reciba en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentre temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan. Si es posible, llame a Servicios para Miembros al 1-800-885-8000 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) antes de salir del área de servicio para que podamos ayudarle a organizar su diálisis de mantenimiento mientras está fuera.

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

Un especialista es un médico que presta servicios de atención médica para una enfermedad o parte específica del cuerpo. Existen muchos tipos de especialistas. Por ejemplo:

- Los oncólogos atienden a pacientes con cáncer
- Los cardiólogos atienden a pacientes con enfermedades cardíacas
- Los ortopedistas atienden a pacientes con ciertas afecciones de los huesos, las articulaciones o los músculos

¿Cuál es el papel del médico de cabecera al derivar a los miembros a especialistas y otros proveedores?

Ciertos servicios están cubiertos por nuestro plan solo si su médico de cabecera u otro proveedor obtiene la autorización de nuestro plan antes de que usted reciba atención. Esto se denomina autorización previa. Para estos servicios, su médico de cabecera o proveedor se comunicará con nuestro plan para obtener la autorización previa. Nuestro personal clínico, incluyendo enfermeras y médicos, revisa la información clínica enviada por el proveedor y toma una decisión sobre la solicitud de autorización previa. En otros casos, las derivaciones a otros proveedores podrían no requerir autorización previa. Consulte el Capítulo 4, Sección 2.1, para obtener información sobre qué servicios requieren autorización previa.

Su PCP elegirá a los especialistas y hospitales de la red a los que lo referirá según sus prácticas habituales de referencia y sus afiliaciones. El hecho de que un especialista de la red en particular aparezca en el Directorio de Proveedores no significa que su PCP lo referirá a ese proveedor.

¿Qué es el proceso de autorización previa?

En algunos casos, su médico de cabecera u otro proveedor podrían necesitar obtener nuestra aprobación previa para ciertos tipos de servicios o pruebas que usted recibe dentro de la red (esto se denomina "autorización previa"). Obtener la autorización previa es responsabilidad del médico de cabecera o del proveedor tratante. Los servicios y artículos que requieren autorización previa se detallan en el Cuadro de Beneficios Médicos del Capítulo 4, Sección 2.1. Los detalles y los códigos de servicio también se publican en nuestro sitio web (www.ChampionHMO.com).

Cuando un especialista u otro proveedor de la red abandona nuestro plan

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

- Aunque nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare requiere que usted tenga acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Le notificaremos que su proveedor abandonará nuestro plan para que tenga tiempo de elegir un nuevo proveedor.
    - Si su proveedor de atención primaria o de salud conductual abandona nuestro plan, le notificaremos si visitó a ese proveedor en los últimos 3 años.
    - Si alguno de sus otros proveedores abandona nuestro plan, le notificaremos si está asignado a ese proveedor, si actualmente recibe atención de él o si lo visitó en los últimos 3 meses.
- Le ayudaremos a elegir un nuevo proveedor calificado dentro de la red para recibir atención continua.
- Si está recibiendo tratamiento médico o terapias con su proveedor actual, tiene derecho a solicitar que se le continúen dando los tratamientos o terapias médicamente necesarios. Colaboraremos con usted para que pueda seguir recibiendo atención.
- Le brindaremos información sobre los períodos de inscripción disponibles y las opciones que puede tener para cambiar de planes.
- Cuando un proveedor o un beneficio dentro de la red no esté disponible o no sea adecuado para satisfacer sus necesidades médicas, coordinaremos cualquier beneficio cubierto médicamente necesario fuera de nuestra red de proveedores con el costo compartido dentro de la red. Debería comunicarse con nosotros para obtener una autorización previa para los servicios fuera de la red.

- Si descubre que su médico o especialista dejará nuestro plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a elegir un nuevo proveedor que administre su atención.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no se está administrando adecuadamente, tiene derecho a presentar una queja sobre la calidad de la atención ante la QIO, una queja por la calidad de la atención ante nuestro plan o ambos (consulte el Capítulo 9).

Sección 2.4 Cómo obtener atención de proveedores fuera de la red

Su proveedor de atención primaria (PCP) de la red o nuestro plan debe darle aprobación por adelantado antes de que pueda usar proveedores que no pertenecen a la red del plan. Esto se denomina otorgarle una «derivación». Para obtener más información sobre esto y sobre las situaciones en las que puede ver a un proveedor fuera de la red sin una derivación (como una emergencia), consulte las Secciones 2.2 y 2.3 de este Capítulo. Si no tiene una derivación (aprobación por adelantado) antes de recibir servicios de un proveedor fuera de la red, es posible que deba pagar usted mismo estos servicios. Puede llamar a Servicios para Miembros para preguntar si ver a un proveedor fuera de la red. Tomaremos una decisión sobre su solicitud y le notificaremos la decisión.

Para algunos tipos de servicios, es posible que su médico necesite obtener aprobación por adelantado de nuestro plan (esto se denomina obtener «autorización previa»). Consulte el Capítulo 4, Sección 2.1 para obtener más información sobre qué servicios requieren autorización previa.

- Lo mejor es pedirle a un proveedor fuera de la red que facture primero al plan. Pero, si ya pagó los servicios cubiertos, le reembolsaremos nuestra parte del costo de los servicios cubiertos. Si un proveedor fuera de la red le envía una factura que usted considera que debemos pagar, puede enviárnosla para su pago. Consulte el Capítulo 7 (Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por servicios médicos cubiertos).

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

Sección 3.1 Obtenga atención si tiene una emergencia médica

Una **emergencia médica** ocurre cuando usted, o cualquier otra persona prudente con conocimientos promedio de salud y medicina, cree que presenta síntomas médicos que

requieren atención médica inmediata para prevenir la muerte (y, si usted está embarazada, la muerte del feto), la pérdida de una extremidad o de la función de una extremidad, o la pérdida o el deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección médica que empeora rápidamente.

Si tiene una emergencia médica:

- **Obtenga ayuda lo más rápido posible.** Llame al 911 para pedir ayuda o acuda a la sala de urgencias o al hospital más cercano. Solicite una ambulancia si la necesita. No necesita obtener la aprobación ni una derivación médica de su médico de cabecera. No necesita acudir a un médico de la red. Puede recibir atención médica de emergencia cubierta cuando la necesite, en cualquier lugar de Estados Unidos o sus territorios, y de cualquier proveedor con la licencia estatal correspondiente, incluso si no forma parte de nuestra red. Nuestro plan cubre servicios de emergencia y urgencia en todo el mundo (consulte el Capítulo 4, Cuadro de Beneficios Médicos, para obtener más información sobre este beneficio) fuera de Estados Unidos en las siguientes circunstancias:
    - Presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para prevenir la muerte, la pérdida de una extremidad o la pérdida de la función de una extremidad.
    - Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección médica que empeora rápidamente.
- Usted será responsable del pago de los servicios por adelantado. Debe presentarnos una solicitud de reembolso. Para obtener más información sobre cómo presentar una solicitud de reembolso, consulte el Capítulo 7, Sección 2.

- **Tan pronto como sea posible, asegúrese de que nuestro plan haya sido informado sobre su emergencia.** Necesitamos dar seguimiento a su atención de emergencia. Usted u otra persona deberían llamar para informarnos sobre su atención de emergencia, generalmente dentro de las 48 horas. Llame a Servicios para Miembros al número de teléfono que aparece al reverso de su tarjeta de identificación de miembro.

Servicios cubiertos en caso de emergencia médica

Nuestro plan cubre servicios de ambulancia en situaciones en las que llegar a urgencias por cualquier otro medio podría poner en riesgo su salud. También cubrimos servicios médicos durante la emergencia.

Los médicos que le brinden atención de emergencia decidirán cuándo su condición es estable y cuándo ha terminado la emergencia médica.

Una vez superada la emergencia, usted tiene derecho a recibir atención de seguimiento para asegurar que su condición se mantenga estable. Sus médicos continuarán tratándolo hasta que se comuniquen con nosotros y planifiquen su atención adicional. Nuestro plan cubrirá su atención de seguimiento.

Si su atención de emergencia es brindada por proveedores fuera de la red, intentaremos hacer arreglos para que los proveedores de la red se hagan cargo de su atención tan pronto como su condición médica y las circunstancias lo permitan.

¿Qué pasaría si no fuera una emergencia médica?

A veces puede ser difícil saber si tiene una emergencia médica. Por ejemplo, podría acudir a urgencias pensando que su salud corre grave peligro y el médico podría decirle que, después de todo, no era una emergencia médica. Si resulta que no fue una emergencia, siempre que usted haya considerado razonablemente que su salud corría grave peligro, cubriremos su atención.

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

- Acude a un proveedor de la red para obtener atención adicional, o
- La atención adicional que recibe se considera atención de urgencia necesaria y usted sigue las normas que se explican a continuación para obtener esta atención de urgencia.

Sección 3.2 Obtenga atención cuando tenga una necesidad urgente de servicios

Un servicio que requiere atención médica inmediata (pero que no es una emergencia) es atención de urgencia necesaria si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan, o si no es razonable, dados el momento, el lugar y las circunstancias, obtener este servicio de proveedores de la red. Algunos ejemplos de atención de urgencia necesaria son enfermedades y lesiones médicas imprevistas, o brotes inesperados de afecciones existentes. Sin embargo, las visitas de rutina médicamente necesarias con proveedores, como los chequeos anuales, no se consideran atención de urgencia necesaria, aunque usted se encuentre fuera del área de servicio de nuestro plan o la red de nuestro plan no esté disponible temporalmente.

Siempre debería intentar obtener servicios de urgencia de proveedores de la red. El Directorio de Proveedores del plan le indicará qué centros de su área pertenecen a la red. Sin embargo, si los proveedores no están disponibles temporalmente o no se puede acceder a ellos y no es razonable esperar para obtener atención de su proveedor de la red cuando esta

esté disponible, cubriremos los servicios de urgencia que reciba de un proveedor fuera de la red. Para obtener ayuda para encontrar el centro de atención de urgencias de la red más cercano, visite nuestro sitio web www.ChampionHMO.com o comuníquese con Servicios para Miembros al número que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros también están impresos en la contraportada de este documento).

Nuestro plan cubre servicios de atención de emergencia y urgencia en todo el mundo fuera de Estados Unidos en las siguientes circunstancias: Presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para prevenir la muerte, la pérdida de una extremidad o la pérdida de la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una condición médica que empeora rápidamente. Usted será responsable del pago de los servicios por adelantado. Debe presentarnos una solicitud de reembolso. Para obtener más información sobre cómo presentar una solicitud de reembolso, consulte el Capítulo 7, Sección 2.

Sección 3.3 Recibir atención durante un desastre

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

Visite www.ChampionHMO.com para obtener información sobre cómo obtener la atención necesaria durante un desastre.

Si no puede usar un proveedor de la red durante un desastre, nuestro plan le permitirá recibir atención de proveedores fuera de la red con el costo compartido de la red. Si no puede usar una farmacia de la red durante un desastre, es posible que pueda surtir sus recetas en una farmacia fuera de la red. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5.

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

Si pagó más de lo que le corresponde según nuestro plan por los servicios cubiertos, o si recibe una factura por el costo total de los servicios médicos cubiertos, puede solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde del costo de los servicios cubiertos. Consulte el Capítulo 7 para obtener información sobre qué hacer.

Sección 4.1 Si los servicios no están cubiertos por nuestro plan, deberá pagar el costo total

Champion Plus (HMO C-SNP) cubre todos los servicios médicamente necesarios que se enumeran en el Cuadro de Beneficios Médicos del Capítulo 4. Si recibe servicios que nuestro plan no cubre, o si recibe servicios fuera de la red sin autorización que no sean servicios de emergencia ni atención de urgencia necesaria, usted es responsable de pagar el costo total de los servicios.

Para los servicios cubiertos con un límite de beneficios, también paga el costo total de cualquier servicio que reciba después de agotar su beneficio para ese tipo de servicio cubierto. Los montos que pague después de alcanzar su límite de beneficios no se contabilizan para su máximo anual de gastos de bolsillo.

SECCIÓN 5 Servicios médicos en un estudio de investigación clínica

Sección 5.1 ¿Qué es un estudio de investigación clínica?

Un estudio de investigación clínica (también llamado *ensayo clínico*) es una forma en que médicos y científicos prueban nuevos tipos de atención médica, como la eficacia de un nuevo medicamento contra el cáncer. Algunos estudios de investigación clínica están aprobados por Medicare. Los estudios de investigación clínica aprobados por Medicare suelen solicitar voluntarios para participar en el estudio. Cuando participa en un estudio de investigación clínica, puede permanecer inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo el resto de su atención (atención no relacionada con el estudio) a través de nuestro plan.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Medicare Original paga la mayoría de los costos de los servicios cubiertos que recibe como parte del estudio. Si nos informa que participa en un ensayo clínico calificado, solo es responsable del costo compartido dentro de la red por los servicios de ese ensayo. Si pagó más (por ejemplo, si ya pagó el monto del costo compartido de Medicare Original), le reembolsaremos la diferencia entre lo que pagó y el costo compartido dentro de la red. Deberá proporcionarnos documentación que demuestre cuánto pagó.

Si desea participar en cualquier estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, no necesita informarnos ni obtener nuestra aprobación ni la de su médico de cabecera. Los proveedores que le brindan atención como parte del estudio de investigación clínica no necesitan formar parte de la red de nuestro plan. (Esto no aplica a los beneficios cubiertos que requieren un ensayo clínico o registro para evaluar el beneficio, incluyendo ciertos beneficios que requieren cobertura con desarrollo de evidencia (NCDs-CED) y estudios de

exención de dispositivos en investigación (IDE). Estos beneficios también pueden estar sujetos a autorización previa y otras normas del plan.)

Si bien no necesita el permiso de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica, le recomendamos que nos notifique con anticipación cuando elija participar en ensayos clínicos calificados por Medicare.

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

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

Una vez que se une a un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, Medicare Original cubre los artículos y servicios de rutina que reciba como parte del estudio, incluidos:

- Alojamiento y comida para una estadía en un hospital que Medicare pagaría incluso si usted no participara en un estudio.
- Una operación u otro procedimiento médico si es parte del estudio de investigación.
- Tratamiento de efectos secundarios y complicaciones de la nueva atención.

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

> *Ejemplo de costo compartido en un ensayo clínico:* Supongamos que tiene una prueba de laboratorio que cuesta $100 como parte del estudio de investigación. Su parte del costo de esta prueba es de $20 con Medicare Original, pero con nuestro plan la prueba costaría $10. En este caso, Medicare Original pagaría $80 por la prueba y usted pagaría el copago de $20 requerido por Medicare Original. Usted notificaría a nuestro plan que recibió un servicio de ensayo clínico calificado y enviaría documentación (como la factura del proveedor) a nuestro plan. Nuestro plan le pagaría directamente $10. Esto significa que su pago neto por la prueba sería de $10, la misma cantidad que pagaría con los beneficios de nuestro plan.

Cuando participe en un estudio de investigación clínica, **ni Medicare ni nuestro plan pagarán ninguno de los siguientes:**

- Por lo general, Medicare no pagará el nuevo artículo o servicio que se está probando en el estudio, a menos que Medicare cubriera el artículo o servicio incluso si usted no participara en un estudio.
- Artículos o servicios proporcionados únicamente para recopilar datos y no utilizados en su atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no pagará las tomografías computarizadas mensuales realizadas como parte de un estudio si su afección médica normalmente solo requiere una.
- Artículos y servicios proporcionados por los patrocinadores de la investigación de forma gratuita para las personas que participan en el ensayo.

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

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

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

Sección 6.1 Una institución religiosa de atención sanitaria no médica

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

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

Para recibir atención de una institución religiosa de atención sanitaria no médica, debe firmar un documento legal que indique que se opone conscientemente a recibir un tratamiento médico que **no esté exceptuado**.

- La atención o el tratamiento médico **no exceptuado** es cualquier atención o tratamiento médico que sea *voluntario* y *no requerido* por ninguna ley federal, estatal o local.
- El tratamiento médico **exceptuado** es la atención o el tratamiento médico que usted recibe y que *no* es voluntario o que *es requerido* por la ley federal, estatal o local.

Para estar cubierto por nuestro plan, la atención que reciba de una institución religiosa de atención sanitaria no médica debe cumplir las siguientes condiciones:

- El centro que proporciona la atención debe estar certificado por Medicare.
- Nuestro plan solo cubre los aspectos *no religiosos* de la atención.
- Si recibe servicios de esta institución que se le brindan en un centro, se aplican las siguientes condiciones:
  - Debe tener una condición médica que le permitiría obtener servicios cubiertos de atención hospitalaria para pacientes internados o atención en un centro de enfermería especializada.
  - – *y* – debe obtener la aprobación previa de nuestro plan antes de ser admitido en el centro, o su estadía no estará cubierta.

La cobertura de atención hospitalaria para pacientes internados se basa en el período de beneficios y los costos compartidos de Medicare Original. Es posible que se apliquen costos compartidos; sin embargo, si usted es elegible para Medicaid, no tendrá ningún costo compartido por los servicios cubiertos por Medicare. Consulte el Capítulo 4, Cuadro de Beneficios Médicos, para ver qué está cubierto y cuánto le corresponde pagar.

SECCIÓN 7 Normas de propiedad de equipos médicos duraderos

Sección 7.1 Usted no será propietario de algún equipo médico duradero después de realizar una cierta cantidad de pagos bajo nuestro plan

El equipo médico duradero (DME) incluye artículos como equipos y suministros de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, sistemas de colchones eléctricos, muletas, suministros para diabéticos, dispositivos para generar voz, bombas de infusión intravenosa, nebulizadores y camas de hospital solicitadas por un proveedor para que los miembros las usen en casa. El miembro siempre posee algunos artículos de DME, como prótesis. Otros tipos de DME usted debe alquilarlos.

En Medicare Original, las personas que alquilan ciertos tipos de DME son propietarias del equipo después de pagar copagos por el artículo durante 13 meses. **Como miembro de Champion Plus (HMO C-SNP), normalmente no obtendrá la propiedad de los artículos de DME alquilados, independientemente de la cantidad de copagos que realice por el artículo mientras sea miembro de nuestro plan**. No obtendrá la propiedad incluso si realizó hasta 12 pagos consecutivos por el artículo de DME con Medicare Original antes de unirse a nuestro plan. En ciertas circunstancias limitadas, le transferiremos la propiedad del artículo de DME. Llame a Servicios para Miembros al 1-800-885-8000 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) para más información.

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

Si no obtuvo la propiedad del artículo de DME mientras estuvo en nuestro plan, deberá realizar 13 pagos consecutivos nuevos después de cambiarse a Medicare Original para obtener la propiedad del artículo de DME. Los pagos que realizó mientras estaba afiliado a nuestro plan no cuentan para estos 13 pagos.

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

Ejemplo 2: Realizó 12 o menos pagos consecutivos por el artículo en Medicare Original y luego se unió a nuestro plan. No obtuvo la propiedad del artículo mientras estuvo en nuestro plan. Luego, regresa a Medicare Original. Tendrá que realizar 13 pagos consecutivos nuevos para obtener la propiedad del artículo una vez que vuelva a unirse a Medicare Original. Cualquier pago que ya haya realizado (ya sea a nuestro plan o a Medicare Original) no cuenta.

Sección 7.2 Reglas para equipos de oxígeno, suministros y mantenimiento

Si califica para la cobertura de equipo de oxígeno de Medicare, Champion Plus (HMO C-SNP) cubrirá lo siguiente:

- Alquiler de equipo de oxígeno
- Entrega de oxígeno y contenidos de oxígeno
- Tubos y accesorios de oxígeno relacionados para la entrega de oxígeno y contenidos de oxígeno
- Mantenimiento y reparaciones del equipo de oxígeno

Si deja Champion Plus (HMO C-SNP) o ya no necesita por razones médicas el equipo de oxígeno, entonces deberá devolverlo.

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

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

CAPÍTULO 4: Cuadro de Beneficios Médicos (qué cubre y qué paga)

SECCIÓN 1 Entender sus costos de bolsillo por los servicios cubiertos

El Cuadro de Beneficios Médicos enumera sus servicios cubiertos y muestra cuánto paga por cada servicio cubierto como miembro de Champion Plus (HMO C-SNP). Esta sección también brinda información sobre los servicios médicos que no están cubiertos y explica los límites en ciertos servicios.

Sección 1.1 Costos de bolsillo que usted puede pagar por los servicios cubiertos

Los tipos de costos de bolsillo que puede pagar por los servicios cubiertos incluyen:

Deducible: el monto que usted debe pagar por los servicios médicos antes de que nuestro plan comience a pagar su parte. (La Sección 1.2 le brinda más información sobre el deducible de nuestro plan).

- **Copago:** La cantidad fija que paga cada vez que recibe ciertos servicios médicos. Paga un copago al recibir el servicio médico. (El Cuadro de Beneficios Médicos le brinda más información sobre sus copagos).
- **Coseguro:** El porcentaje que paga del costo total de ciertos servicios médicos. Paga un coseguro al recibir el servicio médico. (El Cuadro de Beneficios Médicos le brinda más información sobre su coseguro).

La mayoría de las personas que califican para Medicaid o para el programa de Beneficiario Calificado de Medicare (QMB) no pagan deducibles, copagos ni coseguros. Si participa en uno de estos programas, asegúrese de mostrarle a su proveedor su comprobante de elegibilidad para Medicaid o QMB.

Sección 1.2 Deducible de nuestro plan

Su deducible de la Parte B es de $283. Este es el monto de costo compartido de 2026 y puede cambiar en 2027. Champion Plus (HMO C-SNP) proporcionará las tarifas actualizadas tan

pronto como se publiquen. Hasta que haya pagado el monto del deducible de la Parte B, usted debe pagar el costo total de sus servicios cubiertos. Después de pagar su deducible de la Parte B, comenzaremos a pagar nuestra parte de los costos de los servicios médicos cubiertos, y usted pagará su parte (su monto de copago o coseguro) durante el resto del año calendario.

El deducible de la Parte B no se aplica a algunos servicios. Esto significa que nosotros pagamos nuestra parte de los costos de estos servicios aunque usted todavía no haya pagado su deducible. El deducible no se aplica a los siguientes servicios:

Servicios de la Parte A (como hospitalización para pacientes internados y centros de enfermería especializada);

Servicios de emergencia o de urgencia necesaria;

Insulinas y vacunas de la Parte B (incluidas las insulinas suministradas a través de proveedores de equipo médico duradero);

Servicios preventivos de Medicare;

Beneficios no cubiertos por Medicare marcados con un asterisco en el Cuadro de Beneficios Médicos; y

Servicios no cubiertos por Medicare ni por nuestro plan.

Sección 1.3Nuestro plan también tiene un deducible separado para ciertos tipos de servicios

Además del deducible de nuestro plan que se aplica a todos los servicios médicos de la Parte B cubiertos dentro de la red, también tenemos un deducible de la Parte A para ciertos tipos de servicios.

Hasta que haya pagado el monto del deducible de la Parte A por cada período de beneficios cubierto por Medicare, usted debe pagar el costo total de los servicios de hospitalización aguda para pacientes internados y de hospitalización psiquiátrica para pacientes internados dentro de la red. Después de pagar su deducible, nosotros pagaremos nuestra parte de los costos de estos servicios, y usted pagará su parte. El Cuadro de Beneficios Médicos muestra los deducibles por categoría de servicio.

Sección 1.4 ¿Cuál es el monto máximo que pagará por los servicios médicos cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare?

Los planes Medicare Advantage tienen límites en cuanto al monto total que usted tiene que pagar de su bolsillo cada año por los servicios médicos dentro de la red cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Este límite se denomina monto máximo de desembolso personal (MOOP) para servicios médicos. Para el año calendario 2027, el monto MOOP es de $9,850.00.

Los montos que paga por deducibles, copagos y coseguro por los servicios cubiertos dentro de la red cuentan para este desembolso máximo anual de bolsillo. Los montos que paga por las primas del plan y los medicamentos de la Parte D no cuentan para su desembolso máximo anual de bolsillo. Además, los montos que paga por algunos servicios no cuentan para su desembolso máximo anual de bolsillo. Estos servicios están marcados con un asterisco en el Cuadro de Beneficios Médicos. Si alcanza el desembolso máximo anual de bolsillo de $9,850.00, no tendrá que pagar ningún costo de su bolsillo durante el resto del año por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B dentro de la red. Sin embargo, debe seguir pagando la prima de su plan y la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid u otro tercero pague su prima de la Parte B por usted).

Sección 1.5 Los proveedores no pueden facturarle el saldo

Como miembro de Champion Plus (HMO C-SNP), usted tiene una protección importante porque, después de cumplir con cualquier deducible, solo tiene que pagar el monto de costo compartido de nuestro plan cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. Los proveedores no pueden cobrarle cargos separados adicionales, llamados facturación de saldo. Esta protección se aplica incluso si pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio, y aun cuando haya una disputa y no paguemos ciertos cargos del proveedor.

Así es como funciona la protección contra la facturación de saldo:

- Si su costo compartido es un copago (una cantidad fija de dólares, por ejemplo, $15.00), usted paga solo esa cantidad por cualquier servicio cubierto de un proveedor de la red.
- Si su costo compartido es un coseguro (un porcentaje del total de los cargos), nunca pagará más de ese porcentaje. Sin embargo, su costo depende del tipo de proveedor que consulte:
    - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor de la red, usted paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de reembolso de nuestro plan (esto se establece en el contrato entre el proveedor y nuestro plan).

  - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que participa en Medicare, usted paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para proveedores participantes. (Nuestro plan cubre servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, como cuando recibe una derivación médica, o en caso de emergencias o de atención de urgencia necesaria).
  - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que no participa en Medicare, usted paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para proveedores no participantes. (Nuestro plan cubre servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, como cuando recibe una derivación médica, o en caso de emergencias o de atención de urgencia necesaria fuera del área de servicio).
- Si cree que un proveedor le ha facturado un saldo, llame a Servicios para Miembros al 1-800-885-8000 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711).

SECCIÓN 2 El Cuadro de Beneficios Médicos muestra sus beneficios y costos médicos

El Cuadro de Beneficios Médicos en las siguientes páginas enumera los servicios que Champion Plus (HMO C-SNP) cubre y lo que usted paga de su bolsillo por cada servicio (la cobertura de medicamentos de la Parte D se encuentra en el Capítulo 5). Los servicios enumerados en el Cuadro de Beneficios Médicos solo están cubiertos cuando se cumplen las siguientes condiciones:

- Sus servicios cubiertos por Medicare deben brindarse de acuerdo con las pautas de cobertura de Medicare.
- Sus servicios (incluyendo atención médica, servicios, suministros, equipos y medicamentos de la Parte B) *deben* ser médicamente necesarios. Médicamente necesario significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.
- Para los nuevos afiliados, su plan de atención coordinada de MA debe proporcionar un período de transición mínimo de 90 días, durante el cual el nuevo plan de MA no puede requerir autorización previa para ningún curso de tratamiento activo, incluso si el curso de tratamiento fue para un servicio que comenzó con un proveedor fuera de la red.

- Recibe atención médica de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, la atención médica de un proveedor fuera de la red no estará cubierta, a menos que se trate de una emergencia o atención de urgencia, o que nuestro plan o un proveedor de la red le haya remitido. Esto significa que usted paga al proveedor el total de los servicios fuera de la red que reciba.
- Tiene un proveedor de atención primaria (PCP) que le brinda y supervisa su atención. En la mayoría de los casos, su PCP debe darle su aprobación previa (una derivación) antes de poder consultar con otros proveedores de la red de nuestro plan.
- Algunos servicios incluidos en el Cuadro de Beneficios Médicos *solo* están cubiertos si su médico u otro proveedor de la red obtiene nuestra aprobación previa (a veces llamada autorización previa). Los servicios cubiertos que requieren aprobación previa están marcados en cursiva en el Cuadro de Beneficios Médicos (por ejemplo: "*Puede requerirse autorización previa*").
- Si su plan de atención coordinada aprueba una solicitud de autorización previa para un curso de tratamiento, la aprobación debe ser válida durante el tiempo que sea médicamente razonable y necesario para evitar interrupciones en la atención, de acuerdo con los criterios de cobertura aplicables, sus antecedentes médicos y la recomendación del proveedor que lo trata.

Otras cosas importantes que debe saber sobre nuestra cobertura:

- Al igual que todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Medicare Original. Para algunos de estos beneficios, usted paga *más* en nuestro plan que en Medicare Original. Para otros, usted paga *menos.* (Para obtener más información sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte su manual *Medicare Y Usted 2027*. Consúltelo en línea en Medicare.gov o solicite una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048).
- Para los servicios preventivos cubiertos sin costo por Medicare Original, también cubrimos esos servicios sin costo para usted. Sin embargo, si también recibe tratamiento o control por una afección médica existente durante la visita cuando recibe el servicio preventivo, se aplicará un copago por la atención que recibió para la afección médica existente.
- Si Medicare agrega cobertura para cualquier servicio nuevo durante 2027, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.
- Si se encuentra dentro del período de 6 meses de elegibilidad continua considerada de nuestro plan, continuaremos brindándole todos los beneficios cubiertos por el plan, y los montos de su costo compartido no cambian durante este período.

Información importante sobre beneficios para personas con enfermedades crónicas

- Si le diagnostican alguna de las afecciones crónicas que se indican a continuación y cumple determinados criterios, podría ser elegible para recibir beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas.
    - Afección crónica e incapacitante de salud mental, incluidos los trastornos bipolares, los trastornos depresivos mayores, el trastorno paranoide, la esquizofrenia y el trastorno esquizoafectivo.
    - Participación en un programa intensivo de gestión de atención
    - Tener un mayor riesgo de hospitalización o de otros resultados de salud adversos
- Para obtener más detalles, consulte la fila *Beneficios suplementarios especiales para enfermos crónicos* en el Cuadro de Beneficios Médicos a continuación.
- Contáctenos para saber exactamente a qué beneficios puede tener derecho.

Esta manzana muestra los servicios preventivos en el Cuadro de Beneficios Médicos.

Cuadro de Beneficios Médicos

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Detección de aneurisma aórtico abdominal Una ecografía de detección única para personas en riesgo. Nuestro plan solo cubre esta prueba si presenta ciertos factores de riesgo y si recibe una derivación de su médico, asistente médico (PA), enfermera practicante (NP) o enfermera clínica especialista (CNS).	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para esta prueba de detección preventiva.
Acupuntura para el dolor lumbar crónico Los servicios cubiertos incluyen: Se cubren hasta 12 visitas en 90 días en las siguientes circunstancias: A los efectos de este beneficio, el dolor lumbar crónico se define como: • Que dura 12 semanas o más • Inespecífico, en el sentido de que no tiene una causa sistémica identificable (es decir, no está asociado con enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.) • No asociado con cirugía • No asociado con el embarazo Se cubrirán 8 sesiones adicionales para los pacientes que demuestren mejoría. No se pueden administrar más de 20 sesiones de acupuntura al año. El tratamiento debe suspenderse si el paciente no mejora o presenta regresión. **Requisitos del proveedor:** Los médicos pueden proporcionar acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales aplicables. Los asistentes médicos (PA), los enfermeros profesionales (NP)/enfermeros especialistas clínicos (CNS) y el personal auxiliar pueden brindar acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales aplicables y tienen:	20% del costo de los servicios cubiertos por Medicare

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• un título de maestría o doctorado en acupuntura o medicina oriental de una escuela acreditada por la Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental (ACAOM); y, • una licencia actual, completa, activa y sin restricciones para practicar la acupuntura en un estado, territorio o estado libre asociado (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos o el Distrito de Columbia. El personal auxiliar que proporcione acupuntura debe estar bajo el nivel apropiado de supervisión de un médico, PA o NP/CNS requerido por nuestras regulaciones.	
Servicios de ambulancia Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sea para una situación de emergencia o que no sea de emergencia, incluyen servicios de ambulancia de ala fija, de ala giratoria y terrestre hasta el centro adecuado más cercano que pueda brindar atención, si se prestan a un miembro cuya afección médica sea tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro la salud de la persona o si están autorizados por nuestro plan. Si los servicios de ambulancia cubiertos no son para una situación de emergencia, se debería documentar que la afección del miembro es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro la salud de la persona y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario.	Copago de $0 por servicios de ambulancia terrestre que no sean de emergencia 20% del costo de todos los demás transportes terrestres, sin exceder un copago de $125 20% del costo de los servicios de ambulancia aérea Puede requerirse autorización previa para servicios de ambulancia que no sean de emergencia
Examen físico anual* El examen físico anual de rutina incluye un examen físico integral y una evaluación de su estado de salud y de sus enfermedades crónicas. El examen físico anual de rutina se limita a uno por año calendario. Nota: El examen no incluye análisis de laboratorio, pruebas diagnósticas ni otros servicios que se puedan ordenar durante su visita. Podría aplicarse un costo compartido adicional,	Copago de $0 *Puede requerirse autorización previa*

Servicio cubierto	Lo que usted paga
como se describe en otra sección de este Cuadro de Beneficios Médicos.	
Visita anual de bienestar Si lleva más de 12 meses con la Parte B, puede obtener una consulta de bienestar anual para desarrollar o actualizar un plan de prevención personalizado según su estado de salud actual y sus factores de riesgo. Esta consulta está cubierta una vez cada 12 meses. **Nota**: Su primera consulta anual de bienestar no puede realizarse dentro de los 12 meses posteriores a su consulta preventiva de *Bienvenido a Medicare*. Sin embargo, no es necesario que haya tenido una consulta de *Bienvenido a Medicare* para tener cobertura para las consultas anuales de bienestar después de haber tenido la Parte B durante 12 meses.	No hay coseguro, copago ni deducible para la visita de bienestar anual.
Medición de la masa ósea Para las personas calificadas (generalmente, esto significa personas en riesgo de perder masa ósea o en riesgo de osteoporosis), los siguientes servicios están cubiertos cada 24 meses o con mayor frecuencia si es médicamente necesario: procedimientos para identificar la masa ósea, detectar la pérdida ósea o determinar la calidad ósea, incluida la interpretación de los resultados por parte de un médico.	No hay coseguro, copago ni deducible para la medición de masa ósea cubierta por Medicare.
Detección del cáncer de mama (mamografías) Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Una mamografía de referencia entre los 35 y 39 años • Una mamografía de detección cada 12 meses para las mujeres de 40 años o más • Exámenes clínicos de mamas una vez cada 24 meses	No hay coseguro, copago ni deducible para las mamografías de detección cubiertas.
Servicios de rehabilitación cardíaca Se cubren programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicios, educación y asesoramiento para los miembros que cumplan con determinadas condiciones y tengan una derivación del médico.	20% del costo de los servicios cubiertos por Medicare

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Nuestro plan cubre estos programas integrales si ha tenido al menos una de estas afecciones: • Ataque cardíaco en los últimos 12 meses • Cirugía de bypass de las arterias coronarias • Angina de pecho estable (dolor en el pecho) • Reparación o reemplazo de válvulas cardíacas • Angioplastia coronaria (un procedimiento médico que se usa para abrir una arteria obstruida) o colocación de stent coronario (un procedimiento que se usa para mantener abierta una arteria) • Trasplante de corazón o de corazón y pulmón • Insuficiencia cardíaca crónica estable Limitaciones de la cobertura: Puede recibir hasta 36 sesiones de rehabilitación cardíaca. Puede tener 2 sesiones por día (cada una de 1 hora de duración), y el programa puede durar hasta 36 semanas. Si reúne los requisitos, es posible que pueda recibir 36 sesiones más, que se pueden distribuir en un período más largo.	*Puede requerirse autorización previa y/o derivación*
Visita de reducción del riesgo de enfermedades cardiovasculares (terapia para enfermedades cardiovasculares) Cubrimos una visita al año con su médico de cabecera para ayudarle a reducir su riesgo de enfermedad cardiovascular. Durante esta visita, su médico podría hablar sobre el uso de aspirina (si corresponde), controlar su presión arterial y darle consejos para asegurarse de que lleve una alimentación saludable.	No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio de prevención de enfermedades cardiovasculares mediante terapia conductual intensiva.
Pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o de anomalías asociadas a un riesgo elevado de enfermedades cardiovasculares) una vez cada 5 años (60 meses).	No hay coseguro, copago ni deducible para las pruebas de enfermedad cardiovascular que se cubren una vez cada 5 años.
Detección del cáncer de cuello uterino y de vagina	No hay coseguro, copago ni deducible para los

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Para todas las mujeres: las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos están cubiertos una vez cada 24 meses. • Una prueba de Papanicolaou cada 12 meses si tiene un alto riesgo de cáncer de cuello uterino o de vagina, o si está en edad fértil y ha tenido una prueba de Papanicolaou anormal en los últimos 3 años.	exámenes pélvicos y de Papanicolaou preventivos cubiertos por Medicare.
Servicios quiroprácticos Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Solo cubrimos la manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación vertebral	Copago de $0 por los servicios cubiertos por Medicare
Detección del cáncer colorrectal Se cubren las siguientes pruebas de detección: • La colonoscopia no tiene límite de edad mínima ni máxima y está cubierta una vez cada 120 meses (10 años) para los pacientes que no tienen alto riesgo, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para los pacientes que no tienen alto riesgo de cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para los pacientes de alto riesgo después de una colonoscopia de detección previa. • Colonografía por tomografía computarizada para pacientes de 45 años o más que no tienen alto riesgo de cáncer colorrectal, y está cubierta cuando han pasado al menos 59 meses desde el mes en que se realizó la última colonografía por tomografía computarizada de detección o han pasado 47 meses desde el mes en que se realizó la última sigmoidoscopia flexible de detección o colonoscopia de detección. Para los pacientes con alto riesgo de cáncer colorrectal, cobertura de una colonografía por tomografía computarizada de detección realizada después de que hayan pasado al menos 23 meses después del mes en que se realizó la última colonografía por tomografía computarizada de detección o la última colonoscopia de detección.	No hay coseguro, copago ni deducible para una prueba de detección de cáncer colorrectal cubierta por Medicare. Si su médico encuentra y extirpa un pólipo u otro tejido durante la colonoscopia o la sigmoidoscopia flexible, la prueba de detección se convierte en un examen de diagnóstico y está sujeta al 20% del costo del examen de diagnóstico.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• Sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 120 meses para pacientes sin alto riesgo después de una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para pacientes de alto riesgo desde la última sigmoidoscopia flexible o colonografía por tomografía computarizada. • Pruebas de detección de sangre oculta en heces para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 12 meses. • Prueba de ADN en heces multiobjetivo para pacientes de 45 a 85 años que no cumplen con los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Pruebas de biomarcadores sanguíneos para pacientes de 45 a 85 años que no cumplen los criterios de alto riesgo. Cada 3 años. • Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de detección de seguimiento después de que una prueba de detección de cáncer colorrectal no invasiva basada en heces cubierta por Medicare arroje un resultado positivo. • Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una sigmoidoscopia flexible de detección o una colonoscopia de detección planificada que implique la extracción de tejido u otro • material, u otro procedimiento realizado en relación con la prueba de detección, como resultado de ella y en la misma consulta clínica.	
Servicios dentales En general, los servicios dentales preventivos (como limpiezas, exámenes dentales de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Medicare Original. Sin embargo, Medicare cubre los servicios dentales en un número limitado de circunstancias, especialmente cuando dicho servicio forma parte integral del tratamiento específico de la afección médica primaria de una persona. Algunos ejemplos incluyen la reconstrucción de la mandíbula después de una fractura o lesión, las extracciones dentales realizadas como preparación para la radioterapia por cáncer que afecta la	Usted recibe una asignación de beneficios de **$3,000** cada año para servicios dentales preventivos e integrales dentro de la red combinados. Copago de $0 por los servicios cubiertos por Medicare

Servicio cubierto	Lo que usted paga
mandíbula, o los exámenes bucales previos a un trasplante de órganos. Además, cubrimos: **Servicios dentales preventivos*** • Exámenes orales (1 examen oral integral o evaluación periodontal cada 3 años; todos los demás exámenes orales están limitados a 2 por año) • Profilaxis (limpieza) (2 cada año) • Tratamiento con flúor (2 cada año) • Radiografías dentales (1 serie de radiografías de aleta de mordida cada año; 2 imágenes periapicales cada año; 1 serie intraoral completa o imagen panorámica una vez cada año 2 años) • Otros servicios dentales de diagnóstico (citas de teleodontología ilimitadas; 1 análisis de muestra de saliva y pruebas de vitalidad pulpar cada 2 años) **Servicios dentales integrales*** • Servicios de restauración (2 cada año) • Endodoncia (2 tratamientos de conducto cada año; todos los demás servicios de endodoncia son ilimitados) • Periodoncia (ilimitada) • Prostodoncia (removible y fija) (ilimitada) • Cirugía oral y maxilofacial (3 extracciones cada año calendario)	Servicios preventivos $0 de copago por servicios preventivos Servicios integrales • 20% del costo de: ○ Restauración menor (empastes) ○ Endodoncia ○ Periodoncia ○ Cirugía oral • 40% del costo de: ○ Restauración mayor (coronas/puentes) ○ Prostodoncia (fija y removible)
Todos los costos compartidos de atención dental no cubiertos por Medicare y el beneficio máximo permitido se aplican únicamente a los servicios dentro de la red. La parte no utilizada del máximo anual no se traslada al beneficio del año siguiente. El miembro es responsable de cualquier monto que exceda el máximo anual. Para obtener más información sobre los servicios dentales cubiertos, visite www.ChampionHMO.com o llame a nuestro Servicio de Atención al Miembro al número que figura al dorso de este documento.	*Es posible que se requiera autorización previa y/o derivación para atención dental integral*

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Detección de depresión Cubrimos una prueba de detección de depresión al año. La prueba debe realizarse en un centro de atención primaria que pueda ofrecer tratamiento de seguimiento y/o derivaciones.	No hay coseguro, copago ni deducible para una visita anual de detección de depresión.
Detección de diabetes Cubrimos esta prueba de detección (incluye pruebas de glucosa en ayunas) si presenta alguno de estos factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia), obesidad o antecedentes de niveles altos de azúcar en sangre (glucosa). Las pruebas también podrían estar cubiertas si cumple con otros requisitos, como sobrepeso y antecedentes familiares de diabetes. Usted puede ser elegible para hasta 2 exámenes de detección de diabetes cada 12 meses después de la fecha de su prueba de detección de diabetes más reciente.	No hay coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.
Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para diabéticos Para todas las personas con diabetes (usuarios y no usuarios de insulina). Los servicios cubiertos incluyen: • Suministros para controlar su glucosa en sangre: monitor de glucosa en sangre, tiras reactivas para medir glucosa en sangre, dispositivos de lancetas y lancetas, y soluciones de control de glucosa para comprobar la precisión de las tiras reactivas y los monitores. • Para las personas con diabetes que tienen enfermedad grave del pie diabético, un par por año calendario de zapatos terapéuticos moldeados a medida (incluidas las plantillas que se proporcionan con dichos zapatos) y 2 pares adicionales de plantillas, o un par de zapatos de profundidad y 3 pares de plantillas (sin incluir las plantillas removibles no personalizadas que se proporcionan con dichos zapatos), incluida la adaptación • Capacitación en autogestión de la diabetes bajo ciertas condiciones	Copago de $0 por servicios cubiertos por Medicare

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Equipo médico duradero (EMD) y suministros relacionados (Para obtener una definición de equipo médico duradero, consulte el Capítulo 12 y el Capítulo 3). Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, camas de hospital solicitadas por un proveedor para uso en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos de generación de voz, equipos de oxígeno, nebulizadores y andadores. Cubrimos todo el EMD médicamente necesario cubierto por Medicare Original. Si nuestro proveedor en su área no ofrece una marca o fabricante en particular, puede preguntarle si puede encargarlo especialmente para usted. La lista más reciente de proveedores está disponible en nuestro sitio web www.ChampionHMO.com. Por lo general, Champion Plus (HMO C-SNP) cubre cualquier EMD cubierto por Medicare Original de las marcas y fabricantes de esta lista. No cubriremos otras marcas ni fabricantes a menos que su médico u otro proveedor nos indique que la marca es adecuada para sus necesidades médicas. Si es nuevo en Champion Plus (HMO C-SNP) y usa una marca de EMD que no está en nuestra lista, continuaremos cubriéndola hasta por 90 días. Durante este período, debe consultar con su médico para decidir qué marca es médicamente apropiada después de este período de 90 días. (Si no está de acuerdo con su médico, puede pedirle que lo derive a una segunda opinión). Si usted (o su proveedor) no está de acuerdo con la decisión de cobertura de nuestro plan, usted o su proveedor 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 adecuado para su afección médica. (Para obtener más información sobre las apelaciones, consulte el Capítulo 9).	20% del costo del equipo médico duradero (EMD) y los suministros relacionados cubiertos por Medicare Su costo compartido para la cobertura del equipo de oxígeno de Medicare es el 20% del costo. Su costo compartido no cambiará después de que se inscriba durante 36 meses. *Puede requerirse autorización previa*
Atención de emergencia La atención de emergencia se refiere a los servicios que son:	Copago de $115

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• Proporcionados por un proveedor calificado para brindar servicios de emergencia • Necesarios para evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia Una emergencia médica ocurre cuando usted, o cualquier otra persona prudente con conocimientos promedio de salud y medicina, cree que presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para prevenir la muerte (y, si usted es una mujer embarazada, la pérdida del bebé por nacer), la pérdida de una extremidad o la pérdida de la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección médica que empeora rápidamente. El costo compartido de los servicios de emergencia necesarios que recibe fuera de la red es el mismo que cuando recibe estos servicios dentro de la red. **Atención de emergencia en todo el mundo*** El plan cubre la atención de emergencia recibida en todo el mundo hasta un límite máximo de beneficios de $100,000 por año, sin exceder el 60% de las tarifas locales de Medicare. El límite máximo de beneficios se combina con la atención de urgencia necesaria en todo el mundo. Consulte Atención de urgencia necesaria más adelante en esta tabla. (La atención de emergencia en todo el mundo se refiere a los servicios de atención de emergencia recibidos fuera de los Estados Unidos y sus territorios).	El copago se exime si ingresa al hospital dentro de las 24 horas posteriores a la visita a la sala de urgencias por el mismo problema. Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención como paciente internado después de que se estabilice su afección de emergencia, debe trasladarse a un hospital de la red para que su atención continúe cubierta O su atención como paciente internado en el hospital fuera de la red debe ser autorizada por nuestro plan y su costo es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red. **Atención de emergencia en todo el mundo** $0 copago
Programas de educación sobre salud y bienestar **Educación para la salud*** Las clases de educación para la salud se ofrecen en persona o como sesiones educativas interactivas virtuales con profesionales de la salud para brindar información sobre la	$0 de copago para educación para la salud

Servicio cubierto	Lo que usted paga
salud. También se proporcionan materiales de educación para la salud, además de acceso a un sitio web con coaching telefónico en vivo, intervenciones en tiempo real, retroalimentación y establecimiento de objetivos. **Aptitud física*** A los miembros se les reembolsa hasta $35 por mes por programas de acondicionamiento físico o membresías.	Copago de $0 por el beneficio de acondicionamiento físico
Servicios de audición Las evaluaciones de diagnóstico de la audición y del equilibrio que realiza su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico están cubiertas como atención para pacientes ambulatorios cuando las recibe de un médico, un audiólogo u otro proveedor calificado. **Beneficio auditivo complementario*** Usted recibe: • Un (1) examen de audición de rutina por año • La compra de audífonos incluye un año de visitas de seguimiento para adaptación y ajustes a partir de la fecha de compra • Adaptación y evaluaciones de audífonos ilimitadas por año • Dos (2) audífonos cada 3 años Nuestro plan tiene contrato con TruHearing para brindarle servicios de audición complementarios. Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros o visite nuestro sitio web www.ChampionHMO.com.	$0 copago por: • Servicios cubiertos por Medicare • Examen de audición de rutina • Adaptación y evaluación de audífonos Copago de $149 por audífono (hasta 2 audífonos)
Prueba de detección del VIH Para las personas que solicitan una prueba de detección del VIH o tienen un mayor riesgo de infección por VIH, cubrimos: • Un examen de detección cada 12 meses Si está embarazada, cubrimos: • Hasta 3 exámenes de detección durante el embarazo	No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para la prueba preventiva del VIH cubierta por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Dispositivos y modificaciones de seguridad para el hogar y el baño* Este beneficio incluye la provisión de una silla de ducha para los miembros que requieran asistencia y apoyo adicional.	$0 copago
Atención médica domiciliaria Antes de recibir servicios de atención médica a domicilio, un médico debe certificar que usted necesita servicios de atención médica a domicilio y ordenará que una agencia de atención médica a domicilio le brinde dichos servicios. Usted debe estar confinado en su hogar, lo que significa que salir de su casa requiere un gran esfuerzo. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Servicios de enfermería especializada y de asistencia sanitaria a domicilio a tiempo parcial o intermitente (para estar cubierto por el beneficio de atención sanitaria a domicilio, sus servicios de enfermería especializada y de asistencia sanitaria a domicilio combinados deben sumar 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	Copago de $0 por servicios cubiertos por Medicare *Puede requerirse autorización previa y/o derivación*
Terapia de infusión domiciliaria La terapia de infusión en el hogar consiste en la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a una persona en su hogar. Los componentes necesarios para realizar la infusión en el hogar incluyen el medicamento (por ejemplo, antivirales, inmunoglobulina), el equipo (por ejemplo, una bomba) y los suministros (por ejemplo, tubos y catéteres). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, prestados de acuerdo con nuestro plan de atención • Capacitación y educación de pacientes que no estén cubiertas de otro modo por el beneficio de equipo médico duradero	20% del costo de los servicios de terapia de infusión en el hogar 0% a 20% del costo de los medicamentos de la Parte B 20% del costo del equipo y los suministros *Puede requerirse autorización previa*

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• Monitoreo remoto • Servicios de supervisión para la prestación de terapia de infusión domiciliaria y medicamentos de infusión domiciliaria proporcionados por un proveedor de terapia de infusión domiciliaria calificado.	
Atención de hospicio Usted es elegible para el beneficio de hospicio cuando su médico y el director médico del hospicio le han dado un pronóstico de enfermedad terminal que certifica que usted tiene una enfermedad terminal y una expectativa de vida de 6 meses o menos si su enfermedad sigue su curso normal. Puede recibir atención de cualquier programa de hospicio certificado por Medicare. Nuestro plan está obligado a ayudarlo a encontrar programas de hospicio certificados por Medicare en el área de servicio de nuestro plan, incluidos los programas que nos pertenecen, que controlamos o en los que tenemos un interés financiero. Su médico del hospicio puede ser un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red. Los servicios cubiertos incluyen: • Medicamentos para el control de los síntomas y el alivio del dolor • Cuidado de relevo a corto plazo • Cuidado domiciliario Cuando lo admiten en un hospicio, tiene derecho a permanecer en nuestro plan; si permanece en nuestro plan, debe continuar pagando las primas del plan. **Para los servicios de hospicio y los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare que están relacionados con su pronóstico de enfermedad terminal:** Medicare Original (en lugar de nuestro plan) le pagará a su proveedor de hospicio por sus servicios de hospicio y por cualquier servicio de la Parte A y la Parte B relacionado con su pronóstico de enfermedad terminal. Mientras esté en el programa de hospicio, su proveedor de hospicio le facturará a Medicare Original los servicios que paga Medicare Original. Se le facturará el costo compartido de Medicare Original.	Cuando se inscribe en un programa de hospicio certificado por Medicare, sus servicios de hospicio y sus servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su pronóstico de enfermedad terminal los paga Medicare Original, no Champion Plus (HMO C-SNP).

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Para servicios cubiertos por la Parte A o B de Medicare no relacionados con su pronóstico terminal: Si necesita servicios que no son de emergencia ni de atención de urgencia necesaria, cubiertos por la Parte A o B de Medicare que no están relacionados con su pronóstico terminal, el costo de estos servicios depende de si utiliza un proveedor de la red de nuestro plan y sigue las reglas del plan (por ejemplo, si existe un requisito para obtener autorización previa). • Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor de la red y sigue las reglas del plan para obtener el servicio, usted paga solo el monto de costo compartido de nuestro plan por los servicios dentro de la red. • Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, usted paga el costo compartido conforme a Medicare Original. **Para servicios cubiertos por Champion Plus (HMO C-SNP) pero no están cubiertos por la Parte A o B de Medicare:** Champion Plus (HMO C-SNP) continuará cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no estén cubiertos por la Parte A o la Parte B, independientemente de si están relacionados con su pronóstico terminal. Usted paga el costo compartido de nuestro plan por estos servicios. **Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Parte D de nuestro plan:** Si estos medicamentos no están relacionados con su afección terminal por la que recibe atención de hospicio, usted paga el costo compartido. Si están relacionados con su afección terminal por la que recibe atención de hospicio, usted paga el costo compartido de Medicare Original. Los medicamentos nunca están cubiertos por el hospicio y por nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5, Sección 9.4. **Nota:** Si necesita cuidados que no sean de hospicio (atención que no está relacionada con su pronóstico terminal), contáctenos para coordinar los servicios.	

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Vacunas Los servicios cubiertos de la Parte B de Medicare incluyen: • Vacunas contra la neumonía • Vacunas contra la gripe/influenza, una vez por temporada de gripe/influenza en otoño e invierno, con vacunas contra la gripe/influenza adicionales si son médicamente necesarias • Vacunas contra la hepatitis B si nunca ha recibido una serie completa, si no conoce su historial de vacunación o si tiene cualquier otra afección que lo ponga en riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B • Vacunas para COVID-19 • Otras vacunas si está en riesgo y cumplen con las reglas de cobertura de la Parte B de Medicare También cubrimos la mayoría de las demás vacunas para adultos bajo nuestro beneficio de medicamentos de la Parte D. Consulte el Capítulo 6, Sección 8 para obtener más información.	No hay coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, la gripe/influenza, la hepatitis B y la COVID-19.
Atención hospitalaria para pacientes internados Incluye atención aguda para pacientes internados, rehabilitación para pacientes internados, hospitales de atención a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes internados. La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día en que lo internan formalmente en el hospital con una orden médica. El día antes de que le den de alta es su último día como paciente internado. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Habitación semiprivada (o habitación privada si es médicamente necesario) • Comidas incluyendo dietas especiales • Servicios regulares de enfermería • Costos de las unidades de cuidados especiales (como cuidados intensivos o unidades de cuidados coronarios)	Por cada período de beneficios cubierto por Medicare, usted paga: • Deducible de $1,736 por cada período de beneficios cubierto por Medicare • Copago de $0 por los días 1 a 60 • Copago de $434 por día por los días 61 a 90

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• Fármacos y medicamentos • Pruebas de laboratorio • Rayos X y otros servicios de radiología • Suministros médicos y quirúrgicos necesarios • Uso de aparatos, como sillas de ruedas • Costos de la sala de operaciones y de recuperación • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje • Servicios de abuso de sustancias para pacientes hospitalizados • Bajo ciertas condiciones, se cubren los siguientes tipos de trasplantes: de córnea, riñón, riñón-páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón-pulmón, médula ósea, células madre e intestino/multivisceral. Si necesita un trasplante, coordinaremos la revisión de su caso en un centro de trasplantes aprobado por Medicare, que determinará 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 dentro de la red están fuera del patrón de atención comunitaria, puede optar por un proveedor local, siempre que los proveedores locales acepten la tarifa de Medicare Original. Si Champion Plus (HMO C-SNP) ofrece servicios de trasplante en un lugar fuera del patrón de atención de su comunidad y usted decide recibir los trasplantes en este lugar distante, gestionaremos o pagaremos los costos de alojamiento y transporte correspondientes para usted y un acompañante. • Sangre, incluyendo almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y concentrado de glóbulos rojos comienza con la primera pinta de sangre que necesite. Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta. • Servicios médicos **Nota:** Para ser un paciente internado, su proveedor debe escribir una orden para admitirlo formalmente como paciente internado en el hospital. Aunque pase la noche en el hospital,	• Copago de $868 por día por cada día de reserva de por vida (hasta 60 días durante su vida) • 100% de todos los costos posteriores a los días de reserva de por vida correspondientes a una estadía determinada Estos son montos de costo compartido de 2026 y pueden cambiar en 2027. Champion Plus (HMO C-SNP) proporcionará las tarifas actualizadas tan pronto como se publiquen. Un período de beneficios comienza el día en que usted ingresa al hospital y termina después de que no haya recibido atención hospitalaria para pacientes internados durante 60 días consecutivos. No hay límite en la cantidad de períodos de beneficios. El costo compartido se cobra por cada período de

Servicio cubierto	Lo que usted paga
es posible que se le siga considerando un paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es un paciente internado o ambulatorio, pregunte al personal del hospital. • Obtenga más información en la hoja informativa de Medicare *Medicare Hospital Benefits* disponible en Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf, o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.	beneficios cubierto por Medicare. Si recibe atención autorizada como paciente internado en un hospital fuera de la red después de que se estabilice su afección de emergencia, su costo es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red. *Puede requerirse autorización previa y/o derivación*
Servicios de hospitalización en un hospital psiquiátrico Los servicios cubiertos incluyen servicios de atención de salud mental que requieren estadía en el hospital. • Existe un límite de 190 días de por vida para los servicios de hospitalización en un hospital psiquiátrico. El límite de 190 días no aplica a los servicios de salud mental para pacientes hospitalizados que se prestan en una unidad psiquiátrica de un hospital general. • Nuestro plan cubre hasta 90 días de hospitalización. Nuestro plan también cubre 60 “días de reserva vitalicia”. Si su hospitalización supera los 90 días, puede usar estos días de reserva. Una vez agotados todos sus días de reserva, su cobertura hospitalaria se limitará a 90 días.	Por cada período de beneficios cubierto por Medicare, usted paga: • Deducible de $1,736 por cada período de beneficios cubierto por Medicare • Copago de $0 por los días 1 a 60 • Copago de $434 por día por los días 61 a 90

Servicio cubierto	Lo que usted paga
	• Copago de $868 por día por cada día de reserva de por vida (hasta 60 días durante su vida) • 100% de todos los costos posteriores a los días de reserva de por vida correspondientes a una estadía determinada Estos son montos de costo compartido de 2026 y pueden cambiar en 2027. Champion Plus (HMO C-SNP) proporcionará las tarifas actualizadas tan pronto como se publiquen. Un período de beneficios comienza el día en que usted ingresa al hospital y termina después de que no haya recibido atención hospitalaria para pacientes internados durante 60 días consecutivos.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
	El costo compartido se cobra por cada período de beneficios cubierto por Medicare. Si recibe atención autorizada como paciente internado en un hospital fuera de la red después de que se estabilice su afección de emergencia, su costo es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red. Puede requerirse autorización previa y/o derivación
Estadía como paciente internado: Servicios cubiertos que recibe en un hospital o centro de enfermería especializada (SNF) durante una estadía como paciente internado no cubierta Si ha agotado sus beneficios de hospitalización o si la hospitalización no es razonable ni necesaria, no cubriremos su hospitalización. En algunos casos, cubriremos ciertos servicios que reciba mientras esté en el hospital o en un centro de enfermería especializada (SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Servicios médicos • Pruebas de diagnóstico (como pruebas de laboratorio)	Cuando su estadía ya no esté cubierta, estos servicios estarán cubiertos de acuerdo con las secciones pertinentes de este Cuadro de Beneficios Médicos. Por favor consulte las siguientes secciones: • Sección “Servicios de médicos/profesionales, incluidas las consultas

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• Terapia con rayos X, radio e isótopos, incluidos materiales y servicios técnicos • Apósitos quirúrgicos • Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y dislocaciones • Dispositivos protésicos y ortésicos (que no sean dentales) que reemplazan la totalidad o una parte de un órgano interno del cuerpo (incluido el tejido contiguo), o la totalidad o una parte de la función de un órgano interno del cuerpo que no funciona de forma permanente o que funciona mal, incluido el reemplazo o la reparación de dichos dispositivos • Aparatos ortopédicos para piernas, brazos, espalda y cuello; bragueros y piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos ajustes, reparaciones y reemplazos necesarios debido a roturas, desgaste, pérdidas o cambios en la condición física del paciente • Fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional	en el consultorio del médico”. • Sección “Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios”. • Sección “Dispositivos protésicos y suministros relacionados”. • Sección “Servicios de rehabilitación ambulatoria”.
Terapia nutricional médica Este beneficio es para las personas con diabetes, enfermedad renal (del riñón) (pero que no están en diálisis) o después de un trasplante de riñón, cuando lo ordena su médico. Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento individual durante el primer año en que recibe servicios de terapia médica nutricional conforme a Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan Medicare Advantage o Medicare Original), y 2 horas cada año después de eso. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambian, es posible que pueda recibir más horas de tratamiento con una orden de un médico. Un médico debe recetar estos servicios y renovar su orden todos los años si necesita continuar el tratamiento en el siguiente año calendario.	No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para servicios de terapia nutricional médica cubiertos por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP) **Los servicios del MDPP están cubiertos para las personas elegibles bajo todos los planes de salud de Medicare.** El MDPP es una intervención estructurada de cambio de comportamiento de salud que brinda capacitación práctica en cambios dietéticos a largo plazo, aumento de la actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar los desafíos de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.	No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio del MDPP.
Medicamentos de la Parte B de Medicare **Estos medicamentos están cubiertos por la Parte B de Medicare Original. Los miembros de nuestro plan obtienen cobertura para estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen:** • Medicamentos que, generalmente, el paciente no se autoadministra y que se inyectan o se administran por infusión mientras recibe servicios de médicos, servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios o servicios en un centro de cirugía ambulatoria • Insulina suministrada a través de un equipo médico duradero (como una bomba de insulina médicamente necesaria) • Otros medicamentos que usted toma utilizando equipo médico duradero (como nebulizadores) que fueron autorizados por nuestro plan • El medicamento para el Alzhéimer Leqembi® (nombre genérico lecanemab) se administra por vía intravenosa. Además de los costos de los medicamentos, es posible que necesite estudios por imágenes y pruebas adicionales antes y/o durante el tratamiento que podrían aumentar sus costos totales. Hable con su médico sobre qué estudios por imágenes y pruebas podría necesitar como parte de su tratamiento. • Factores de coagulación que usted mismo se administra mediante inyección si tiene hemofilia	0% a 20% del costo de los medicamentos de la Parte B y de los medicamentos de quimioterapia y radiación de la Parte B Copago de $0 por un suministro de 30 días de insulinas de la Parte B en los Niveles 1, 2 y 6 Copago de $35 por un suministro de 30 días de insulinas de la Parte B en los Niveles 3, 4 y 5 *Puede requerirse autorización previa*

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• Medicamentos inmunosupresores/para trasplantes: Medicare cubre el tratamiento con medicamentos para trasplantes si Medicare pagó su trasplante de órgano. Debe tener la Parte A en el momento del trasplante cubierto y debe tener la Parte B en el momento en que recibe los medicamentos inmunosupresores. La cobertura de medicamentos de la Parte D de Medicare cubre los medicamentos inmunosupresores si la Parte B no los cubre • Medicamentos inyectables para la osteoporosis, si usted no puede salir de su casa, tiene una fractura ósea que un médico certifica que estuvo relacionada con la osteoporosis posmenopáusica y no puede autoadministrarse el medicamento • Algunos antígenos: Medicare cubre los antígenos si un médico los prepara y una persona debidamente instruida (que podría ser usted, el paciente) los administra bajo la supervisión adecuada • Ciertos medicamentos orales contra el cáncer: Medicare cubre algunos medicamentos orales contra el cáncer que usted toma por vía oral si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable o si el medicamento es un profármaco (una forma oral de un medicamento que, al ingerirse, se descompone en el mismo principio activo que el medicamento inyectable) del medicamento inyectable. A medida que se disponga de nuevos medicamentos orales contra el cáncer, la Parte B podría cubrirlos. Si la Parte B no los cubre, la Parte D sí los cubre • Medicamentos orales contra las náuseas: Medicare cubre los medicamentos orales contra las náuseas que usted usa como parte de un régimen de quimioterapia contra el cáncer si se administran antes, durante o dentro de las 48 horas posteriores a la quimioterapia, o si se usan como un reemplazo terapéutico completo de un medicamento intravenoso contra las náuseas • Ciertos medicamentos orales para la enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) cubiertos por la Parte B de Medicare	

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• Medicamentos calcimiméticos y quelantes de fosfato bajo el sistema de pago de ESRD, incluyendo el medicamento intravenoso Parsabiv® y el medicamento oral Sensipar® • Ciertos medicamentos para diálisis en el hogar, incluida la heparina, el antídoto para la heparina cuando es médicamente necesario y los anestésicos tópicos • Agentes estimulantes de la eritropoyesis: Medicare cubre la eritropoyetina por inyección si usted tiene enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) o si necesita este medicamento para tratar la anemia relacionada con ciertas otras afecciones (como Epogen®, Procrit®, Retacrit®, Epoetin Alfa, Aranesp®, Darbepoetin Alfa, Mircera® o metoxipolietilenglicol-epoetina beta). • Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento domiciliario de enfermedades de inmunodeficiencia primaria • Nutrición parenteral y enteral (alimentación intravenosa y por sonda) También cubrimos algunas vacunas bajo la Parte B y la mayoría de las vacunas para adultos bajo nuestro beneficio de medicamentos de la Parte D. El Capítulo 5 explica nuestro beneficio de medicamentos de la Parte D, incluyendo las reglas que debe seguir para tener cobertura para sus recetas. El costo de los medicamentos de la Parte D a través de nuestro plan se explica en el Capítulo 6.	
Línea directa de enfermería y tecnologías de acceso remoto* Este beneficio incluye un centro de llamadas disponible las 24 horas, los 7 días de la semana, atendido por enfermeras registradas (RN) con licencia para ayudar a los miembros que puedan necesitar diagnóstico y tratamiento, o que tengan preguntas o necesiten otros recursos relacionados con su salud.	Copago de $0

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Detección y tratamiento de la obesidad para promover una pérdida de peso sostenida Si usted tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos asesoramiento intensivo para ayudarle a bajar de peso. Este asesoramiento está cubierto si lo recibe en un centro de atención primaria, donde puede coordinarse con su plan integral de prevención. Consulte con su médico de atención primaria o profesional de la salud para obtener más información.	No hay coseguro, copago ni deducible para la detección y el tratamiento preventivo de la obesidad.
Servicios del programa de tratamiento para opioides Los miembros de nuestro plan con trastorno por consumo de opioides (OUD) pueden obtener cobertura de servicios para tratar el OUD a través de un programa de tratamiento para opioides (OTP) que incluye los siguientes servicios: • Medicamentos de tratamiento asistido con medicamentos (MAT) agonistas y antagonistas opioides aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA) • Dispensación y administración de medicamentos MAT (si corresponde) • Asesoramiento sobre consumo de sustancias • Terapia individual y grupal • Pruebas toxicológicas • Actividades de admisión • Evaluaciones periódicas	20% del costo de los servicios cubiertos por Medicare *Puede requerirse autorización previa y/o derivación*
Pruebas diagnósticas y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Rayos X • Radioterapia (radio e isótopos), incluidos materiales y suministros técnicos • Suministros quirúrgicos, como apósitos	Copago de $0 por los siguientes servicios cubiertos por Medicare: • Servicios de laboratorio

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• Férulas, yesos y otros dispositivos que se usan para reducir fracturas y dislocaciones • Pruebas de laboratorio • Sangre, incluyendo su almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y concentrado de glóbulos rojos comienza con la primera pinta de sangre que necesite. Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta utilizada. • Pruebas de diagnóstico que no sean de laboratorio, como tomografías computarizadas (CT), resonancias magnéticas (MRI), electrocardiogramas (EKG) y tomografías por emisión de positrones (PET), cuando su médico u otro proveedor de atención médica las solicita para tratar un problema médico. • Otras pruebas diagnósticas ambulatorias	• Radiografías 20% del costo de los siguientes servicios cubiertos por Medicare: • Procedimientos y pruebas de diagnóstico; • Servicios de radiología de diagnóstico (tomografía computarizada, resonancia magnética, etc.) • Servicios de radiología terapéutica *Puede requerirse autorización previa y/o derivación para procedimientos de diagnóstico, pruebas y servicios de laboratorio*
Observación hospitalaria ambulatoria Los servicios de observación son servicios ambulatorios hospitalarios que se brindan para determinar si usted necesita ser admitido como paciente internado o puede ser dado de alta. Para que los servicios de observación hospitalaria ambulatoria estén cubiertos, deben cumplir con los criterios de Medicare y considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación solo se cubren cuando se prestan por	20% del costo de los servicios cubiertos por Medicare *Puede requerirse autorización previa y/o derivación*

Servicio cubierto	Lo que usted paga
orden de un médico u otra persona autorizada por la ley estatal de licencias y los estatutos del personal hospitalario para admitir pacientes en el hospital o solicitar pruebas ambulatorias. **Nota:** A menos que el proveedor haya escrito una orden para internarlo en el hospital como paciente internado, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de costo compartido de los servicios hospitalarios ambulatorios. Aunque pase la noche en el hospital, es posible que se le siga considerando un paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, pregunte al personal del hospital. Obtenga más información en la hoja informativa de Medicare *Beneficios Hospitalarios de Medicare* disponible en Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf, o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.	
Servicios hospitalarios ambulatorios Cubrimos los servicios médicamente necesarios que usted recibe en el departamento ambulatorio de un hospital para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Servicios en un departamento de emergencias o una clínica ambulatoria, como servicios de observación o cirugía ambulatoria • 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 sin ella se requeriría tratamiento como paciente internado • Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital • Suministros médicos, como férulas y yesos • Ciertos medicamentos y productos biológicos que usted no puede administrarse por cuenta propia	20% del costo de los servicios cubiertos por Medicare *Puede requerirse autorización previa y/o derivación*

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Nota: A menos que el proveedor haya escrito una orden para internarlo en el hospital como paciente internado, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de costo compartido de los servicios hospitalarios ambulatorios. Aunque pase la noche en el hospital, es posible que se le siga considerando un paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, pregunte al personal del hospital.	
Atención ambulatoria de salud mental Los servicios cubiertos incluyen: Servicios de salud mental proporcionados por un psiquiatra o médico con licencia estatal, un psicólogo clínico, un trabajador social clínico (CSW), un enfermero clínico especialista (CNS), un consejero profesional con licencia (LPC), un terapeuta matrimonial y familiar con licencia (LMFT), un enfermero practicante (NP), un asistente médico (PA) u otro profesional de atención de salud mental calificado por Medicare según lo permitan las leyes estatales aplicables.	Copago de $0 para sesiones individuales y grupales cubiertas por Medicare *Puede requerirse autorización previa y/o derivación*
Servicios de rehabilitación ambulatoria Los servicios cubiertos incluyen fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y el lenguaje. Los servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios se brindan en diversos entornos ambulatorios, como departamentos ambulatorios de hospitales, consultorios de terapeutas independientes y centros integrales de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF).	Copago de $0 por servicios de terapia cubiertos por Medicare *Puede requerirse autorización previa y/o derivación*
Servicios ambulatorios para trastornos por consumo de sustancias Tratamiento ambulatorio y asesoramiento por abuso de sustancias, según lo cubierto por Medicare Original.	Copago de $0 para sesiones individuales y grupales cubiertas por Medicare

Servicio cubierto	Lo que usted paga
	Puede requerirse autorización previa y/o derivación
Cirugía ambulatoria, incluidos los servicios prestados en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros quirúrgicos ambulatorios. **Nota:** Si se va a someter a una cirugía en un centro hospitalario, debe consultar con su proveedor si será un paciente internado o ambulatorio. A menos que el proveedor escriba una orden para internarlo en el hospital como paciente internado, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de costo compartido de la cirugía para pacientes ambulatorios. Aunque pase la noche en el hospital, es posible que se le siga considerando un paciente ambulatorio.	*20% del costo de los servicios cubiertos por Medicare* *Puede requerirse autorización previa y/o derivación*
Servicios de hospitalización parcial y servicios ambulatorios intensivos La *hospitalización parcial* es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo que se presta como servicio hospitalario para pacientes ambulatorios o en un centro comunitario de salud mental, que es más intenso que la atención que recibe en el consultorio de su médico, terapeuta, terapeuta matrimonial y familiar con licencia (LMFT) o consejero profesional con licencia, y que es una alternativa a la hospitalización como paciente internado. El *servicio intensivo para pacientes ambulatorios* es un programa estructurado de tratamiento activo de terapia de salud conductual (mental) que se presta en un departamento para pacientes ambulatorios de un hospital, un centro comunitario de salud mental, un centro de salud con calificación federal o una clínica de salud rural, que es más intenso que la atención que recibe en el consultorio de su médico, terapeuta, terapeuta matrimonial y familiar con licencia (LMFT) o consejero profesional con licencia, pero menos intenso que la hospitalización parcial.	Copago de $0 para servicios cubiertos por Medicare *Puede requerirse autorización previa y/o derivación*

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Nota: Debido a que no hay centros de salud mental comunitarios en nuestra red, cubrimos la hospitalización parcial solo como un servicio ambulatorio del hospital.	
Sistema de respuesta a emergencias personales (PERS)* El beneficio incluye: • Dispositivo PERS con detección automática de caídas • Soporte del centro de llamadas de respuesta a emergencias 24/7 • Actualizaciones en tiempo real con comunicación bidireccional con el equipo de respuesta a emergencias y llamadas salientes a un cuidador designado • Aplicación móvil que permite a los cuidadores designados recibir actualizaciones y comunicación con el miembro a través del dispositivo PERS Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros o visite nuestro sitio web en www.ChampionHMO.com.	$0 copago
Servicios de médicos/profesionales, incluidas visitas al consultorio médico Los servicios cubiertos incluyen: • Atención médica o servicios quirúrgicos médicamente necesarios que recibe en el consultorio de un médico, un centro quirúrgico ambulatorio certificado, un departamento ambulatorio de un hospital o cualquier otro lugar • Consulta, diagnóstico y tratamiento por un especialista • Exámenes básicos de audición y equilibrio realizados por su especialista, si su médico lo ordena para ver si necesita tratamiento médico • Ciertos servicios de telesalud, incluidos: servicios de médicos de atención primaria, quiropráctica, servicios especializados, servicios de salud mental, servicios	$0 copago por: • servicios de proveedores de atención primaria • servicios de telesalud 20% del costo de los servicios de especialistas *Puede requerirse autorización previa para*

Servicio cubierto	Lo que usted paga
psiquiátricos, servicios de abuso de sustancias, servicios de terapia y otros servicios profesionales o Tiene la opción de obtener estos servicios a través de una consulta en persona o por telesalud. Si elige obtener uno de estos servicios por telesalud, debe utilizar un proveedor de la red que ofrezca el servicio por telesalud. o Si usted y su proveedor han acordado usar servicios de telesalud, puede contactarlos mediante el método previamente acordado. Si necesita servicios de telesalud, puede llamar a Servicios para Miembros o al número de teléfono que figura al reverso de su identificación de miembro y le ayudaremos a conectarse con el proveedor adecuado • Algunos servicios de telesalud incluyen consulta, diagnóstico y tratamiento por parte de un médico o profesional, para pacientes en ciertas áreas rurales u otros lugares aprobados por Medicare • Servicios de telesalud para visitas mensuales relacionadas con la enfermedad renal terminal para miembros de diálisis domiciliaria en un centro de diálisis renal basado en un hospital o en un hospital de acceso crítico, un establecimiento de diálisis renal o el hogar del miembro • Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un accidente cerebrovascular, independientemente de su ubicación • Servicios de telesalud para miembros con un trastorno por consumo de sustancias o un trastorno de salud mental concurrente, independientemente de su ubicación • Servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento de trastornos de salud mental • Servicios de telesalud para consultas de salud mental proporcionados por clínicas de salud rurales y centros de salud calificados a nivel federal • Consultas virtuales (por ejemplo, por teléfono o videochat) con su médico durante 5 a 10 minutos **si**:	*servicios especializados, excluidos los nefrólogos.*

Servicio cubierto	Lo que usted paga
○ No es un paciente nuevo **y** ○ El check-in no está relacionado con una visita al consultorio en los últimos 7 días **y** ○ El check-in no implica una visita al consultorio dentro de las 24 horas ni la cita más próxima disponible • Evaluación del video y/o imágenes que envíe a su médico, e interpretación y seguimiento por parte de su médico dentro de las 24 horas **si**: ○ No es un paciente nuevo **y** ○ La evaluación no está relacionada con una visita al consultorio en los últimos 7 días **y** ○ La evaluación no conduce a una visita al consultorio dentro de las 24 horas ni a la cita más próxima disponible • Consulta que su médico tiene con otros médicos por teléfono, internet o historia clínica electrónica • Segunda opinión por otro proveedor de red antes de una cirugía	
Servicios de podología Los servicios cubiertos incluyen: • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (como el dedo en martillo o los espolones calcáneos) • Cuidado rutinario de los pies para miembros con ciertas afecciones médicas que afectan las extremidades inferiores	20% del costo de los servicios cubiertos por Medicare *Puede requerirse autorización previa y/o derivación*
Profilaxis preexposición (PrEP) para la prevención del VIH Si no tiene VIH, pero su médico u otro profesional de la salud determina que tiene un mayor riesgo de contraer VIH, cubrimos los medicamentos de profilaxis previa a la exposición (PrEP) y los servicios relacionados. Si califica, los servicios cubiertos incluyen:	No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio de PrEP.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• Medicamento de PrEP oral o inyectable aprobado por la FDA. Si recibe un medicamento inyectable, también cubrimos el costo de la inyección. • Hasta 8 sesiones de asesoramiento individual (incluida evaluación del riesgo de VIH, reducción del riesgo de VIH y adherencia a la medicación) cada 12 meses • Hasta 8 pruebas de detección del VIH cada 12 meses • Una prueba única de detección del virus de la hepatitis B	
Exámenes de detección del cáncer de próstata Para los hombres de 50 años o más, los servicios cubiertos incluyen lo siguiente una vez cada 12 meses: • Examen rectal digital • Prueba del antígeno prostático específico (PSA)	No hay coseguro, copago ni deducible para una prueba de PSA anual.
Dispositivos protésicos y ortésicos, y suministros relacionados Dispositivos (que no sean dentales) que reemplazan una parte o función del cuerpo, total o parcialmente. Estos incluyen, entre otros, pruebas, adaptación o capacitación en el uso de dispositivos protésicos y ortésicos; así como bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con el cuidado de la colostomía, marcapasos, aparatos ortopédicos, zapatos protésicos, extremidades artificiales y prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico después de una mastectomía). Incluye determinados suministros relacionados con dispositivos protésicos y ortésicos, y la reparación y/o el reemplazo de dispositivos protésicos y ortésicos. También incluye cierta cobertura después de la extracción de cataratas o de una cirugía de cataratas; consulte *Atención de la vista* más adelante en esta tabla para obtener más detalles.	20% del costo de los dispositivos y suministros relacionados cubiertos por Medicare *Puede requerirse autorización previa*
Servicios de rehabilitación pulmonar Los programas integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para los miembros que tienen enfermedad	20% del costo de los servicios cubiertos por Medicare

Servicio cubierto	Lo que usted paga
pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a muy grave y una derivación para rehabilitación pulmonar del médico que trata la enfermedad respiratoria crónica.	*Puede requerirse autorización previa y/o derivación*
Detección y asesoramiento para reducir el consumo indebido de alcohol Cubrimos una prueba de detección de abuso de alcohol para adultos (incluidas las mujeres embarazadas) que abusan del alcohol, pero que no son dependientes del alcohol. Si el resultado de la prueba de detección de abuso de alcohol es positivo, usted puede recibir hasta 4 sesiones breves de asesoramiento presenciales por año (si es competente y está alerta durante el asesoramiento), proporcionadas por un médico de atención primaria calificado o un profesional en un entorno de atención primaria.	No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de detección y asesoramiento cubierto por Medicare para reducir el abuso de alcohol.
Detección del cáncer de pulmón mediante tomografía computarizada de baja dosis (LDCT) Para las personas calificadas, se cubre una LDCT cada 12 meses. **Los miembros elegibles son** personas de entre 50 y 77 años que no tienen signos ni síntomas de cáncer de pulmón, pero que tienen antecedentes como fumadores de tabaco de, al menos, 20 paquetes-año y que fuman actualmente o han dejado de fumar en los últimos 15 años, que reciben una orden para una LDCT durante una consulta de asesoramiento sobre la prueba de detección de cáncer de pulmón y de toma de decisiones compartidas que cumpla con los criterios de Medicare para dichas consultas y que sea proporcionada por un médico o un profesional no médico calificado. *Para las pruebas de detección de cáncer de pulmón con LDCT después de la prueba de detección inicial con LDCT:* los miembros deben recibir una orden para una prueba de detección de cáncer de pulmón con LDCT, que puede proporcionarse durante cualquier consulta apropiada con un médico o un profesional no médico calificado. Si un médico o un profesional no médico calificado elige realizar una consulta de asesoramiento sobre la prueba de detección de	No hay coseguro, copago ni deducible para la visita de asesoramiento y toma de decisiones compartida cubierta por Medicare ni para la LDCT.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
cáncer de pulmón y de toma de decisiones compartidas para pruebas de detección de cáncer de pulmón con LDCT posteriores, la consulta debe cumplir con los criterios de Medicare para dichas consultas.	
Detección de la infección por el virus de la hepatitis C Cubrimos una prueba de detección de hepatitis C si su médico de atención primaria u otro proveedor de atención médica calificado la solicita y usted cumple con una de estas condiciones: • Tiene un alto riesgo porque consume o ha consumido drogas inyectables ilícitas. • Recibió una transfusión de sangre antes de 1992. • Nació entre 1945-1965. Si nació entre 1945 y 1965 y no se considera de alto riesgo, cubrimos una prueba de detección por única vez. Si tiene un alto riesgo (por ejemplo, ha seguido consumiendo drogas inyectables ilícitas desde su prueba de detección de hepatitis C anterior con resultado negativo), cubrimos pruebas de detección anuales.	No hay coseguro, copago ni deducible para la prueba de detección del virus de la hepatitis C cubierta por Medicare.
Detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) y asesoramiento para prevenirlas Cubrimos pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) para clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas de detección están cubiertas para las mujeres embarazadas y para ciertas personas que tienen un mayor riesgo de contraer una ITS cuando las pruebas son solicitadas por un proveedor de atención primaria. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertos momentos durante el embarazo. También cubrimos hasta 2 sesiones individuales y presenciales de asesoramiento conductual de alta intensidad, de 20 a 30 minutos cada año, para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de contraer ITS. Solo cubrimos estas sesiones de asesoramiento como servicio preventivo si son proporcionadas por un proveedor de atención primaria y	No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de detección de ITS y asesoramiento sobre ITS cubierto por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
tienen lugar en un entorno de atención primaria, como el consultorio de un médico.	
Servicios para tratar la enfermedad renal Los servicios para enfermedades renales y de diálisis incluyen: • Servicios de educación sobre la enfermedad renal para enseñar el cuidado renal y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas sobre su atención. Para los miembros con enfermedad renal crónica en etapa IV, referidos por su médico, cubrimos hasta 6 sesiones de educación sobre la enfermedad renal de por vida • Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios (incluidos los tratamientos de diálisis cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio, como se explica en el Capítulo 3, o cuando su proveedor para este servicio no está disponible o no es accesible temporalmente) • Tratamientos de diálisis para pacientes hospitalizados (si es admitido como paciente internado en un hospital para recibir atención especial) • Capacitación en auto diálisis (incluye capacitación para usted y cualquier persona que lo ayude con sus tratamientos de diálisis en el hogar) • Equipos y suministros para diálisis en el hogar • Ciertos servicios de apoyo domiciliario (como, cuando sea necesario, visitas de trabajadores de diálisis capacitados para controlar su diálisis en el hogar, ayudar en emergencias y verificar su equipo de diálisis y suministro de agua) Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos por la Parte B de Medicare. Para obtener información sobre la cobertura de los medicamentos de la Parte B, consulte **Medicamentos de la Parte B de Medicare** en esta tabla**.**	20% **del costo de los servicios de diálisis cubiertos por Medicare** Copago de $0 por la educación sobre enfermedades renales 0% a 20% del costo de los medicamentos de la Parte B *Puede requerirse autorización previa y/o derivación*
Atención en un centro de enfermería especializada (SNF) (Para obtener una definición de atención en un centro de enfermería especializada, consulte el Capítulo 12. Los centros de enfermería especializada a veces se denominan SNF).	Por cada admisión o estadía cubierta por Medicare, usted paga:

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Habitación semiprivada (o habitación privada si es médicamente necesario) • Comidas, incluidas dietas especiales • Servicios de enfermería especializada • Fisioterapia, terapia ocupacional y logopedia • Medicamentos que se le administran como parte de nuestro plan de atención (esto incluye sustancias que están presentes naturalmente en el cuerpo, como factores de coagulación sanguínea) • Sangre, incluyendo almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y concentrado de glóbulos rojos comienza con la primera pinta de sangre que necesite. Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta utilizada. • Suministros médicos y quirúrgicos que normalmente proporcionan los SNF • Pruebas de laboratorio que normalmente proporcionan los SNF • Rayos X y otros servicios de radiología que normalmente prestan los SNF • Uso de aparatos como sillas de ruedas que normalmente proporcionan los SNF • Servicios de médicos/profesionales Generalmente, recibirá la atención en un SNF en centros de la red. En determinadas condiciones que se indican a continuación, es posible que pueda pagar el costo compartido dentro de la red por un centro que no sea un proveedor de la red, si el centro acepta los montos de pago de nuestro plan. • Un hogar de ancianos o una comunidad de retiro con atención continua donde vivía justo antes de ir al hospital (siempre que brinde atención en un centro de enfermería especializada) • Un SNF donde su cónyuge o pareja de hecho vive en el momento en que usted sale del hospital	• $0 copago por día para los días 1 al 20; • Copago de $221 por día para los días 21 al 100 El costo compartido de los beneficios del SNF se basa en períodos de beneficios. Un período de beneficios comienza el día de su ingreso al centro y termina al ser dado de alta. Si acude al hospital o a un SNF después de que haya finalizado un período de beneficios, comenzará uno nuevo. El costo compartido se cobra el día del alta. No hay límite en el número de períodos de beneficios. *Puede requerirse autorización previa y/o derivación.*

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Dejar de fumar y de consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o de consumir tabaco) El asesoramiento para dejar de fumar y consumir tabaco está cubierto para pacientes ambulatorios y hospitalizados que cumplan estos criterios: • Consumir tabaco, independientemente de si presentan signos o síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco • Son competentes y alertas durante el asesoramiento • Un médico calificado u otro profesional reconocido por Medicare brinda asesoramiento Cubrimos 2 intentos de abandono al año (cada intento puede incluir un máximo de 4 sesiones intermedias o intensivas, pudiendo el paciente recibir hasta 8 sesiones al año.)	No hay coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos para dejar de fumar y de consumir tabaco cubiertos por Medicare.
Beneficios suplementarios especiales para enfermos crónicos* **Healthy Choices** Usted recibe una asignación trimestral de $480 para usar en: • Artículos de venta libre (OTC); • Alimentos saludables y productos agrícolas frescos; y • Servicios públicos del hogar. Para calificar para este beneficio, usted debe tener un diagnóstico de una de las siguientes afecciones crónicas e incapacitantes de salud mental: • Trastornos bipolares, • Trastornos depresivos mayores, • Trastorno paranoide, • Esquizofrenia y • Trastorno esquizoafectivo Y, • Tener un alto riesgo de hospitalización u otros resultados adversos de salud, y • Requerir coordinación intensiva de la atención.	Copago de $0 por una asignación trimestral de $480 en apoyo de opciones saludables

Servicio cubierto	Lo que usted paga
La asignación mensual de cada trimestre que no se use dentro de los 90 días posteriores a su disponibilidad no se transferirá al siguiente período. La tarjeta de débito no se puede usar para obtener dinero en efectivo ni para comprar artículos prohibidos, como alcohol o productos de tabaco.	
Terapia de ejercicio supervisada (SET) La SET está cubierta para los miembros que tienen enfermedad arterial periférica (PAD) sintomática y una derivación para la PAD del médico responsable del tratamiento de la PAD. Se cubren hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa SET. El programa SET debe: • Consistir en sesiones de 30 a 60 minutos de duración, que comprendan un programa de entrenamiento con ejercicios terapéuticos para la PAD en pacientes con claudicación • Realizarse en un entorno ambulatorio de un hospital o en el consultorio de un médico • Ser proporcionado por personal auxiliar calificado necesario para garantizar que los beneficios superen los daños y que esté capacitado en terapia de ejercicios para la PAD • Estar bajo la supervisión directa de un médico, asistente médico (PA) o enfermero practicante (NP)/enfermero clínico especialista (CNS), que debe estar capacitado en técnicas de soporte vital básicas y avanzadas La SET puede cubrirse más allá de 36 sesiones durante 12 semanas por 36 sesiones adicionales durante un período de tiempo prolongado si un proveedor de atención médica lo considera médicamente necesario.	20% del costo de los servicios cubiertos por Medicare *Puede requerirse autorización previa y/o derivación*
Apoyo para cuidadores* Los miembros pueden recibir cuidado de relevo a través de Helper Bees para sus cuidadores, en sesiones de hasta 4 horas, por un máximo de 12 veces por año.	$0 copago

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Transporte (de rutina)* Usted recibe hasta 48 viajes de ida a lugares relacionados con la salud aprobados por el plan. El millaje máximo por viaje es de 25 millas. Si lo transporta un conductor particular, se le reembolsa a su conductor particular según la tarifa por millaje vigente del IRS por todas las necesidades de transporte relacionadas con la salud aprobadas por el plan, incluido el reembolso de tarifas de transporte público y del transporte ACCESS.	$0 copago
Servicios urgentemente necesarios Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata y que no es una emergencia es atención de urgencia necesaria si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o, incluso si se encuentra dentro del área de servicio de nuestro plan, no es razonable, dados el momento, el lugar y las circunstancias, obtener este servicio de proveedores de la red. Nuestro plan debe cubrir la atención de urgencia necesaria y solo cobrarle el costo compartido dentro de la red. Algunos ejemplos de atención de urgencia necesaria son enfermedades y lesiones médicas imprevistas, o brotes inesperados de afecciones existentes. Las visitas de rutina médicamente necesarias con proveedores (como los chequeos anuales) no se consideran atención de urgencia necesaria, aunque usted se encuentre fuera del área de servicio de nuestro plan o la red de nuestro plan no esté disponible temporalmente. **Atención urgentemente necesaria en todo el mundo*** El plan cubre la atención de urgencia necesaria recibida a nivel mundial hasta un límite máximo de beneficios de $100,000 por año, sin exceder el 60% de las tarifas locales de Medicare. El límite máximo de beneficios se combina con los servicios de atención de emergencia a nivel mundial. Consulte Atención de emergencia más arriba en esta tabla. (La atención urgentemente necesaria en todo el mundo se refiere a la atención urgente recibida fuera de los Estados Unidos y sus territorios.)	Copago de $0 por cada visita cubierta por Medicare **Atención de urgencia en todo el mundo** $0 copago

Servicio cubierto	Lo que usted paga

Cuidado de la vista
Los servicios cubiertos incluyen:
• Servicios médicos ambulatorios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones oculares, incluyendo el tratamiento de la degeneración macular relacionada con la edad. Medicare Original no cubre exámenes de la vista de rutina (refracciones oculares) para anteojos/lentes de contacto
• Para las personas con alto riesgo de glaucoma, cubrimos una prueba de detección de glaucoma cada año. Las personas con alto riesgo de glaucoma incluyen a aquellas con antecedentes familiares de glaucoma, personas con diabetes, afroamericanos de 50 años o más y hispanoamericanos de 65 años o más
• Para las personas con diabetes, la detección de retinopatía diabética está cubierta una vez al año
• Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluya la inserción de una lente intraocular. Si se somete a 2 operaciones de cataratas por separado, no podrá reservar el beneficio después de la primera cirugía y comprar 2 pares de anteojos después de la segunda cirugía
 	
Beneficio complementario de la vista*
Usted recibe:
• Un (1) examen ocular de rutina por año; y
• Una asignación máxima anual de $350 para:
  ○ Gafas (lentes y monturas); y
  ○ Actualizaciones
Nuestro plan tiene contrato con EyeMed para brindarle servicios complementarios de la vista. Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros o visite nuestro sitio web www.ChampionHMO.com
	Copago de $0 por servicios de la vista y anteojos cubiertos por Medicare
	
	Copago de $0 para exámenes oculares de rutina
	
	Subsidio anual de $350 para anteojos de rutina

Bienvenido a la visita preventiva de Medicare	No hay coseguro, copago ni deducible para la visita

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Nuestro plan cubre la consulta preventiva única *Bienvenido a Medicare*. La visita incluye una revisión de su salud, así como educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita (incluidas ciertas pruebas de detección e inyecciones [o vacunas]), y derivaciones para otro tipo de atención si es necesario. **Importante:** Cubrimos la visita preventiva de *Bienvenida a Medicare* solo dentro de los primeros 12 meses que tenga la Parte B de Medicare. Cuando haga su cita, informe al consultorio de su médico que desea programar su visita preventiva de *Bienvenida a Medicare*.	preventiva de *Bienvenida a Medicare*. Copago de $0 por el EKG que se realice como parte de su visita preventiva de Bienvenida a Medicare.

SECCIÓN 3 Servicios que no están cubiertos por nuestro plan (exclusiones)

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

La siguiente tabla enumera los servicios y artículos que no están cubiertos bajo ninguna condición o que están cubiertos solo bajo condiciones específicas.

Si recibe servicios excluidos (no cubiertos), deberá pagarlos usted mismo, excepto en las condiciones específicas que se indican a continuación. Incluso si recibe los servicios excluidos en un centro de urgencias, estos siguen sin estar cubiertos y nuestro plan no los cubrirá. La única excepción es si se apela el servicio y, tras la apelación, se decide que es un servicio médico que deberíamos haber pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hayamos tomado de no cubrir un servicio médico, consulte el Capítulo 9, Sección 5.3).

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubierto solo bajo condiciones específicas
Acupuntura	**Disponible para personas con dolor lumbar crónico en determinadas circunstancias**
Cirugía o procedimientos cosméticos	Cubierto en casos de lesión accidental o para mejorar el funcionamiento de un miembro del cuerpo malformado

Servicios no cubiertos por Medicare Acupuntura	Cubierto solo bajo condiciones específicas Disponible para personas con dolor lumbar crónico en determinadas circunstancias
	Cubierto para todas las etapas de reconstrucción de una mama después de una mastectomía, así como para la mama no afectada para producir una apariencia simétrica
Cuidado de custodia El cuidado de custodia es un cuidado personal que no requiere la atención continua de personal médico o paramédico capacitado, como el cuidado que le ayuda con las actividades de la vida diaria, como bañarse o vestirse	No cubierto bajo ninguna condición
Procedimientos, equipos y medicamentos médicos y quirúrgicos experimentales Los procedimientos y artículos experimentales son aquellos artículos y procedimientos que Medicare Original ha determinado que no son generalmente aceptados por la comunidad médica	Puede estar cubierto por Medicare Original bajo un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan (Vaya al Capítulo 3, Sección 5 para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica)
Tarifas cobradas por la atención brindada por sus familiares inmediatos o miembros de su hogar	No cubierto bajo ninguna condición
Atención de enfermería a tiempo completo en su hogar	No cubierto bajo ninguna condición
Comidas a domicilio	No cubierto bajo ninguna condición
Servicios de atención médica a domicilio	Medicare cubre la atención de enfermería especializada de medio tiempo o intermitente que sea médicamente necesaria.
Servicios de ama de casa incluyen ayuda doméstica básica, como	No cubierto bajo ninguna condición

Servicios no cubiertos por Medicare Acupuntura	Cubierto solo bajo condiciones específicas Disponible para personas con dolor lumbar crónico en determinadas circunstancias
tareas domésticas ligeras o preparación de comidas ligeras	
Servicios de naturopatía (utiliza tratamientos naturales o alternativos)	No cubierto bajo ninguna condición
Atención dental no rutinaria	La atención dental necesaria para tratar una enfermedad o lesión puede estar cubierta como atención hospitalaria o ambulatoria
Zapatos ortopédicos o dispositivos de apoyo para los pies	Zapatos que forman parte de una ortesis de pierna y están incluidos en el costo de la ortesis. Zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con enfermedad del pie diabético
Artículos personales en su habitación en un hospital o un centro de enfermería especializada, como un teléfono o un televisor	No cubierto bajo ninguna condición
Habitación privada en un hospital	Cubierta solo cuando sea médicamente necesaria
Reversión de procedimientos de esterilización y/o suministros anticonceptivos sin receta	No cubierto bajo ninguna condición
Atención quiropráctica de rutina	Se cubre la manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación
Queratotomía radial, cirugía LASIK y otras ayudas para baja visión	Un par de anteojos con marcos estándar (o un juego de lentes de contacto) cubiertos después de cada cirugía de cataratas que implante un lente intraocular.
Cuidado rutinario de los pies	Se proporciona cierta cobertura limitada según las pautas de Medicare (por ejemplo, si tiene diabetes)
Servicios considerados no razonables ni necesarios, según los estándares de Medicare Original	No cubierto bajo ninguna condición

CAPÍTULO 5: Cómo usar la cobertura del plan para los medicamentos de la Parte D

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

Consulte el Cuadro de Beneficios Médicos del Capítulo 4 para conocer los beneficios de medicamentos de la Parte B de Medicare y los beneficios de medicamentos de hospicio.

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

- Debe contar con un proveedor (un médico, dentista u otro profesional que recete medicamentos) que le escriba una receta que sea válida según la ley estatal aplicable.
- El profesional que le receta los medicamentos no debe figurar en las Listas de Exclusión o Preclusión de Medicare.
- Generalmente debe utilizar una farmacia de la red para surtir su receta (consulte la Sección 2) o puede surtir su receta a través del servicio de pedido por correo de nuestro plan.
- Su medicamento debe estar en la Lista de Medicamentos de nuestro plan (vaya a la Sección 3).
- Su medicamento debe usarse para una indicación médicamente aceptada. Una “indicación médicamente aceptada” es un uso del medicamento que está aprobado por la FDA o respaldado por ciertas referencias. (Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada).
- Es posible que su medicamento requiera la aprobación de nuestro plan según ciertos criterios antes de que aceptemos cubrirlo. (Consulte la Sección 4 de este capítulo para obtener más información)

SECCIÓN 2 Surta sus recetas en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo de nuestro plan

En la mayoría de los casos, sus recetas están cubiertas *solo* si se surten en las farmacias de la red de nuestro plan. (Vaya a la Sección 2.5 para obtener información sobre cuándo cubrimos las recetas surtidas en farmacias fuera de la red).

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

Sección 2.1 Farmacias de la red

Encuentre una farmacia de la red en su área

Para encontrar una farmacia de la red, vaya a su *Directorio de Farmacias*, visite nuestro sitio web (https://championhmo.com/provider-directories/) y/o llame a Servicios para Miembros al 1-800-885-8000 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711).

Usted puede acudir a cualquiera de nuestras farmacias de la red.

Si su farmacia sale de la red

Si la farmacia que usa deja de pertenecer a la red de nuestro plan, deberá buscar una nueva farmacia dentro de la red. Para encontrar otra farmacia en su área, solicite ayuda a Servicios para Miembros al 1-800-885-8000 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) o utilice el *Directorio de Farmacias*. También puede encontrar información en nuestro sitio web en www.ChampionHMO.com.

Farmacias especializadas

Algunas recetas deben surtirse en una farmacia especializada. Entre las farmacias especializadas se incluyen:

- Farmacias que suministran medicamentos para terapia de infusión domiciliaria.
- Farmacias que suministran medicamentos a residentes de centros de atención a largo plazo (LTC). Por lo general, un centro de LTC (como una residencia de ancianos) tiene su propia farmacia. Si tiene dificultades para obtener medicamentos de la Parte D en

un centro de LTC, llame a Servicios para Miembros al 1-800-885-8000 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711).

- Farmacias que atienden al Servicio de Salud Indígena / Programa de Salud Indígena Tribal / Urbano (no disponibles en Puerto Rico). Salvo en casos de emergencia, solo los nativos americanos o nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias de nuestra red.
- Farmacias que dispensan medicamentos restringidos por la FDA a ciertas ubicaciones o que requieren un manejo especial, coordinación con proveedores o capacitación sobre su uso. Para encontrar una farmacia especializada, consulte su *Directorio de Farmacias* (https://championhmo.com/provider-directories/) o llame a Servicios para Miembros al 1-800-885-8000 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711).

Sección 2.2 El servicio de pedido por correo de nuestro plan

El servicio de pedido por correo de nuestro plan requiere que usted pida **un suministro del medicamento para 100 días**.

Para obtener formularios de pedido e información sobre cómo surtir sus recetas por correo, comuníquese con Servicios para Miembros al 1-800-885-8000 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711).

Por lo general, un pedido de una farmacia de pedido por correo le será entregado en no más de **14** días. Si planea usar una farmacia de pedido por correo, es recomendable pedirle a su médico que le extienda dos recetas para sus medicamentos: una para hacer el pedido por correo y otra para surtir personalmente en una farmacia minorista de la red si su pedido por correo no llega a tiempo. De esta manera, no tendrá un corte en el suministro de sus medicamentos si su pedido por correo se retrasa. Si tiene problemas para surtir su receta mientras espera su pedido por correo, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este documento).

Las nuevas recetas las recibe la farmacia directamente del consultorio de su médico. Después de que la farmacia reciba una receta de un profesional de la salud, se pondrá en contacto con usted para determinar si desea surtir el medicamento inmediatamente o más tarde. Es importante responder cada vez que la farmacia se ponga en contacto con usted para informarles si deben enviar, retrasar o suspender la nueva receta.

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

Sección 2.3 Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo

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

1. Algunas farmacias minoristas de nuestra red le permiten obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento con un costo compartido más bajo. Es posible que otras farmacias minoristas no acepten estos costos compartidos más bajos. En este caso, usted será responsable de la diferencia de precio. Su *Directorio de Farmacias* (https://championhmo.com/provider-directories/) le informa qué farmacias de nuestra red pueden brindarle un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar a Servicios para Miembros al 1-800-885-8000 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) para obtener más información.
2. También puede obtener medicamentos de mantenimiento a través de nuestro programa de pedido por correo. Consulte la Sección 2.3 para obtener más información.

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

Generalmente, cubrimos los medicamentos surtidos en una farmacia fuera de la red *solo* cuando no puede utilizar una farmacia de la red. También contamos con farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio donde puede surtir sus recetas como miembro de nuestro plan. **Consulte primero con el Departamento de Servicios para Miembros al 1-800-885-8000 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711)** para ver si hay una farmacia de la red cerca.

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

- Necesita una receta para una emergencia médica.
- Está de viaje fuera del área de servicio del plan, pero dentro de los EE. UU. o sus territorios, y se enferma, pierde sus medicamentos recetados o se queda sin ellos.
- No puede obtener un medicamento cubierto de manera oportuna dentro de su área de servicio porque no hay una farmacia de la red que brinde servicio las 24 horas disponible dentro de una distancia de manejo razonable.
- Está tratando de surtir un medicamento recetado que no se encuentra regularmente disponible en una farmacia minorista de la red accesible o en una farmacia de pedido

por correo (por ejemplo, un medicamento huérfano u otro producto farmacéutico especializado).

Si debe usar una farmacia fuera de la red, generalmente deberá pagar el costo total (en lugar de su parte habitual del costo) al surtir su receta. Puede solicitarnos el reembolso de nuestra parte del costo. (Consulte el Capítulo 7, Sección 2 para obtener información sobre cómo solicitarle un reembolso a nuestro plan). Es posible que deba pagar la diferencia entre lo que paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia dentro de la red.

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

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

Nuestro plan cuenta con una *Lista de Medicamentos Cubiertos* (formulario). En esta *Evidencia de Cobertura*, **la llamamos Lista de Medicamentos.**

Los medicamentos de esta lista son seleccionados por nuestro plan con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La lista cumple con los requisitos de Medicare y ha sido aprobada por Medicare. La Lista de Medicamentos solo muestra los medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare.

Generalmente cubrimos un medicamento de la Lista de Medicamentos de nuestro plan, siempre que cumpla con las demás normas de cobertura explicadas en este capítulo y el uso del medicamento para una indicación médicamente aceptada. Una indicación médicamente aceptada es un uso del medicamento que está *o bien*:

- Aprobado por la FDA para el diagnóstico o la condición para la que se prescribe, o
- Con el respaldo de ciertas referencias, como la Información de Medicamentos del Servicio de Formularios de Hospitales Americanos y el Sistema de Información DRUGDEX de Micromedex.

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

Un medicamento de marca es un medicamento recetado que se vende bajo una marca registrada propiedad del fabricante. Los productos biológicos son medicamentos más

complejos que los medicamentos comunes. En la Lista de Medicamentos, cuando nos referimos a medicamentos, podemos referirnos a un medicamento o a un producto biológico.

Un medicamento genérico es un medicamento de venta con receta que contiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Los productos biológicos tienen alternativas llamadas biosimilares. Generalmente, los genéricos y biosimilares funcionan igual de bien que el medicamento de marca o el producto biológico original y suelen ser más económicos. Existen sustitutos genéricos para muchos medicamentos de marca y alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son intercambiables y, según la legislación estatal, pueden sustituir al producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, al igual que los medicamentos genéricos pueden sustituir a los de marca.

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

Medicamentos de venta libre

Nuestro plan también cubre ciertos medicamentos de venta libre. Algunos medicamentos de venta libre son menos costosos que los medicamentos recetados y funcionan igual de bien. Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros al 1-800-885-8000 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711).

Medicamentos que no están en la Lista de Medicamentos

Nuestro plan no cubre todos los medicamentos recetados.

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

Sección 3.2 Seis (6) niveles de costo compartido para los medicamentos en la Lista de Medicamentos

Cada medicamento de la Lista de Medicamentos de nuestro plan se encuentra en uno de seis (6) niveles de costo compartido. En general, cuanto más alto sea el nivel, mayor será el costo del medicamento para usted:

- Nivel 1 (Genéricos Preferidos): Este es el nivel más bajo e incluye medicamentos genéricos preferidos. También incluye ciertos medicamentos que normalmente no cubre la Parte D.
- Nivel 2 (Genérico): Este nivel incluye medicamentos genéricos.
- Nivel 3 (Marca Preferida): Este nivel incluye medicamentos de marca preferida. También puede incluir algunos medicamentos genéricos no preferidos con un precio similar al del medicamento de marca original.
- Nivel 4 (Medicamentos de marca no preferente): Este nivel incluye medicamentos de marca no preferente. También puede incluir algunos medicamentos genéricos no preferentes con un precio similar al del medicamento de marca original.
- Nivel 5 (Nivel de Especialidades): Este es el nivel de mayor costo e incluye medicamentos especializados. Puede incluir medicamentos de marca y genéricos de muy alto costo. Generalmente, los medicamentos de este nivel le cuestan más que los de los otros niveles de costo compartido.
- Nivel 6 (Medicamentos para cuidados selectos): Este nivel es otro nivel de bajo costo e incluye medicamentos para cuidados selectos para tratar afecciones como diabetes, presión arterial alta y colesterol alto.

Para saber en qué nivel de costo compartido se encuentra su medicamento, consúltelo en la Lista de Medicamentos de nuestro plan. El monto que paga por los medicamentos en cada nivel de costo compartido se muestra en el Capítulo 6.

Sección 3.3 Cómo saber si un medicamento específico está en la Lista de Medicamentos

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

- Consulte la Lista de Medicamentos más reciente que le proporcionamos en formato electrónico.
- Visite el sitio web de nuestro plan (https://championhmo.com/part-d-prescribed-drugs-coverage/). La Lista de Medicamentos en el sitio web siempre es la más actualizada.
- Llame a Servicios para Miembros al 1-800-885-8000 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) para averiguar si un medicamento en particular está en la Lista de Medicamentos de nuestro plan o solicitar una copia de la lista.
- Utilice la “Herramienta de beneficios en tiempo real” de nuestro plan (https://openenrollment.medimpact.com/#/web/rps/drug-price) para buscar

medicamentos en la Lista de Medicamentos, obtener un estimado de lo que pagará y ver si hay medicamentos alternativos en la Lista de Medicamentos que podrían tratar la misma afección. También puede llamar a Servicios para Miembros al 1-800-885-8000 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711).

SECCIÓN 4 Medicamentos con restricciones de cobertura

Sección 4.1 Por qué algunos medicamentos tienen restricciones

Para ciertos medicamentos recetados, existen normas especiales que restringen cómo y cuándo nuestro plan los cubre. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrolló estas normas para alentarlo a usted y a su proveedor a usar los medicamentos de la manera más eficaz. Para saber si alguna de estas restricciones se aplica a un medicamento que toma o desea tomar, consulte la Lista de Medicamentos.

Si un medicamento seguro y de menor costo funciona tan bien desde el punto de vista médico como uno de mayor costo, las reglas de nuestro plan están diseñadas para alentarlo a usted y a su proveedor a utilizar esa opción de menor costo.

Tenga en cuenta que, en ocasiones, un mismo medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra Lista de Medicamentos. Esto se debe a que los mismos medicamentos pueden variar según la potencia, la cantidad o la presentación recetada por su profesional de la salud, y pueden aplicarse diferentes restricciones o costos compartidos a las diferentes versiones del medicamento (por ejemplo, 10 mg frente a 100 mg; uno por día frente a 2 por día; tableta frente a líquido).

Sección 4.2 Tipos de restricciones

Si existe una restricción para su medicamento, generalmente significa que usted o su proveedor deben tomar medidas adicionales para que podamos cubrir el medicamento. Llame a Servicios para Miembros al 1-800-885-8000 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) para saber qué pueden hacer usted o su proveedor para obtener cobertura para el medicamento**. Si desea que eliminemos la restricción para usted, debe utilizar el proceso de decisión de cobertura y solicitarnos que hagamos una excepción.** Es posible que aceptemos o no eximirle de la restricción. (Consulte el Capítulo 9).

Obtener la aprobación del plan por adelantado

Para ciertos medicamentos, usted o su proveedor deben obtener la aprobación de nuestro plan, según criterios específicos, antes de que aceptemos cubrirlo. Esto se denomina

autorización previa. Esta autorización se implementa para garantizar la seguridad de los medicamentos y guiar el uso adecuado de ciertos medicamentos. Si no obtiene esta aprobación, es posible que nuestro plan no cubra su medicamento. Puede obtener los criterios de autorización previa de nuestro plan llamando a Servicios para Miembros al 1-800-885-8000 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) o en nuestro sitio web (https://championhmo.com/part-d-prescribed-drugs-coverage/#prior).

Probar primero un medicamento diferente

Este requisito lo alienta a probar medicamentos menos costosos, pero generalmente igual de eficaces, antes de que nuestro plan cubra otro medicamento. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma afección médica, nuestro plan puede exigirle que pruebe primero el medicamento A. Si el medicamento A no le funciona, nuestro plan entonces cubrirá el medicamento B. Este requisito de probar primero un medicamento diferente se llama **tratamiento escalonado**. Puede obtener los criterios de tratamiento escalonado de nuestro plan llamando a Servicios para Miembros al 1-800-885-8000 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) o en nuestro sitio web (https://championhmo.com/part-d-prescribed-drugs-coverage/#prior).

Límites de cantidad

Para ciertos medicamentos, limitamos la cantidad de un medicamento que puede obtener cada vez que surta su receta. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro tomar solo una pastilla al día para un medicamento determinado, podemos limitar la cobertura de su receta a no más de una pastilla al día.

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

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

- Es posible que el medicamento no esté cubierto en absoluto. O puede que una versión genérica del medicamento esté cubierta, pero la versión de marca que desea tomar no.
- El medicamento está cubierto, pero existen reglas o restricciones adicionales sobre la cobertura.

- El medicamento está cubierto, pero en un nivel de costo compartido que hace que su costo compartido sea más caro de lo que usted cree que debería ser.

Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que hace que su costo sea más caro de lo que cree que debería ser, vaya a la Sección 5.1 para saber qué puede hacer.

Si su medicamento no está en la Lista de Medicamentos o está restringido, aquí hay opciones por lo que puede hacer:

- Es posible que pueda obtener un suministro temporal del medicamento.
- Puede cambiar a otro medicamento.
- Puede solicitar una **excepción** y pedirle a nuestro plan que cubra el medicamento o elimine las restricciones del mismo.

Es posible que pueda obtener un suministro temporal

En ciertas circunstancias, nuestro plan debe proporcionar un suministro temporal de un medicamento que ya esté tomando. Este suministro temporal le da tiempo para hablar con su proveedor sobre el cambio.

Para ser elegible para un suministro temporal, el medicamento que toma **ya no debe estar en la Lista de Medicamentos de nuestro 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 nuestro plan**.**
- **Si estuvo en nuestro plan el año pasado,** 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 es para menos días, permitiremos varios surtidos hasta un máximo de 30 días de medicamento. La receta debe surtirse en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que una farmacia de atención a largo plazo puede proporcionar el medicamento en cantidades más pequeñas cada vez para evitar desperdicios).
- **Para los miembros que han estado en nuestro plan por más de 90 días y viven 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 en particular, o menos si su receta es para menos días. Esto es además del suministro temporal mencionado anteriormente.

- **Para miembros con cambios en el nivel de atención:** Si experimenta un cambio en su nivel de atención (como ser dado de alta o ingresado en un centro de atención a largo plazo) y le recetan un medicamento que no está en nuestra Lista de Medicamentos, es posible que deba solicitar una excepción para continuar con la cobertura de su medicamento.

Si tiene preguntas sobre un suministro temporal, llame a Servicios para Miembros al 1-800-885-8000 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711).

Mientras use un suministro temporal de un medicamento, debería hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se agote su suministro temporal. Tiene 2 opciones:

Opción 1. Puede cambiar a otro medicamento

Hable con su proveedor sobre si un medicamento diferente cubierto por nuestro plan podría funcionar igual de bien para usted. Llame a Servicios para Miembros al 1-800-885-8000 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que podría funcionar para usted.

Opción 2. Puede solicitar una excepción

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

Si ya es miembro y un medicamento que toma se eliminará del formulario o se restringirá de alguna manera para el próximo año, le informaremos sobre cualquier cambio antes del año nuevo. Puede solicitar una excepción antes del próximo año y le daremos una respuesta dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su solicitud (o la declaración de respaldo del profesional que le receta los medicamentos). Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura del medicamento antes de que el cambio entre en vigor.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9, Sección 6.4 para saber qué hacer. Explica los procedimientos y plazos establecidos por Medicare para garantizar que su solicitud se procese de manera rápida y justa.

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

Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que considera demasiado alto, aquí hay cosas que puede hacer:

Puede cambiar a otro medicamento

Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera demasiado alto, hable con su proveedor. Es posible que exista otro medicamento con un nivel de costo compartido más bajo que podría ser igual de efectivo para usted. Llame a Servicios para Miembros al 1-800-885-8000 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que podría funcionar para usted.

Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitarle a nuestro plan que haga una excepción en el nivel de costo compartido del medicamento para que usted pague menos por él. Si su proveedor dice que tiene razones médicas que justifican solicitarnos una excepción, su proveedor puede ayudarlo a solicitar una excepción a la regla.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9, Sección 6.4 para saber qué hacer. Explica los procedimientos y plazos que ha establecido Medicare para garantizar que su solicitud se procese de manera rápida y justa.

Los medicamentos de nuestro Nivel 5 de Especialidades no son elegibles para este tipo de excepción. No reducimos el monto de costo compartido de los medicamentos de este nivel.

SECCIÓN 6 Nuestra Lista de Medicamentos puede cambiar durante el año

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

- **Agregar o eliminar medicamentos de la Lista de Medicamentos**
- **Mover un medicamento a un nivel de costo compartido más alto o más bajo**
- **Agregar o eliminar una restricción en la cobertura de un medicamento**

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

Debemos seguir los requisitos de Medicare antes de cambiar la Lista de Medicamentos de nuestro plan.

Información sobre cambios en la cobertura de medicamentos

Cuando se producen cambios en la Lista de Medicamentos, publicamos información sobre dichos cambios en nuestro sitio web. También actualizamos nuestra Lista de Medicamentos en línea con regularidad. En ocasiones, recibirá una notificación directa si se realizan cambios en un medicamento que usted toma.

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

- **Agregar nuevos medicamentos a la Lista de Medicamentos y eliminar o realizar cambios <u>inmediatamente</u> a un medicamento similar en la Lista de Medicamentos.**
    - Al agregar una nueva versión de un medicamento a la Lista de Medicamentos, podemos eliminar inmediatamente un medicamento similar de la Lista de Medicamentos, trasladarlo a un nivel de costo compartido diferente, agregar nuevas restricciones o ambas. La nueva versión del medicamento estará en el mismo nivel de costo compartido o en uno inferior, y tendrá las mismas restricciones o menos.
    - Realizaremos estos cambios inmediatos solo si agregamos una nueva versión genérica de un medicamento de marca o agregamos ciertas nuevas versiones biosimilares de un producto biológico original que ya estaba en la Lista de Medicamentos.
    - Podemos hacer estos cambios inmediatamente e informarle más adelante, incluso si usted toma el medicamento que eliminamos o en el que hacemos cambios. Si toma el medicamento similar en el momento en que hacemos el cambio, le informaremos sobre cualquier cambio específico que hayamos hecho.

- **Agregar medicamentos a la Lista de Medicamentos y eliminar o realizar cambios en un medicamento similar en la Lista de Medicamentos.**
    - Al agregar otra versión de un medicamento a la Lista de Medicamentos, podemos eliminar un medicamento similar de la Lista de Medicamentos, trasladarlo a un nivel de costo compartido diferente, agregar nuevas restricciones o ambas. La nueva versión del medicamento estará en el mismo

nivel de costo compartido o en uno inferior, y tendrá las mismas restricciones o menos.

  - Haremos estos cambios solo si agregamos una nueva versión genérica de un medicamento de marca o si agregamos ciertas nuevas versiones biosimilares de un producto biológico original que ya estaba en la Lista de Medicamentos.
  - Le informaremos al menos 30 días antes de hacer el cambio, o le informaremos sobre el cambio y cubriremos un surtido para 30 días de la versión del medicamento que está tomando.

- **Eliminar medicamentos inseguros y otros medicamentos de la Lista de Medicamentos que sean retirados del mercado.**
  - A veces, un medicamento puede considerarse inseguro o retirarse del mercado por otra razón. Si esto ocurre, podríamos eliminar inmediatamente el medicamento de la Lista de Medicamentos. Si usted toma ese medicamento, se lo notificaremos después de realizar el cambio.
- **Realizar otros cambios a los medicamentos en la Lista de Medicamentos.**
  - Es posible que realicemos otros cambios una vez comenzado el año que afecten a los medicamentos que está tomando. Por ejemplo, nos basamos en las advertencias en recuadro de la FDA o en nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare.
  - Le informaremos al menos 30 días antes de hacer estos cambios, o le informaremos sobre el cambio y cubriremos un surtido adicional para 30 días del medicamento que está tomando.

Si realizamos cambios en alguno de los medicamentos que toma, hable con el profesional que le receta los medicamentos sobre las opciones más adecuadas para usted, como cambiar a un medicamento diferente para tratar su afección o solicitar una decisión de cobertura para cumplir cualquier nueva restricción sobre el medicamento que toma. Usted o el profesional que le receta los medicamentos pueden solicitarnos una excepción para que sigamos cubriendo el medicamento o la versión del medicamento que toma. Para obtener más información sobre cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción, consulte el Capítulo 9.

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

Podríamos realizar ciertos cambios en la Lista de Medicamentos que no se describen anteriormente. En estos casos, el cambio no le aplicará si ya está tomando el medicamento al momento del cambio; sin embargo, es probable que estos cambios le afecten a partir del 1 de enero del siguiente año del plan si permanece en el mismo plan.

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

- Trasladamos su medicamento a un nivel de costo compartido más alto.
- Ponemos una nueva restricción en el uso de su medicamento.
- Eliminamos su medicamento de la Lista de Medicamentos.

Si alguno de estos cambios ocurre con un medicamento que usted toma (excepto el retiro del mercado, un medicamento genérico que reemplaza a un medicamento de marca u otro cambio indicado en las secciones anteriores), el cambio no afectará su uso ni lo que usted paga como su parte del costo hasta el 1 de enero del año siguiente.

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

SECCIÓN 7 Tipos de medicamentos que no cubrimos

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

Si recibe medicamentos que están excluidos, deberá pagarlos usted mismo (excepto ciertos medicamentos excluidos cubiertos por nuestra cobertura de medicamentos mejorada). Si apela y se determina que el medicamento solicitado no está excluido de la Parte D, lo pagaremos o lo cubriremos. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión, consulte el Capítulo 9).

A continuación se presentan 3 reglas generales sobre los medicamentos que los planes de medicamentos de Medicare no cubrirán bajo la Parte D:

- La cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que estaría cubierto por la Parte A o la Parte B de Medicare.
- Nuestro plan no puede cubrir un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos o sus territorios.
- Nuestro plan no puede cubrir el uso *para una indicación no autorizada* de un medicamento cuando ese uso no está respaldado por ciertas referencias, como American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de Información DRUGDEX de Micromedex. El uso *para una indicación no autorizada* es cualquier uso

del medicamento distinto de los indicados en la etiqueta del medicamento aprobada por la FDA.

Además, por ley, las siguientes categorías de medicamentos no están cubiertas por los planes de medicamentos de Medicare: (Nuestro plan cubre ciertos medicamentos que se indican a continuación mediante nuestra cobertura de medicamentos mejorada, por los cuales es posible que usted tenga costo compartido).

- Medicamentos sin receta (también llamados medicamentos de venta libre)
- Medicamentos utilizados para promover la fertilidad
- Medicamentos utilizados para el alivio de los síntomas de la tos o el resfriado
- Medicamentos utilizados con fines cosméticos o para promover el crecimiento del cabello
- Vitaminas y productos minerales con receta, excepto las vitaminas prenatales y los preparados de flúor
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la anorexia, la pérdida de peso o el aumento de peso
- Medicamentos para pacientes ambulatorios para los cuales el fabricante exige que las pruebas asociadas o los servicios de monitoreo se compren únicamente al fabricante como condición de venta

Ofrecemos cobertura adicional de algunos medicamentos recetados (cobertura de medicamentos mejorada) que normalmente no están cubiertos por un plan de medicamentos recetados de Medicare. Cubrimos Sildenafil en el Nivel 2 del formulario. El monto que usted paga por estos medicamentos no se considera para calificar para la Etapa de Cobertura Catastrófica. (La Etapa de Cobertura Catastrófica se describe en el Capítulo 6, Sección 6).

Si **recibe el Programa de Ayuda Adicional de Medicare** para pagar sus recetas, el Programa de Ayuda Adicional no pagará los medicamentos que normalmente no están cubiertos. (Consulte la Lista de Medicamentos de nuestro plan o llame a Servicios para Miembros al 1-800-885-8000 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) para obtener más información). Si tiene cobertura de medicamentos a través de Medicaid, es posible que el programa Medicaid de su estado cubra algunos medicamentos recetados que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare. Comuníquese con el programa Medicaid de su estado para determinar qué cobertura de medicamentos podría estar disponible para usted.

(Encontrará los números de teléfono y la información de contacto de Medicaid en el Capítulo 2, Sección 6).

SECCIÓN 8 Cómo surtir una receta

Para surtir su receta, proporcione la información de membresía de nuestro plan (que puede encontrar en su tarjeta de membresía) en la farmacia de la red que elija. La farmacia de la red facturará automáticamente a nuestro plan *la parte que nos corresponde* del costo de su medicamento. Usted debe pagarle a la farmacia *su* parte del costo al recoger su receta.

Si no tiene consigo la información de membresía de nuestro plan, usted o la farmacia pueden llamar a nuestro plan para obtener la información, o puede pedirle a la farmacia que busque la información de inscripción en nuestro plan.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, **es posible que usted tenga que pagar el costo total de la receta al recogerla**. Luego puede **solicitarnos el reembolso** de nuestra parte. Consulte el Capítulo 7, Sección 2, para obtener información sobre cómo solicitar un reembolso a nuestro plan.

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

Sección 9.1 En un hospital o un centro de enfermería especializada durante una estadía cubierta por nuestro plan

Si ingresa en un hospital o en un centro de enfermería especializada para una estadía cubierta por nuestro plan, generalmente cubriremos el costo de sus medicamentos recetados durante su estadía. Una vez que salga del hospital o del centro de enfermería especializada, nuestro plan cubrirá sus medicamentos recetados siempre que los medicamentos cumplan todas nuestras normas de cobertura que se describen en este capítulo.

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

Por lo general, un centro de atención a largo plazo (LTC) (como una residencia de ancianos) tiene su propia farmacia o utiliza una farmacia que suministra medicamentos a todos sus residentes. Si usted reside en un centro de atención a largo plazo, puede obtener sus medicamentos recetados a través de la farmacia del centro o de la que utilice, siempre que forme parte de nuestra red.

Consulte su *Directorio de Farmacias* (https://championhmo.com/provider-directories/) para averiguar si la farmacia de su centro de atención a largo plazo (LTC) o la que utiliza forma parte de nuestra red. Si no lo es, o si necesita más información o ayuda, llame a Servicios para Miembros al 1-800-885-8000 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711). Si se encuentra en un centro de atención a largo plazo (LTC), debemos asegurarnos de que pueda recibir regularmente sus beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias de LTC.

Si reside en un centro de atención a largo plazo y necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de Medicamentos o que está restringido de alguna manera, consulte la Sección 5 para obtener información sobre cómo obtener un suministro temporal o de emergencia.

Sección 9.3 Si también tiene cobertura de medicamentos de un empleador o de un plan grupal de jubilados

Si tiene otra cobertura de medicamentos a través de su empleador (o el de su cónyuge o pareja de hecho) o de un grupo de jubilados, comuníquese con **el administrador de beneficios de ese grupo.** Ellos pueden ayudarle a comprender cómo funcionará su cobertura de medicamentos actual con nuestro plan.

En general, si tiene una cobertura grupal para empleados o jubilados, la cobertura de medicamentos que reciba de nosotros será *secundaria* a su cobertura grupal. Esto significa que su cobertura grupal paga primero.

Nota especial sobre la cobertura acreditable:

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

Si la cobertura del plan grupal es acreditable, significa que su plan tiene una cobertura de medicamentos que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos de Medicare.

Conserve todos los avisos sobre la cobertura acreditable, ya que podría necesitar estos avisos más adelante para demostrar que mantuvo una cobertura acreditable. Si no recibió un aviso de cobertura acreditable, solicite una copia a su empleador o al administrador de beneficios del plan de jubilación, o al empleador o sindicato.

Sección 9.4 Si está en un hospicio certificado por Medicare

El hospicio y nuestro plan no cubren el mismo medicamento simultáneamente. Si está inscrito en el hospicio de Medicare y necesita ciertos medicamentos (por ejemplo,

antieméticos, laxantes, analgésicos o ansiolíticos) que no están cubiertos por su hospicio porque no están relacionados con su enfermedad terminal ni con las afecciones relacionadas, nuestro plan debe recibir una notificación del profesional que le receta los medicamentos o de su proveedor de hospicio de que el medicamento no está relacionado antes de que nuestro plan pueda cubrirlo. Para evitar demoras en la obtención de estos medicamentos que deberían estar cubiertos por nuestro plan, pida a su proveedor de hospicio o al profesional que le receta los medicamentos que envíe la notificación antes de que se surta su receta.

En caso de que usted revoque su elección de hospicio o reciba el alta del hospicio, nuestro plan debería cubrir sus medicamentos según se explica en este documento. Para evitar demoras en la farmacia cuando termine su beneficio de hospicio de Medicare, lleve a la farmacia documentación que verifique su revocación o alta.

SECCIÓN 10 Programas sobre seguridad de medicamentos y gestión de medicamentos

Realizamos revisiones del uso de medicamentos para ayudar a garantizar que nuestros miembros reciban una atención segura y adecuada.

Revisamos cada vez que surte una receta. También revisamos nuestros registros periódicamente. Durante estas revisiones, buscamos posibles problemas como:

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

Si vemos un posible problema en el uso de sus medicamentos, trabajaremos con su proveedor para corregir el problema.

Sección 10.1 Programa de Gestión de Medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a usar medicamentos opioides de forma segura

Tenemos un programa que ayuda a garantizar que los miembros usen de manera segura los opioides recetados y otros medicamentos de los que con frecuencia se abusa. Este programa se llama Programa de Administración de Medicamentos (DMP). Si usa medicamentos opioides que obtiene de varios profesionales que le recetan los medicamentos o de varias farmacias, o si tuvo recientemente una sobredosis de opioides, es posible que hablemos con los profesionales que le recetan los medicamentos para asegurarnos de que su uso de medicamentos opioides sea adecuado y médicamente necesario. Si, en colaboración con los profesionales que le recetan los medicamentos, decidimos que su uso de medicamentos opioides o benzodiacepinas recetados puede no ser seguro, es posible que limitemos la manera en que puede obtener esos medicamentos. Si lo incluimos en nuestro DMP, las limitaciones pueden ser las siguientes:

- Exigirle que obtenga todas sus recetas de medicamentos opioides o benzodiazepinas de una(s) farmacia(s) determinada(s)
- Exigirle que obtenga todas sus recetas de medicamentos opioides o benzodiacepinas de determinado(s) profesional(es) que le receta(n) los medicamentos
- Limitar la cantidad de medicamentos opioides o benzodiazepínicos que cubriremos para usted

Si planeamos limitar la manera en que obtiene estos medicamentos o la cantidad que puede obtener, le enviaremos una carta por adelantado. En la carta se le indicará si limitaremos la cobertura de estos medicamentos para usted o si se le exigirá que obtenga las recetas de estos medicamentos solo de un profesional que le receta los medicamentos o de una farmacia específicos. Tendrá la oportunidad de decirnos qué profesionales que le recetan los medicamentos o qué farmacias prefiere usar, así como cualquier otra información que considere importante que sepamos. Después de que haya tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura de estos medicamentos, le enviaremos otra carta para confirmar la limitación. Si cree que cometimos un error o no está de acuerdo con nuestra decisión o con la limitación, usted y el profesional que le receta los medicamentos tienen derecho a apelar. Si apela, revisaremos su caso y le daremos una nueva decisión. Si seguimos denegando cualquier parte de su solicitud relacionada con las limitaciones que se aplican a su acceso a los medicamentos, enviaremos automáticamente su caso a un revisor independiente fuera de nuestro plan. Consulte el Capítulo 9 para obtener información sobre cómo solicitar una apelación.

No se le incluirá en nuestro DMP si tiene ciertas afecciones médicas, como dolor relacionado con el cáncer o enfermedad de células falciformes, si recibe atención de hospicio, atención paliativa o atención al final de la vida, o si vive en un centro de atención a largo plazo.

Sección 10.2 Programa de Gestión de Terapia con Medicamentos (MTM) para ayudar a los miembros a administrar los medicamentos

Contamos con un programa que puede ayudar a nuestros miembros con necesidades de salud complejas. Nuestro programa se llama Programa de Gestión de Terapia con Medicamentos (MTM). Este programa es voluntario y gratuito. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrolló el programa para nosotros con el fin de ayudar a garantizar que nuestros miembros obtengan el máximo beneficio de los medicamentos que toman.

Algunos miembros que padecen ciertas enfermedades crónicas y toman medicamentos que exceden una cantidad específica de los costos de los medicamentos o que están en un DMP para ayudarlos a usar opioides de manera segura pueden obtener servicios a través de un programa MTM. Si califica para el programa, un farmacéutico u otro profesional de la salud le brindará una revisión completa de todos sus medicamentos. Durante la revisión, puede hablar sobre sus medicamentos, sus costos y cualquier problema o pregunta que tenga sobre sus medicamentos recetados y de venta libre. Recibirá un resumen escrito con una lista de tareas recomendadas que incluye los pasos que debe seguir para obtener los mejores resultados de sus medicamentos. También recibirá una lista de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que está tomando, la cantidad que toma, cuándo y por qué los toma. Además, los miembros del programa MTM recibirán información sobre la eliminación segura de medicamentos recetados que son sustancias controladas.

Es recomendable hablar con su médico sobre su lista de tareas recomendadas y su lista de medicamentos. Lleve el resumen a su consulta o siempre que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros profesionales de la salud. Mantenga su lista de medicamentos actualizada y con usted (por ejemplo, con su identificación) en caso de que vaya al hospital o a urgencias.

Si tenemos un programa que se adapta a sus necesidades, lo inscribiremos automáticamente en el programa y le enviaremos información. Si decide no participar, avísenos y lo daremos de baja. Si tiene preguntas sobre este programa, llame a Servicios para Miembros al 1-800-885-8000 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711).

CAPÍTULO 6:
Lo que usted paga por los medicamentos de la Parte D

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

Si participa en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos, **parte de la información de esta** *Evidencia de Cobertura* **sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D puede no aplicarse a usted.** Le enviamos un inserto separado, denominado *Cláusula adicional a la Evidencia de Cobertura para las personas que reciben el Programa de Ayuda Adicional para pagar los medicamentos recetados* (también conocida como *Cláusula adicional para el Subsidio por Bajos Ingresos* o *Cláusula LIS*), que le informa sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene este inserto, llame a Servicios para Miembros al 1-800-885-8000 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) y pida la *Cláusula LIS*.

Usamos "medicamento" en este capítulo para referirnos a un medicamento recetado de la Parte D. No todos los medicamentos son de la Parte D. Algunos medicamentos están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare, mientras que otros están excluidos de la cobertura de Medicare por ley. Algunos medicamentos excluidos pueden estar cubiertos por nuestro plan si usted adquirió una cobertura de medicamentos complementaria.

Para comprender la información de pago, usted necesita saber qué medicamentos están cubiertos, dónde surtir sus recetas y qué reglas debe seguir cuando obtiene sus medicamentos cubiertos. El Capítulo 5 explica estas reglas. Cuando utiliza la "Herramienta de Beneficios en Tiempo Real" de nuestro plan para buscar cobertura de medicamentos (www.ChampionHMO.com), el costo que ve muestra una estimación de los costos de bolsillo que se espera que pague. También puede obtener información proporcionada por la "Herramienta de Beneficios en Tiempo Real" llamando a Servicios para Miembros al 1-800-885-8000 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711).

Sección 1.1 Tipos de costos de bolsillo que puede pagar por medicamentos cubiertos

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

- **Deducible** es la cantidad que usted paga por los medicamentos antes de que nuestro plan comience a pagar nuestra parte.
- **Copago** es una cantidad fija que usted paga cada vez que surte una receta.
- **Coseguro** es un porcentaje del costo total que usted paga cada vez que surte una receta.

Sección 1.2 Cómo calcula Medicare sus costos de bolsillo

Medicare tiene reglas sobre qué se considera y qué no cuenta para sus costos de bolsillo. Estas son las reglas que debemos seguir para llevar un registro de sus costos de bolsillo.

Estos pagos <u>están incluidos</u> en sus costos de bolsillo

Sus costos de bolsillo **incluyen** los pagos que se enumeran a continuación (siempre que sean para medicamentos cubiertos de la Parte D y que usted haya seguido las reglas de cobertura de medicamentos que se explican en el Capítulo 5):

- El monto que paga por los medicamentos cuando está en las siguientes etapas de pago de medicamentos:
- La Etapa del Deducible
  - La Etapa de Cobertura Inicial
- Cualquier pago que haya hecho durante este año calendario como miembro de otro plan de medicamentos de Medicare antes de unirse a nuestro plan
- Cualquier pago por sus medicamentos realizado por familiares o amigos
- Cualquier pago realizado para sus medicamentos mediante Ayuda Adicional de Medicare, planes de salud de empleadores o sindicatos, Servicio de Salud Indígena, programas de asistencia de medicamentos para el SIDA, Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica (SPAP) y la mayoría de las organizaciones benéficas

Paso a la Etapa de Cobertura Catastrófica:

Cuando usted (o quienes pagan en su nombre) haya gastado un total de $2,400 en costos que paga de su bolsillo dentro del año calendario, pasa de la Etapa de Cobertura Inicial a la Etapa de Cobertura Catastrófica.

Estos pagos no están incluidos en sus costos de bolsillo

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

Su prima mensual del plan

- Medicamentos que compra fuera de los Estados Unidos y sus territorios
- Medicamentos que nuestro plan no cubre
- Medicamentos que obtiene en una farmacia fuera de la red y que no cumplen con los requisitos de nuestro plan para la cobertura fuera de la red
- Medicamentos recetados y vacunas cubiertos por la Parte A o la Parte B
- Pagos que usted realiza por medicamentos cubiertos por nuestra cobertura adicional, pero que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare
- Pagos que usted realiza por medicamentos que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare
- Pagos por sus medicamentos realizados por ciertos planes de seguro y programas de salud financiados por el gobierno, como TRICARE y la Administración de Salud de Veteranos (VA)
- Pagos por sus medicamentos realizados por un tercero con la obligación legal de pagar los costos de los medicamentos recetados (por ejemplo, Compensación para Trabajadores)
- Pagos realizados por los fabricantes de medicamentos conforme al Programa de Descuento para Fabricantes

Recordatorio: Si cualquier otra organización, como las que se mencionan más arriba, paga parte o la totalidad de sus costos de bolsillo por los medicamentos, usted debe informarlo a nuestro plan llamando a Servicios para Miembros al 1-800-885-8000 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711).

Seguimiento de sus costos totales de desembolso personal

- La *Explicación de Beneficios (EOB) de la Parte D* que recibe incluye el total actual de sus costos de bolsillo. Cuando este monto llegue a $2,400, la *EOB de la Parte D* le indicará que dejó la Etapa de Cobertura Inicial y pasó a la Etapa de Cobertura Catastrófica.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos**. Vaya a la Sección 3.1 para saber qué puede hacer para garantizar que nuestros registros de lo que gastó estén completos y actualizados.

SECCIÓN 2 Etapas de pago de medicamentos para los miembros de Champion Plus (HMO C-SNP)

Hay **3 etapas de pago de medicamentos** para su cobertura de medicamentos de Champion Plus (HMO C-SNP). El monto que paga por cada receta depende de la etapa en la que se encuentre cuando le surtan o resurtan una receta. Los detalles de cada etapa se explican en este capítulo. Las etapas son las siguientes:

- **Etapa 1: Etapa del Deducible Anual**
- **Etapa 2: Etapa de Cobertura Inicial**
- **Etapa 3: Etapa de Cobertura Catastrófica**

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

Nuestro plan lleva un registro de los costos de sus medicamentos recetados y de los pagos que realiza al obtenerlos en la farmacia. De esta manera, podemos informarle cuándo pasa de una etapa de pago de medicamentos a la siguiente. Registramos 2 tipos de costos:

- **Costos de bolsillo:** es lo que usted pagó. Esto incluye lo que pagó al obtener un medicamento cubierto por la Parte D, cualquier pago por sus medicamentos realizado por familiares o amigos, y cualquier pago realizado por sus medicamentos mediante la Ayuda Adicional de Medicare, los planes de salud del empleador o del sindicato, el Servicio de Salud Indígena, los programas de asistencia para medicamentos contra el SIDA, las organizaciones benéficas y la mayoría de los Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica (SPAP).
- **Costos totales de los medicamentos:** es el total de todos los pagos realizados por sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Incluye lo que pagó nuestro plan, lo que pagó usted y lo que pagaron otros programas u organizaciones por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

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

- **Información de ese mes**. Este informe brinda los detalles de pago de las recetas que surtió durante el mes anterior. Muestra los costos totales de los medicamentos, lo que pagó nuestro plan y lo que usted y otras personas pagaron en su nombre.

- **Totales del año desde el 1 de enero.** Esto muestra los costos totales de los medicamentos y los pagos totales por sus medicamentos desde el inicio del año.
- **Información sobre el precio de los medicamentos.** Esto muestra el precio total del medicamento e información sobre los cambios en el precio desde el primer surtido de cada reclamo de receta de la misma cantidad.
- **Existen recetas alternativas de menor costo disponibles.** Esto muestra información sobre otros medicamentos disponibles con menor costo compartido para cada reclamo de receta, si corresponde.

Sección 3.1 Ayúdenos a mantener actualizada nuestra información sobre sus pagos de medicamentos

Para llevar un registro de los costos y pagos de sus medicamentos, utilizamos los registros que obtenemos de las farmacias. Así es como puede ayudarnos a mantener su información correcta y actualizada:

- **Muestre su tarjeta de membresía cada vez que vaya a surtir una receta médica.** Esto nos ayuda a garantizar que sepamos sobre las recetas que usted surte y lo que paga.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** En ocasiones, podría pagar el costo total de un medicamento recetado. En estos casos, no obtendremos automáticamente la información necesaria para llevar un registro de sus costos de bolsillo. Para ayudarnos a llevar un registro de sus costos de bolsillo, proporciónenos copias de sus recibos. **Ejemplos de cuándo debería proporcionarnos copias de sus recibos de medicamentos:**
    - Cuando compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o usa una tarjeta de descuento que no forma parte del beneficio de nuestro plan.
    - Cuando paga un copago por medicamentos que se proporcionan en virtud de un programa de asistencia al paciente del fabricante del medicamento.
    - Cada vez que compre medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red o pague el precio total de un medicamento cubierto en circunstancias especiales.
    - Si le facturan un medicamento cubierto, puede solicitar a nuestro plan que pague la parte que nos corresponde del costo. Para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo, consulte el Capítulo 7, Sección 2.

- **Envíenos información sobre los pagos que otras personas hacen por usted.** Los pagos realizados por ciertas otras personas y organizaciones también se incluyen en sus costos de bolsillo. Por ejemplo, los pagos realizados por el Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica, el Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP), el Servicio de Salud Indígena y las organizaciones benéficas se incluyen en sus costos de bolsillo. Lleve un registro de estos pagos y envíenoslos para que podamos hacer un seguimiento de sus costos.
- **Revise el informe escrito que le enviamos.** Cuando reciba la *EOB de la Parte D*, revísela para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si cree que falta algo o tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros al 1-800-885-8000 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711). Asegúrese de guardar estos informes.

SECCIÓN 4 La Etapa del Deducible

La Etapa del Deducible es la primera etapa de pago de su cobertura de medicamentos. El deducible no se aplica a los productos de insulina cubiertos ni a la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, incluidas las vacunas contra el herpes zóster, el tétanos y las de viaje. Usted pagará un deducible anual de $700 por los medicamentos de los Niveles 3, 4 y 5. Debe pagar el costo total de sus medicamentos de los Niveles 3, 4 y 5 hasta que alcance el monto del deducible de nuestro plan. Para todos los demás medicamentos, no tendrá que pagar ningún deducible. El costo total suele ser menor que el precio completo normal del medicamento, ya que nuestro plan ha negociado costos más bajos para la mayoría de los medicamentos en las farmacias de la red. El costo total no puede exceder el precio máximo justo más las tarifas de dispensación para los medicamentos con precios negociados conforme al Programa de Negociación de Precios de Medicamentos de Medicare.

Una vez que pague $700 por sus medicamentos de los Niveles 3, 4 y 5, usted sale de la Etapa del Deducible y pasa a la Etapa de Cobertura Inicial.

SECCIÓN 5 La Etapa de Cobertura Inicial

Sección 5.1 Lo que paga por un medicamento depende del medicamento y de dónde surta su receta

Durante la Etapa de Cobertura Inicial, nuestro plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos cubiertos y usted paga su parte (el monto de su copago *o* coseguro). La parte que le corresponde del costo variará según el medicamento y el lugar donde surta su receta.

Nuestro plan tiene seis (6) niveles de costos compartidos

Cada medicamento de la Lista de Medicamentos de nuestro plan se encuentra en uno de seis (6) niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor sea el número del nivel de costo compartido, mayor será su costo por el medicamento:

- Nivel 1 (Genéricos preferidos): Este es el nivel más bajo e incluye medicamentos genéricos preferidos. También incluye ciertos medicamentos que normalmente no cubre la Parte D. Usted paga $0 por suministro mensual de cada insulina cubierta en este nivel.
- Nivel 2 (Genérico): Este es otro nivel de medicamentos de costo más bajo. Este nivel incluye medicamentos genéricos. Usted paga $0 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto de este nivel.
- Nivel 3 (Marca preferida): Este nivel incluye medicamentos de marca preferida. También puede incluir algunos medicamentos genéricos no preferidos que tienen un precio similar al del medicamento de marca original. Usted no paga más de $35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto de este nivel.
- Nivel 4 (Marca no preferida): Este nivel incluye medicamentos de marca no preferida. También puede incluir algunos medicamentos genéricos no preferidos que tienen un precio similar al del medicamento de marca original. Usted no paga más de $35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto de este nivel.
- Nivel 5 (Nivel de especialidades): Este nivel incluye medicamentos especializados. También puede incluir medicamentos de marca y genéricos de muy alto costo. Los medicamentos de este nivel generalmente cuestan más que los de los otros niveles de costos compartidos. Usted no paga más de $35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto de este nivel.
- Nivel 6 (Medicamentos Select Care): Este es otro nivel de medicamentos de costo más bajo. Este nivel incluye medicamentos Select Care para tratar afecciones como diabetes, hipertensión y colesterol alto. Usted paga $0 por suministro mensual de cada insulina cubierta en este nivel.

Para saber en qué nivel de costo compartido se encuentra su medicamento, búsquelo en la Lista de medicamentos de nuestro plan.

Sus opciones de farmacia

La cantidad que paga por un medicamento depende de si lo obtiene de:

- Una farmacia minorista de la red

- Una farmacia fuera de la red de nuestro plan. Cubrimos las recetas surtidas en farmacias fuera de la red solo en casos limitados. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5, para saber cuándo cubriremos una receta surtida en una farmacia fuera de la red.
- La farmacia de pedido por correo de nuestro plan

Para obtener más información sobre estas opciones de farmacia y cómo surtir sus recetas, consulte el Capítulo 5 y el *Directorio de farmacias* de nuestro plan (https://championhmo.com/provider-directories/).

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

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

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

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

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

Nivel	Costo minorista estándar compartido dentro de la red (hasta un suministro de 30 días)	Costo compartido dentro de la red para atención a largo plazo (LTC) (hasta un suministro de 31 días)	Costos compartidos fuera de la red (La cobertura está limitada a ciertas situaciones; consulte el Capítulo 5 para obtener más detalles). (hasta un suministro de 30 días)
Nivel 1 de costos compartidos (Genérico preferido) Incluye insulinas	$0	$0	$0
Nivel 2 de costos compartidos (Genérico) Incluye insulinas	$0	$0	$0
Nivel 3 de costos compartidos (Marca preferida) Copago de insulinas	25% Lo que sea menor entre 25% y $35	25% Lo que sea menor entre 25% y $35	25% Lo que sea menor entre 25% y $35
Nivel 4 de costos compartidos (Medicamento no preferido) Copago de insulinas	25% Lo que sea menor entre 25% y $35	25% Lo que sea menor entre 25% y $35	25% Lo que sea menor entre 25% y $35
Nivel 5 de costos compartidos (Especialidad) Copago de insulinas	25% Lo que sea menor entre 25% y $35	25% Lo que sea menor entre 25% y $35	25% Lo que sea menor entre 25% y $35
Nivel 6 de costos compartidos (Select Care) Incluye insulinas	$0	$0	$0

Usted no pagará nada por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto del Nivel 1, el Nivel 2 y el Nivel 6 de medicamentos. No pagará más de $35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto del Nivel 3, el Nivel 4 y el Nivel 5 de medicamentos, aunque no haya pagado su deducible.

Consulte la Sección 8 de este capítulo para obtener más información sobre el costo compartido de las vacunas de la Parte D.

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

Por lo general, el monto que paga por un medicamento cubre el suministro de un mes completo. Puede haber ocasiones en las que usted o su médico deseen que reciba menos de un mes de suministro de un medicamento (por ejemplo, si está probando un medicamento por primera vez). También puede pedirle a su médico que le recete, y a su farmacéutico que le dispense, menos de un mes de suministro, si esto le ayuda a planificar mejor las fechas de resurtido.

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

- Si usted es responsable del 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 un copago por el medicamento, solo paga por los días que recibe, en lugar de un mes completo. Calculamos el monto que paga por día por su medicamento (la tarifa diaria de costo compartido) y lo multiplicamos por la cantidad de días que recibe.

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

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

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

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

Nivel	Costo minorista estándar compartido (dentro de la red) (suministro para 100 días)	Costo compartido de pedido por correo (suministro para 100 días)
Nivel 1 de costos compartidos (Genérico preferido) Incluye insulinas	$0	$0
Nivel 2 de costos compartidos (Genérico) Incluye insulinas	$0	$0
Nivel 3 de costos compartidos (Marca preferida) Copago de insulinas	25% Lo que sea menor entre 25% y $105	25% Lo que sea menor entre 25% y $105
Nivel 4 de costos compartidos (Medicamento no preferido) Copago de insulinas	25% Lo que sea menor entre 25% y $105	25% Lo que sea menor entre 25% y $105
Nivel 5 de costos compartidos (Especialidad)	No hay un suministro a largo plazo disponible para medicamentos del Nivel 5	No hay un suministro a largo plazo disponible para medicamentos del Nivel 5
Nivel 6 de costos compartidos (Select Care) Incluye insulinas	$0	$0

No pagará nada por un suministro para tres meses de cada producto de insulina cubierto del Nivel 1, el Nivel 2 y el Nivel 6 de medicamentos. No pagará más de $105 por un suministro

para tres meses de cada producto de insulina cubierto del Nivel 3 y el Nivel 4 de medicamentos, aunque no haya pagado su deducible.

Sección 5.5 Usted permanece en la Etapa de Cobertura Inicial hasta que sus costos de bolsillo para el año alcancen los $2,400

Usted permanece en la Etapa de Cobertura Inicial hasta que sus costos totales de bolsillo alcancen los $2,400. Luego pasa a la Etapa de Cobertura Catastrófica.

Ofrecemos cobertura adicional para algunos medicamentos recetados que normalmente no están cubiertos por un plan de medicamentos recetados de Medicare. Los pagos por estos medicamentos no se contabilizarán en sus gastos de bolsillo totales.

La *Explicación de Beneficios (EOB) de la Parte D* que recibe le ayudará a llevar un registro de cuánto han gastado en su nombre usted, nuestro plan y cualquier tercero durante el año. No todos los miembros alcanzarán el límite de gastos de bolsillo de $2,400 en un año.

Le avisaremos si alcanza esta cantidad. Consulte la Sección 1.3 para obtener más información sobre cómo Medicare calcula sus gastos de bolsillo.

SECCIÓN 6 La etapa de cobertura catastrófica

En la Etapa de Cobertura Catastrófica, no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted entra en la Etapa de Cobertura Catastrófica cuando los costos que paga de su bolsillo alcanzan el límite de $2,400 para el año calendario. Una vez que esté en la Etapa de Cobertura Catastrófica, permanecerá en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.

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

SECCIÓN 7 Lo que paga por las vacunas de la Parte D

Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas: algunas vacunas se consideran beneficios médicos y están cubiertas por la Parte B. Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas en la Lista de Medicamentos de nuestro plan. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos sin costo para usted, incluso si no ha pagado su deducible. Consulte la Lista de Medicamentos de nuestro plan o llame a Servicios para Miembros al 1-800-885-8000 (los usuarios de TTY deben

llamar al 711) para obtener detalles sobre la cobertura y los costos compartidos de vacunas específicas.

Nuestra cobertura de las vacunas de la Parte D consta de 2 partes:

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

Sus costos por una vacuna de la Parte D dependen de 3 cosas:

1. **Si la vacuna está recomendada para adultos por una organización llamada Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP).**
   - La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos son recomendadas por ACIP y no tienen ningún costo.
2. **Dónde obtiene la vacuna.**
   - La vacuna en sí puede ser dispensada por una farmacia o proporcionada por el consultorio del médico.
3. **Quién le administra la vacuna.**
   - Un farmacéutico u otro profesional sanitario puede administrar la vacuna en la farmacia. O bien, un profesional sanitario puede administrarla en el consultorio del médico.

Lo que usted paga al momento de recibir la vacuna de la Parte D puede variar dependiendo de las circunstancias y de la **etapa de pago del medicamento** en la que se encuentre.

- Cuando recibe una vacuna, es posible que deba pagar el costo total tanto de la vacuna en sí como del servicio del proveedor para administrársela. Puede pedirle a nuestro plan que le reembolse la parte del costo que nos corresponde. Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, esto significa que se le reembolsará el costo total que pagó.
- Otras veces, cuando recibe una vacuna, solo paga su parte del costo según su beneficio de la Parte D. Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, no paga nada.

A continuación se muestran 3 ejemplos de formas en las que podría obtener una vacuna de la Parte D.

Situación 1: Obtiene la vacuna de la Parte D en la farmacia de la red. (La posibilidad de elegir esta opción depende de dónde viva. Algunos estados no permiten que las farmacias administren ciertas vacunas).

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

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

- Cuando recibe la vacuna, es posible que tenga que pagar el costo total de la vacuna en sí y el costo del proveedor para administrársela.
- Luego puede solicitar a nuestro plan que pague nuestra parte del costo utilizando los procedimientos descritos en el Capítulo 7.
- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, se le reembolsará el monto total que pagó. Para otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará el monto que pagó menos cualquier coseguro o copago por la vacuna (incluida la administración), y menos cualquier diferencia entre el monto que cobra el médico y lo que normalmente pagamos. (Si recibe el Programa de Ayuda Adicional, le reembolsaremos esta diferencia).

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

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

Parte D, se le reembolsará el monto que pagó menos cualquier coseguro por la administración de la vacuna, y menos cualquier diferencia entre el monto que cobra el médico y lo que normalmente pagamos. (Si recibe el Programa de Ayuda Adicional, le reembolsaremos esta diferencia).

CAPÍTULO 7: Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura por servicios médicos o medicamentos cubiertos

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe solicitarnos que paguemos nuestra parte por servicios o medicamentos cubiertos

En ocasiones, al recibir atención médica o un medicamento recetado, es posible que deba pagar el costo total. En otras ocasiones, podría pagar más de lo previsto según las normas de cobertura de nuestro plan, o podría recibir una factura de un proveedor. En estos casos, puede solicitar un reembolso. Tiene derecho a que nuestro plan le reembolse el costo si ha pagado más de lo que le corresponde por servicios médicos o medicamentos cubiertos por nuestro plan. Es posible que deba cumplir con ciertas fechas límite para recibir el reembolso. Consulte la Sección 2 de este capítulo.

También puede haber ocasiones en las que reciba una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que recibió o por más de la parte que le corresponde del costo compartido. Primero, intente resolver la factura con el proveedor. Si eso no funciona, envíenos la factura en lugar de pagarla. Revisaremos la factura y decidiremos si los servicios deben estar cubiertos. Si decidimos que deben estar cubiertos, le pagaremos al proveedor directamente. Si decidimos no pagarla, notificaremos al proveedor. Nunca debe pagar más que el costo compartido permitido por el plan. Si este proveedor tiene contrato con nuestro plan, usted aún tiene derecho a recibir tratamiento.

Ejemplos de situaciones en las que es posible que necesite solicitar a nuestro plan que le reembolse o que pague una factura que recibió:

1. **Cuando recibió atención médica de emergencia o atención de urgencia necesaria de un proveedor que no está en la red de nuestro plan**

   Fuera del área de servicio, puede obtener servicios de emergencia o atención de urgencia necesaria de cualquier proveedor, independientemente de si forma parte de nuestra red o no. En estos casos,

   - Solo es responsable de pagar su parte del costo de los servicios de emergencia o de atención de urgencia necesaria. Los proveedores de servicios de emergencia están legalmente obligados a brindar atención de emergencia.
   - Si paga el importe total al recibir la atención, solicite el reembolso de nuestra parte del costo. Envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago realizado.
   - Es posible que reciba una factura del proveedor solicitando un pago que cree no adeudar. Envíenos esta factura, junto con la documentación de cualquier pago que ya haya realizado.
     - Si se le debe algo al proveedor, le pagaremos directamente al proveedor.
     - Si ya pagó más de su parte del costo del servicio, determinaremos cuánto debía y le reembolsaremos nuestra parte del costo.

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

   Los proveedores de la red siempre deben facturar directamente a nuestro plan y cobrarle solo su parte del costo. Sin embargo, a veces cometen errores y le piden que pague más de lo que le corresponde.

   - Solo tiene que pagar su costo compartido cuando recibe servicios cubiertos. No permitimos que los proveedores agreguen cargos adicionales por separado, lo que se conoce como **facturación de saldo**. Esta protección (que usted nunca pague más que su costo compartido) se aplica incluso si pagamos al proveedor menos de lo que cobra por un servicio e incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos.
   - Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red que considere que supera el monto que debería pagar, envíenosla. Nos comunicaremos directamente con el proveedor y resolveremos el problema de facturación.
   - Si ya pagó una factura a un proveedor de la red, pero considera que pagó de más, envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago realizado y solicítenos que le reembolsemos la diferencia entre el monto que pagó y el monto que debía según nuestro plan.

3. Si está inscrito retroactivamente en nuestro plan

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

Si se inscribió retroactivamente en nuestro plan y pagó de su bolsillo por alguno de sus servicios o medicamentos cubiertos después de su fecha de inscripción, puede pedirnos que le reembolsemos la parte del costo que nos corresponde. Debe presentar documentación, como recibos y facturas, para que tramitemos el reembolso.

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

Si acude a una farmacia fuera de la red, es posible que no puedan presentarnos la reclamación directamente. En ese caso, deberá pagar el costo total de su receta.

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos solicite el reembolso de nuestra parte del costo. Recuerde que solo cubrimos farmacias fuera de la red en circunstancias limitadas. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5 para obtener más información sobre estas circunstancias. Es posible que no le reembolsemos la diferencia entre lo que pagó por el medicamento en la farmacia fuera de la red y lo que pagaríamos en una farmacia dentro de la red.

5. Cuando paga el costo total de una receta porque no tiene consigo nuestra tarjeta de membresía del plan

Si no tiene la tarjeta de membresía de nuestro plan, puede pedirle a la farmacia que llame a nuestro plan o que busque la información de inscripción. Si la farmacia no puede obtener la información de inscripción que necesita de inmediato, es posible que deba pagar el costo total de la receta.

Conserve su recibo y envíenos una copia cuando nos solicite el reembolso de nuestra parte del costo. Es posible que no le reembolsemos el costo total si el precio en efectivo que pagó es mayor que nuestro precio negociado por la receta.

6. Cuando paga el costo total de una receta en otras situaciones

Es posible que pague el costo total de la receta porque descubre que el medicamento no está cubierto por algún motivo.

- Por ejemplo, es posible que el medicamento no esté en la Lista de Medicamentos de nuestro plan, o que tenga un requisito o restricción que desconocía o que no le corresponde. Si decide obtener el medicamento de inmediato, es posible que deba pagar el costo total.

- Conserve su recibo y envíenos una copia cuando nos solicite un reembolso. En algunos casos, podríamos necesitar más información de su médico para reembolsarle nuestra parte del costo. Es posible que no le reembolsemos el costo total si el precio en efectivo que pagó es mayor que nuestro precio negociado por la receta.

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

SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos que le reembolsemos o paguemos una factura que recibió

Puede solicitarnos que le reembolsemos enviándonos una solicitud por escrito. Si envía una solicitud por escrito, envíenos su factura y la documentación de cualquier pago que haya realizado. Es una buena idea hacer una copia de su factura y de los recibos para sus registros. **Debe presentarnos su reclamación dentro de los plazos que se indican a continuación** a partir de la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.

Para asegurarse de que nos está brindando toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede completar nuestro formulario de reclamo para realizar su solicitud de pago.

- No es necesario utilizar el formulario, pero nos ayudará a procesar la información más rápido.
- Si no utiliza el formulario, asegúrese de que su solicitud incluya la siguiente información:
    - Una factura detallada con las fechas de servicio, el nombre del paciente y el monto cobrado por cada servicio;
    - Recibo de pago; y
    - Historiales médicos relevantes
- Descargue una copia del formulario desde nuestro sitio web (www.ChampionHMO.com) o llame a Servicios para Miembros al 1-800-885-8000 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) y pida el formulario.

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

Para reclamos médicos, envíe su solicitud dentro de 1 año a partir de la fecha del servicio:
Champion Health Plan
PO Box 15337
Long Beach, CA 90815-9995

Para reclamos de medicamentos recetados de la Parte D, envíe su solicitud dentro de los 36 meses a partir de la fecha en que recibió el medicamento:
MedImpact Healthcare Systems, Inc.
PO Box 509108
San Diego, CA 92150-9108

SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y diremos sí o no.

Cuando recibamos su solicitud de pago, le informaremos si necesitamos información adicional de su parte. De lo contrario, consideraremos su solicitud y tomaremos una decisión de cobertura.

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

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

Si cree que cometimos un error al rechazar su solicitud de pago o el monto que le estamos pagando, puede presentar una apelación. Al presentar una apelación, nos solicita que modifiquemos la decisión que tomamos al rechazar su solicitud de pago. El proceso de apelación es formal, con procedimientos detallados y plazos importantes. Para obtener más información sobre cómo presentar esta apelación, consulte el Capítulo 9.

CAPÍTULO 8:
Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales

Sección 1.1 **Debemos brindarle información de una manera que funcione para usted y que sea coherente con sus sensibilidades culturales (en idiomas distintos del inglés, braille, letra grande u otros formatos alternativos, etc.)**

Nuestro plan debe garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se presten de forma culturalmente competente y sean accesibles para todos los afiliados, incluyendo a quienes tienen un dominio limitado del inglés, habilidades de lectura limitadas, discapacidad auditiva o personas de diversos orígenes culturales y étnicos. Algunos ejemplos de cómo nuestro plan puede cumplir con estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros, la prestación de servicios de traducción, interpretación, teletipos o conexión TTY (teléfono de texto o teletipo).

Nuestro plan cuenta con servicios de interpretación gratuitos para responder las preguntas de los miembros que no hablan inglés. También podemos brindarle información en idiomas distintos del inglés, incluido el español, y en braille, en letra grande u otros formatos alternativos sin costo, si la necesita. Tenemos la obligación de brindarle información sobre los beneficios de nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Para obtener información de nuestra parte de una manera que funcione para usted, llame a Servicios para Miembros al 1-800-885-8000 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711).

Nuestro plan tiene la obligación de ofrecer a las afiliadas la opción de acceso directo a un especialista en salud de la mujer dentro de la red para los servicios de atención médica de rutina y preventiva para mujeres.

Si no hay proveedores disponibles para una especialidad en la red de nuestro plan, es responsabilidad de nuestro plan encontrar proveedores especializados fuera de la red que le brinden la atención necesaria. En este caso, usted solo pagará el costo compartido dentro de la red. Si se encuentra en una situación en la que no hay especialistas en la red de nuestro plan que cubran un servicio que necesita, llame a nuestro plan para obtener información sobre adónde ir para obtener este servicio con el costo compartido dentro de la red.

Si tiene algún problema para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, para consultar a un especialista en salud de la mujer o para encontrar un especialista de la red, llame para presentar una queja formal al 1-800-885-8000 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711). También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

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

Usted tiene derecho a elegir un proveedor de atención primaria (PCP) de la red de nuestro plan que le proporcione y gestione sus servicios cubiertos. También tiene derecho a consultar a un especialista en salud de la mujer (como un ginecólogo) sin una derivación.

Tiene derecho a obtener citas y servicios cubiertos de la red de proveedores de nuestro plan *dentro de un plazo razonable*. Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunos de los especialistas cuando necesite esa atención. También tiene derecho a que le surtan o resurtan sus recetas en cualquiera de las farmacias de nuestra red sin demoras prolongadas.

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

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

Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de su historial médico e información personal de salud. Protegemos su información personal de salud según lo exigen estas leyes.

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

¿Cómo protegemos la privacidad de su información de salud?

- Nos aseguramos de que personas no autorizadas no vean ni modifiquen sus registros.

- Salvo las circunstancias que se indican a continuación, si tenemos la intención de dar su información médica a alguien que no le brinde ni pague su atención, *primero debemos obtener su permiso por escrito o el de alguien a quien le haya dado poder legal para tomar decisiones por usted.*
- Hay ciertas excepciones que no requieren que obtengamos primero su permiso por escrito. Estas excepciones están permitidas o son exigidas por la ley.
    - Estamos obligados a divulgar información sanitaria a las agencias gubernamentales que controlan la calidad de la atención.
    - Dado que usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, estamos obligados a proporcionar a Medicare su información médica, incluyendo información sobre sus medicamentos de la Parte D. Si Medicare divulga su información para investigación u otros usos, lo hará de acuerdo con las leyes y regulaciones federales; por lo general, esto requiere que no se comparta la información que lo identifica de manera única.

Usted puede ver la información de sus registros y saber cómo se ha compartido con otros

Usted tiene derecho a ver sus registros médicos que conserva nuestro plan y a obtener una copia de ellos. Estamos autorizados a cobrarle un cargo por hacer las copias. También tiene derecho a pedirnos que agreguemos información o hagamos correcciones a sus registros médicos. Si nos pide hacerlo, trabajaremos con su proveedor de atención médica para decidir si se deben hacer los cambios.

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

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su información médica personal, llame a Servicios para Miembros al 1-800-885-8000 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711).

Sección 1.4 Debemos brindarle información sobre nuestro plan, nuestra red de proveedores y sus servicios cubiertos

Como miembro de Champion Plus (HMO C-SNP), usted tiene derecho a obtener varios tipos de información de nosotros.

Si desea alguno de los siguientes tipos de información, llame a Servicios para Miembros al 1-800-885-8000 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711):

- **Información sobre nuestro plan**. Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera de nuestro plan.
- **Información sobre nuestros proveedores y farmacias de la red.** Usted tiene derecho a obtener información sobre las calificaciones de los proveedores y farmacias de nuestra red y sobre cómo pagamos a los proveedores de nuestra red.
- **Información sobre su cobertura y las reglas que debe seguir al utilizarla.** Los Capítulos 3 y 4 brindan información sobre los servicios médicos. Los Capítulos 5 y 6 brindan información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte D.
- **Información sobre por qué algo no está cubierto y qué puede hacer al respecto.** El Capítulo 9 proporciona información sobre cómo solicitar una explicación por escrito de por qué un servicio médico o un medicamento de la Parte D no está cubierto o si su cobertura está restringida. El Capítulo 9 también proporciona información sobre cómo solicitarnos que modifiquemos una decisión, lo que se conoce como apelación.

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

Tiene derecho a recibir información completa de sus médicos y otros profesionales de la salud. Sus profesionales deben explicarle su afección médica y sus opciones de tratamiento *de forma que usted pueda comprenderlas*.

También tiene derecho a participar plenamente en las decisiones sobre su atención médica. Para ayudarle a tomar decisiones con sus médicos sobre el tratamiento más adecuado para usted, sus derechos incluyen los siguientes:

- **Para conocer todas sus opciones.** Tiene derecho a que le informen sobre todas las opciones de tratamiento recomendadas para su afección, sin importar su costo o si están cubiertas por nuestro plan. Esto también incluye recibir información sobre los programas que nuestro plan ofrece para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos y usarlos de forma segura.
- **Conocer los riesgos.** Tiene derecho a que se le informe sobre cualquier riesgo relacionado con su atención. Se le debe informar por adelantado si alguna atención médica o tratamiento propuesto forma parte de un experimento de investigación. Siempre tiene la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.
- **El derecho a decir “no”.** Tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a abandonar un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja no hacerlo. También tiene derecho a dejar de tomar

su medicación. Si rechaza el tratamiento o deja de tomar la medicación, acepta toda la responsabilidad por lo que le suceda a su cuerpo como resultado.

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

A veces, las personas se ven incapaces de tomar decisiones sobre su atención médica por sí solas debido a accidentes o enfermedades graves. Tiene derecho a expresar lo que desea que suceda si se encuentra en esta situación. Esto significa que, *si lo desea*, puede:

- Complete un formulario escrito para darle a **alguien la autoridad legal para tomar decisiones médicas por usted** si alguna vez deja de poder tomar decisiones por sí mismo.
- **Déle a sus médicos instrucciones escritas** sobre cómo desea que manejen su atención médica si usted no puede tomar decisiones por sí mismo.

Los documentos legales que se pueden utilizar para dar instrucciones antes de estas situaciones se denominan **directivas anticipadas**. Documentos como un **testamento vital** y un **poder notarial para la atención médica** son ejemplos de directivas anticipadas.

Cómo establecer una directiva anticipada para dar instrucciones:

- **Obtenga un formulario.** Puede obtener un formulario de directiva anticipada de su abogado, un trabajador social o en algunas tiendas de artículos de oficina. A veces, puede obtener formularios de directivas anticipadas de organizaciones que brindan información sobre Medicare.
- **Llene el formulario y fírmelo.** Independientemente de dónde obtenga este formulario, es un documento legal. Considere la posibilidad de que un abogado le ayude a prepararlo.
- **Entregue copias del formulario a las personas adecuadas.** Entregue una copia del formulario a su médico y a la persona que usted indique en el formulario, quien podrá tomar decisiones por usted si usted no puede. También puede dar copias a amigos cercanos o familiares. Guarde una copia en casa.

Si sabe de antemano que va a ser hospitalizado y firmó una directiva anticipada, **lleve una copia con usted al hospital**.

- El hospital le preguntará si firmó un formulario de directiva anticipada y si lo tiene consigo.

- Si no firmó un formulario de directiva anticipada, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntará si desea firmar uno.

Llenar un formulario de directiva anticipada es su elección (incluso si desea firmar una directiva anticipada si está hospitalizado). Según la ley, nadie puede negarle atención médica ni discriminarlo por haber firmado o no una directiva anticipada.

Si no se siguen sus instrucciones

Si firma una directiva anticipada y cree que un médico u hospital no siguió las instrucciones que contiene, puede presentar una queja ante Livanta, la Organización para la Mejora de la Calidad (QIO) de su plan. La información de contacto de la QIO se encuentra en el Capítulo 2 de este documento.

Sección 1.6 Usted tiene derecho a presentar quejas y solicitarnos que reconsideremos las decisiones que tomamos

Si tiene algún problema, inquietud o queja y necesita solicitar cobertura o presentar una apelación, el Capítulo 9 de este documento le explica qué puede hacer. Sea cual sea su decisión sobre la cobertura, su apelación o su queja, **estamos obligados a brindarle un trato justo**.

Sección 1.7 Si cree que le están tratando injustamente o que no se están respetando sus derechos

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

Si cree que ha sido tratado injustamente o que sus derechos no han sido respetados, *y* esto *no* se trata de discriminación, puede obtener ayuda para lidiar con el problema que tiene en estos lugares:

- **Llame a Servicios para Miembros al 1-800-885-8000 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711)**
- **Llame a su SHIP local** al 1-800-432-0222
- **Llame a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048)

Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos

Obtenga más información sobre sus derechos en estos lugares:

- **Llame a los Servicios para Miembros de nuestro plan al 1-800-885-8000 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711)**
- **Llame a su SHIP local** al 1-800-432-0222
- **Comuníquese con Medicare**
  - Visite Medicare.gov para leer la publicación *Derechos y protecciones de Medicare* (disponible en: Derechos y protecciones de Medicare)
  - Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048)

SECCIÓN 2 Sus responsabilidades como miembro de nuestro plan

A continuación, se detallan los pasos que debe seguir como miembro de nuestro plan. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Miembros al 1-800-885-8000 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711).

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y con las reglas que debe seguir para obtenerlos.** Utilice esta *Evidencia de Cobertura* para conocer qué está cubierto y las reglas que debe seguir para obtener los servicios cubiertos.
  - Los Capítulos 3 y 4 brindan detalles sobre los servicios médicos.
  - Los Capítulos 5 y 6 brindan detalles sobre la cobertura de medicamentos de la Parte D.
- **Si, además de nuestro plan, tiene alguna otra cobertura de salud o cobertura de medicamentos, está obligado a informárnoslo.** El Capítulo 1 le informa sobre cómo coordinar estos beneficios.
- **Informe a su médico y a otros proveedores de atención médica que está inscrito en nuestro plan.** Muestre nuestra tarjeta de membresía del plan cada vez que reciba atención médica o medicamentos de la Parte D.
- **Ayude a sus médicos y otros proveedores a ayudarlo brindándoles información, haciéndoles preguntas y haciendo un seguimiento de su atención.**

  - Para recibir la mejor atención, informe a sus médicos y otros profesionales de la salud sobre sus problemas de salud. Siga los planes de tratamiento y las instrucciones que usted y sus médicos hayan acordado.
  - Asegúrese de que sus médicos sepan todos los medicamentos que está tomando, incluidos los medicamentos de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
  - Si tiene preguntas, asegúrese de preguntar y obtener una respuesta que pueda entender.
- **Sea considerado.** Esperamos que nuestros miembros respeten los derechos de los demás pacientes. También esperamos que usted actúe de forma que contribuya al buen funcionamiento de su consultorio médico, hospitales y demás consultorios.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:
- Usted debe pagar las primas de su plan.
  - Debe continuar pagando una prima por su Parte B de Medicare para seguir siendo miembro de nuestro plan.
  - Para la mayoría de sus servicios médicos o medicamentos cubiertos por nuestro plan, debe pagar su parte del costo cuando recibe el servicio o el medicamento.
  - Si debe pagar una multa por inscripción tardía, debe continuar pagándola cada mes.
  - Si debe pagar el monto adicional de la Parte D debido a su ingreso anual, debe continuar pagando el monto adicional directamente al gobierno para seguir siendo miembro de nuestro plan.
- **Si se muda *dentro* del área de servicio de nuestro plan, necesitamos saberlo** para que podamos mantener actualizado su registro de membresía y saber cómo comunicarnos con usted.
- **Si se muda *fuera* del área de servicio de nuestro plan, no puede seguir siendo miembro de nuestro plan.**
- **Si se muda, informe al Seguro Social (o a la Junta de Jubilación Ferroviaria).**

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

SECCIÓN 1 Qué hacer si tiene un problema o una inquietud

Este capítulo explica 2 tipos de procesos para manejar problemas e inquietudes:

- Para algunos problemas, es necesario utilizar el **proceso de decisiones de cobertura y apelaciones**.
- Para otros problemas, es necesario utilizar el **proceso para presentar quejas** (también llamadas reclamos).

Ambos procesos han sido aprobados por Medicare. Cada proceso tiene un conjunto de reglas, procedimientos y plazos que usted y nosotros debemos cumplir.

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

Sección 1.1 Términos legales

Existen términos legales para algunas de las reglas, procedimientos y tipos de plazos que se explican en este capítulo. Muchos de estos términos son desconocidos para la mayoría de las personas. Para facilitar la tarea, este capítulo utiliza términos más familiares en lugar de algunos términos legales.

Sin embargo, a veces es importante conocer los términos legales correctos. Para ayudarle a saber qué términos usar para obtener la ayuda o información adecuadas, incluimos estos términos legales al brindar detalles sobre cómo manejar situaciones específicas.

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y ayuda personalizada

Siempre estamos disponibles para ayudarle. Incluso si tiene una queja sobre nuestro trato, estamos obligados a respetar su derecho a presentar una queja. Siempre debe llamar a Servicios para Miembros al 1-800-885-8000 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) para obtener ayuda. En algunas situaciones, es posible que también necesite ayuda u orientación de alguien ajeno a nosotros. Dos organizaciones que pueden ayudarle son:

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

Cada estado cuenta con un programa gubernamental con consejeros capacitados. El programa no está vinculado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros ni plan de salud. Los consejeros de este programa pueden ayudarle a comprender el proceso que debe seguir para abordar su problema. También pueden responder preguntas, brindarle más información y ofrecerle orientación sobre qué hacer.

Los servicios de los consejeros de SHIP son gratuitos. Puede encontrar información sobre el SHIP de su estado en el Capítulo 2, Sección 3 de este documento.

Medicare

También puede comunicarse con Medicare para obtener ayuda.

- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), disponible las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.
- Visite Medicare.gov.

SECCIÓN 3 Qué proceso utilizar para su problema

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

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

Sí.

Vaya a la **Sección 4, Una guía sobre decisiones de cobertura y apelaciones.**

No.

Vaya a la **Sección 10, Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, tiempos de espera, servicio al cliente u otras inquietudes.**

Decisiones de cobertura y apelaciones

SECCIÓN 4 Una guía para decisiones de cobertura y apelaciones

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

Solicitar decisiones de cobertura antes de recibir servicios

Si desea saber si cubriremos la atención médica antes de recibirla, puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura por usted. Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura, o sobre el monto que pagaremos por su atención médica. Por ejemplo, si el médico de la red de nuestro plan lo deriva a un especialista médico fuera de la red, esta derivación se considera una decisión de cobertura favorable a menos que usted o su médico de la red puedan demostrar que usted recibió una notificación de denegación estándar para este especialista médico, o que la *Evidencia de Cobertura* aclare que el servicio derivado nunca está cubierto bajo ninguna condición. Usted o su médico también pueden contactarnos y solicitar una decisión de cobertura si su médico no está seguro de si cubriremos un servicio médico en particular o se niega a brindarle la atención médica que usted cree que necesita.

En circunstancias limitadas, se desestimará una solicitud de decisión de cobertura, lo que significa que no la revisaremos. Algunos ejemplos de casos en que se desestimará una solicitud incluyen si está incompleta, si alguien la presenta en su nombre sin estar legalmente autorizado para hacerlo o si usted solicita que se retire su solicitud. Si desestimamos una solicitud de decisión de cobertura, le enviaremos una notificación explicando el motivo de la desestimación y cómo solicitar una revisión.

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

Presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura, ya sea antes o después de que reciba un beneficio, y no está satisfecho, puede **apelar** la decisión. Una apelación es una forma formal de solicitarnos que revisemos y modifiquemos una decisión de cobertura que tomamos. En ciertas circunstancias, puede solicitar una apelación acelerada o **rápida** de una decisión de cobertura. Su apelación es tramitada por revisores diferentes a los que tomaron la decisión original.

Cuando apela una decisión por primera vez, se denomina apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que tomamos para verificar si cumplimos con las normas correctamente. Al finalizar la revisión, le informamos nuestra decisión.

En circunstancias limitadas, se desestimará una solicitud de apelación de Nivel 1, lo que significa que no la revisaremos. Algunos ejemplos de casos en que se desestimará una solicitud incluyen si está incompleta, si alguien la presenta en su nombre sin estar legalmente autorizado para hacerlo, o si usted solicita que se retire su solicitud. Si desestimamos una solicitud de apelación de Nivel 1, le enviaremos una notificación explicando el motivo de la desestimación y cómo solicitar una revisión de la misma.

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

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

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

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

Aquí encontrará recursos si decide solicitar cualquier tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- **Llamar a Servicios para Miembros en 1-800-885-8000 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711)**
- **Obtenga ayuda gratuita** de su Programa Estatal de Asistencia para el Seguro de Salud
- **Su médico puede realizar una solicitud por usted.** Si su médico le ayuda con una apelación más allá del Nivel 2, debe ser designado como su representante. Llame a Servicios para Miembros al 1-800-885-8000 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) y pida el formulario *Designación de Representante*. (El formulario también está disponible en www.CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en https://championhmo.com/forms/).
    - Para atención médica o medicamentos de la Parte B, su médico puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si su apelación es rechazada en el Nivel 1, se enviará automáticamente al Nivel 2.
    - Para los medicamentos de la Parte D, su médico u otro profesional que receta medicamentos puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si su apelación de Nivel 1 es denegada, su médico o profesional que receta medicamentos puede solicitar una apelación de Nivel 2.
- **Puede pedirle a alguien que actúe en su nombre.** Puede nombrar a otra persona para que actúe en su nombre como su representante para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
    - Si desea que un amigo, familiar u otra persona sea su representante, llame a Servicios para Miembros al 1-800-885-8000 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) y pida el formulario *Designación de Representante*. (El formulario también está disponible en CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en https://championhmo.com/forms/.) Este formulario autoriza a esa persona a actuar en su nombre. Debe estar firmado por usted y por la persona que desea que actúe en su nombre. Debe proporcionarnos una copia del formulario firmado.

  - Podemos aceptar una solicitud de apelación de un representante sin el formulario, pero no podremos completar nuestra revisión hasta que lo recibamos. Si no recibimos el formulario antes de la fecha límite para tomar una decisión sobre su apelación, su solicitud será desestimada. En tal caso, le enviaremos una notificación por escrito explicando su derecho a solicitar a la organización de revisión independiente que revise nuestra decisión de desestimar 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 o de otro servicio de referencia. Hay grupos que le darán servicios legales gratuitos si usted califica. Sin embargo, **no está obligado a contratar a un abogado** para solicitar ningún tipo de decisión de cobertura ni para apelar una decisión.

Sección 4.2 Reglas y plazos para diferentes situaciones

Existen 4 situaciones diferentes que involucran decisiones de cobertura y apelaciones. Cada situación tiene reglas y plazos diferentes. A continuación, se detalla cada una de ellas:

- **Sección 5**: Atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 6**: Medicamentos de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 7**: Cómo solicitarnos que cubramos una estadía hospitalaria más prolongada si cree que le están dando el alta demasiado pronto
- **Sección 8**: Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si cree que su cobertura finaliza demasiado pronto (*Se aplica solo a estos servicios:* atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada y servicios de un centro de rehabilitación ambulatoria integral (CORF))

Si no está seguro de qué información se aplica a usted, llame a Servicios para Miembros al 1-800-885-8000 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711). También puede obtener ayuda o información de su SHIP.

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

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

Sus beneficios de atención médica se describen en el Cuadro de Beneficios Médicos del Capítulo 4. En algunos casos, se aplican normas diferentes a una solicitud de un medicamento de la Parte B. En esos casos, explicaremos en qué se diferencian las normas para los medicamentos de la Parte B de las normas para los artículos y servicios médicos.

En esta sección se explica lo que puede hacer si se encuentra en alguna de las 5 situaciones siguientes:

1. No está recibiendo cierta atención médica que desea y cree que nuestro plan la cubre. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 5.2.**

2. Nuestro plan no aprobará la atención médica que su médico u otro proveedor de atención médica desea brindarle, y usted cree que esta atención está cubierta por nuestro plan. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 5.2.**

3. Recibió atención médica que considera que debería estar cubierta por nuestro plan, pero le dijimos que no la pagaríamos. **Presente una apelación. Sección 5.3.**

4. Recibió y pagó atención médica que considera que debería estar cubierta por nuestro plan, y desea pedirle a nuestro plan que le reembolse esta atención. **Envíenos la factura. Sección 5.5.**

5. Le informan que la cobertura de cierta atención médica que ha estado recibiendo y que aprobamos previamente se reducirá o suspenderá, y usted cree que reducirla o suspenderla podría perjudicar su salud. **Presente una apelación. Sección 5.3.**

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

Sección 5.2 Cómo solicitar una decisión de cobertura

Términos legales:

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

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

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

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

- Puede *solicitar solamente* cobertura para artículos y/o servicios médicos (no solicitudes de pago de artículos y/o servicios que ya recibió).
- Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solo* si el uso de los plazos estándar podría causar daños graves a su salud o perjudicar su capacidad para recuperar la función.

Si su médico nos dice que su salud requiere una decisión de cobertura rápida, aceptaremos automáticamente darle una decisión de cobertura rápida.

Si usted pide una decisión de cobertura rápida por su cuenta, sin el apoyo de su médico, decidiremos si su salud requiere que le demos una decisión de cobertura rápida. Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que:

- Explica que usaremos los plazos estándar.
- Explica que, si su médico solicita la decisión de cobertura rápida, automáticamente le daremos una decisión de cobertura rápida.
- Explica que puede presentar una queja rápida sobre nuestra decisión de brindarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó.

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

- Comience llamando, escribiendo o enviando un fax a nuestro plan para solicitar que autoricemos o proporcionemos cobertura para la atención médica que desea. Usted, su médico o su representante pueden hacerlo. El Capítulo 2 contiene la información de contacto.

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

Para las decisiones de cobertura estándar usamos los plazos estándar.

Esto significa que le daremos una respuesta dentro de los 7 días calendario siguientes a la recepción de su solicitud para un artículo o servicio médico sujeto a sus normas de autorización previa. Si el artículo o servicio médico que solicitó no está sujeto a nuestras normas de autorización previa, le daremos una respuesta dentro de los 14 días calendario siguientes a la recepción de su solicitud. Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B, le daremos una respuesta dentro de las 72 horas siguientes a la recepción de su solicitud.

- **Sin embargo,** si solicita más tiempo o si necesitamos más información que pueda beneficiarle, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.
- Si considera que *no deberíamos* demorarnos más, puede presentar una *queja rápida*. Le daremos una respuesta a su queja tan pronto como tomemos la decisión. (El proceso para presentar una queja es diferente al de las decisiones de cobertura y las apelaciones. Consulte la Sección 10 para obtener información sobre quejas).

Para tomar decisiones de cobertura rápidas utilizamos un marco de tiempo acelerado.

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

- **Sin embargo,** si solicita más tiempo o si necesitamos más información que pueda beneficiarle, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo

notificaremos por escrito. No podemos tomarnos más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.

- Si considera que *no deberíamos* demorarnos más, puede presentar una *queja rápida*. (Consulte la Sección 10 para obtener información sobre quejas). Le llamaremos en cuanto tomemos la decisión.
- Si nuestra respuesta es no a parte o a la totalidad de lo que usted solicitó, le enviaremos una declaración escrita explicando por qué dijimos que no.

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

- Si rechazamos la solicitud, tiene derecho a solicitarnos que reconsideremos esta decisión mediante una apelación. Esto significa volver a solicitar la cobertura de atención médica que desea. Si presenta una apelación, pasará al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 5.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos legales:

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

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

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

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

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre la cobertura de atención, usted o su médico, o ambos, deben decidir si necesita una apelación rápida. Si su médico nos dice que su salud requiere una apelación rápida, le daremos una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión de cobertura rápida, descritos en la Sección 5.2.

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

- **Si solicita una apelación estándar, envíela por escrito.** El Capítulo 2 tiene información de contacto.

- **Si solicita una apelación rápida, presente su apelación por escrito o llámenos.** El Capítulo 2 tiene información de contacto.
- **Debe presentar su solicitud de apelación dentro de los 65 días calendario** a partir de la fecha indicada en la notificación escrita que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si no cumple con este plazo y tiene una buena razón para ello, explique el motivo de la demora al presentar su apelación. Podríamos darle más tiempo para presentarla. Ejemplos de buena causa pueden ser una enfermedad grave que le impidió contactarnos o si le proporcionamos información incorrecta o incompleta sobre la fecha límite para presentar una apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información sobre su decisión médica. Usted y su médico pueden agregar más información para respaldar su apelación.**

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

- Cuando nuestro plan revisa su apelación, examinamos cuidadosamente toda la información. Verificamos si cumplimos con todas las normas al rechazar su solicitud.
- Recopilaremos más información si es necesario y podremos comunicarnos con usted o con su médico.

Plazos para una apelación rápida

- Para apelaciones rápidas, debemos darle una respuesta **dentro de las 72 horas posteriores a su recepción**. Le daremos una respuesta antes si su salud así lo requiere.
    - Si solicita más tiempo o necesitamos más información que pueda beneficiarle, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos más tiempo si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.
    - Si no le damos una respuesta en un plazo de 72 horas (o al final del plazo extendido si nos tomamos días adicionales), debemos enviar automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación. La Sección 5.4 explica el proceso de apelación de Nivel 2.

- **Si nuestra respuesta es sí a parte o a todo lo que usted pidió,** debemos autorizar o proporcionar la cobertura que acordamos dentro de las 72 horas posteriores a que recibamos su apelación.
- **Si nuestra respuesta es no a parte o a todo lo que usted pidió,** enviaremos automáticamente 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

- Para las apelaciones estándar, debemos darle una respuesta **dentro de los 30 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación. Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B que aún no ha recibido, le daremos una respuesta **dentro de los 7 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación. Le comunicaremos nuestra decisión antes si su estado de salud así lo requiere.
    - Si solicita más tiempo o necesitamos más información que pueda beneficiarle, **podemos tardar hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.
    - Si considera que no deberíamos demorarnos más, puede presentar una queja rápida. Al presentar una queja rápida, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas. (Consulte la Sección 10 de este capítulo para obtener información sobre quejas).
    - Si no le damos una respuesta antes de la fecha límite (o al final del plazo extendido), enviaremos su solicitud a una apelación de Nivel 2, donde una organización de revisión independiente la revisará. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación. La Sección 5.4 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es sí a parte o a todo lo que usted pidió,** debemos autorizar o proporcionar la cobertura dentro de los 30 días calendario si su solicitud es para un artículo o servicio médico, o **dentro de los 7 días calendario** si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.
- **Si nuestro plan rechaza parte o la totalidad de su apelación,** enviaremos automáticamente 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.

Sección 5.4 El proceso de apelación de Nivel 2

Término legal:

El nombre formal de la organización de revisión independiente es **Entidad de Revisión Independiente.** A veces se le denomina **IRE.**

La **organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare**. No tiene relación con nosotros ni es una agencia gubernamental. Esta organización decide si la decisión que tomamos es correcta o si debe modificarse. Medicare supervisa su trabajo.

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

- Enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. Esta información se denomina su **expediente**. **Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de su expediente**.
- Usted tiene derecho a proporcionar a la organización de revisión independiente información adicional para respaldar su apelación.
- Los revisores de la organización de revisión independiente examinarán cuidadosamente toda la información sobre su apelación.

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

- Para la apelación rápida, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** de haber recibido su apelación.
- Si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita recopilar más información que pueda beneficiarle, **puede tardar hasta 14 días calendario más**. Si se toman días adicionales, se lo notificarán por escrito. La organización de revisión independiente no puede tomarse más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.

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

- Para la apelación estándar, si su solicitud es para un artículo o servicio médico, la organización de revisión independiente debe responder a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 30 días calendario** posteriores a su recepción. Si su solicitud es para un

medicamento de la Parte B, la organización de revisión independiente debe responder a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 7 días calendario** posteriores a su recepción.

- Si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita recopilar más información que pueda beneficiarle, **puede tardar hasta 14 días calendario más**. Si se toman días adicionales, se lo notificarán por escrito. La organización de revisión independiente no puede tomarse más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.

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

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

- **Si la organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de una solicitud de un artículo o servicio médico,** debemos autorizar la cobertura de atención médica dentro de las **72 horas** o prestar el servicio dentro de los 14 días calendario siguientes a la recepción de la decisión de la organización de revisión independiente para las **solicitudes estándar**. Para las **solicitudes aceleradas**, tenemos **72 horas** a partir de la fecha de recepción de la decisión de la organización de revisión independiente.
- **Si la organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de una solicitud de un medicamento de la Parte B**, debemos autorizar o proporcionar el medicamento de la Parte B dentro de las **72 horas** posteriores a la recepción de la decisión de la organización de revisión independiente para las **solicitudes estándar.** Para las **solicitudes aceleradas** tenemos **24 horas** a partir de la fecha de recepción de la decisión de la organización de revisión independiente.
- **Si esta organización rechaza parte o la totalidad de su apelación**, significa que está de acuerdo con nosotros en que su solicitud (o parte de ella) de cobertura de atención médica no debe aprobarse. (Esto se denomina **confirmar la decisión** o **rechazar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta que:
    - Explica la decisión.
    - Le informa sobre su derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de atención médica alcanza un mínimo determinado. La notificación escrita que recibirá de la organización de revisión independiente le indicará el monto en dólares que debe alcanzar para continuar con el proceso de apelación.

- Le explica cómo presentar una apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si su caso cumple con los requisitos, usted elige si desea llevar su apelación más allá.

- Hay 3 niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (para un total de 5 niveles de apelación). Si desea presentar una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en la notificación escrita que recibirá después de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 la tramita un Juez Administrativo o un abogado adjudicador. La Sección 9 explica los procesos de apelación de Nivel 3, 4 y 5.

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

El Capítulo 7 describe cuándo puede necesitar solicitar un reembolso o pagar una factura recibida de un proveedor. También explica cómo enviarnos la documentación para solicitar el pago.

Solicitar un reembolso es pedirnos una decisión de cobertura

Si nos envía la documentación solicitando un reembolso, está solicitando una decisión de cobertura. Para tomar esta decisión, verificaremos si la atención médica que pagó está cubierta. También verificaremos si cumplió con las normas para el uso de su cobertura médica.

- **Si decimos que sí a su solicitud**: Si la atención médica está cubierta y usted cumplió con las normas, le enviaremos el pago correspondiente a nuestra parte del costo, generalmente en un plazo de 30 días calendario, pero a más tardar 60 días calendario después de recibir su solicitud. Si no ha pagado la atención médica, le enviaremos el pago directamente al proveedor.
- **Si decimos que no a su solicitud:** Si la atención médica *no* está cubierta, o usted *no* cumplió con todas las normas, no le enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta indicando que no pagaremos la atención médica y los motivos.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar su solicitud, **puede apelar**. Al apelar, nos solicita que modifiquemos la decisión de cobertura que tomamos al rechazar su solicitud de pago.

Para presentar esta apelación, siga el proceso de apelaciones en la Sección 5.3. Para apelaciones relacionadas con reembolsos, tenga en cuenta lo siguiente:

- Debemos darle nuestra respuesta dentro de los 60 días calendario siguientes a la recepción de su apelación. Si nos solicita el reembolso de la atención médica que ya recibió y pagó, no se le permite solicitar una apelación rápida.
- Si la organización de revisión independiente decide que debemos pagar, debemos enviarle a usted o al proveedor el pago dentro de 30 días calendario. Si la respuesta a su apelación es afirmativa en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviarle a usted o al proveedor el pago que solicitó dentro de 60 días calendario.

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

Sección 6.1 Qué hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea que le reembolsemos el costo de un medicamento de la Parte D

Sus beneficios incluyen cobertura para muchos medicamentos recetados. Para estar cubierto, el medicamento debe usarse para una indicación médicamente aceptada. (Consulte el Capítulo 5 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada). Para obtener detalles sobre los medicamentos, las normas, las restricciones y los costos de la Parte D, consulte los Capítulos 5 y 6. **Esta sección trata únicamente sobre sus medicamentos de la Parte D.** Para simplificar, generalmente decimos *medicamento* en el resto de esta sección, en lugar de repetir cada vez *medicamento recetado para pacientes ambulatorios cubierto* 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 nuestra aprobación antes de que los cubramos.
- Si su farmacia le informa que su receta no se puede surtir tal como está escrita, la farmacia le entregará un aviso por escrito explicando cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.

Decisiones y apelaciones sobre la cobertura de la Parte D

Término legal:

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

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura, o sobre el monto que pagaremos por sus medicamentos. Esta sección le explica qué puede hacer si se encuentra en alguna de las siguientes situaciones:

- Solicitar la cobertura de un medicamento de la Parte D que no está en la Lista de Medicamentos de nuestro plan. **Solicitar una excepción. Sección 6.2**
- Solicitar la exención de una restricción en la cobertura de un medicamento de nuestro plan (como límites en la cantidad del medicamento que puede obtener, criterios de autorización previa o el requisito de probar primero otro medicamento). **Solicitar una excepción. Sección 6.2**
- Solicitar un pago menor de costo compartido por un medicamento cubierto en un nivel de costo compartido más alto. **Solicitar una excepción. Sección 6.2**
- Solicitar la preaprobación de un medicamento. **Solicitar una decisión de cobertura. Sección 6.4**
- Pagar un medicamento recetado que ya compró. **Solicite el reembolso. Sección 6.4**

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

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

Sección 6.2 Solicitar una excepción

Términos legales:

Solicitar cobertura para un medicamento que no está en la Lista de Medicamentos es una **excepción al formulario**.

Solicitar la eliminación de una restricción en la cobertura de un medicamento es una **excepción al formulario**.

Solicitar pagar un precio más bajo por un medicamento cubierto no preferido es una **excepción de nivel.**

Si un medicamento no está cubierto como usted desea, puede solicitarnos una **excepción**. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura.

Para que consideremos su solicitud de excepción, su médico u otro profesional que le recete medicamentos deberá explicar las razones médicas por las que necesita que se apruebe la excepción. Estos son 3 ejemplos de excepciones que usted, su médico u otro prescriptor pueden solicitarnos que hagamos:

1. **Cubrir un medicamento de la Parte D que no está en nuestra Lista de Medicamentos.** Si aceptamos cubrir un medicamento que no está en la Lista de Medicamentos, deberá pagar el monto de costo compartido que se aplica a los medicamentos del Nivel 4 para medicamentos de marca o para medicamentos genéricos. No puede solicitar una excepción al monto de costo compartido que le exigimos que pague por el medicamento cuando aceptamos cubrir un medicamento que no está en la Lista de Medicamentos.
2. **Eliminar una restricción para un medicamento cubierto**. El Capítulo 5 describe las reglas o restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos en nuestra Lista de Medicamentos. Si aceptamos hacer una excepción y renunciar a una restricción para usted, puede solicitar una excepción al monto de costo compartido que le exigimos que pague por el medicamento.
3. **Cambiar la cobertura de un medicamento a un nivel de costo compartido más bajo.** Cada medicamento de nuestra Lista de Medicamentos se encuentra en uno de seis (6) niveles de costo compartido. En general, cuanto menor sea el número del nivel de costo compartido, menor será su parte del costo del medicamento.
   - Si nuestra Lista de Medicamentos contiene medicamentos alternativos para tratar su afección médica que están en un nivel de costo compartido más bajo que su

medicamento, puede solicitarnos que cubramos su medicamento al monto de costo compartido que se aplica a los medicamentos alternativos.

- Si el medicamento que toma es un producto biológico, puede solicitarnos que lo cubramos con un costo compartido más bajo. Este sería el nivel más bajo que incluye alternativas a productos biológicos para tratar su afección.
- No puede solicitarnos que cambiemos el nivel de costo compartido de ningún medicamento del Nivel 5.
- Si aprobamos su solicitud de excepción de nivel y hay más de un nivel de costo compartido más bajo con medicamentos alternativos que no puede tomar, generalmente paga el monto más bajo.

Sección 6.3 Cosas importantes que debe saber sobre la solicitud de excepciones

Su médico debe informarnos las razones médicas

Su médico u otro profesional que receta medicamentos debe proporcionarnos una declaración que explique los motivos médicos por los que solicita una excepción. Para una decisión más rápida, incluya esta información médica de su médico u otro profesional que receta medicamentos al solicitar la excepción.

Nuestra Lista de Medicamentos suele incluir más de un medicamento para tratar una afección específica. Estas diferentes posibilidades se denominan medicamentos **alternativos**. Si un medicamento alternativo fuera tan eficaz como el que solicita y no causara más efectos secundarios ni otros problemas de salud, generalmente no aprobaremos su solicitud de excepción. Si nos solicita una excepción de nivel, generalmente *no* aprobaremos su solicitud de excepción, a menos que todos los medicamentos alternativos en el nivel o niveles de costo compartido más bajos no le resulten tan eficaces o sea probable que le provoquen una reacción adversa u otro daño.

Podemos decir sí o no a su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de excepción, nuestra aprobación suele ser válida hasta el final del año de nuestro plan. Esto es así siempre y cuando su médico continúe recetándole el medicamento y este siga siendo seguro y eficaz para tratar su afección.
- Si respondemos que no a su solicitud, puede solicitar otra revisión presentando una apelación.

Sección 6.4 Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

Término legal:

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

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

Las **decisiones de cobertura estándar** se toman dentro de las **72 horas** después de recibir su solicitud. Las **decisiones de cobertura rápidas** se toman dentro de las **24 horas** después de recibir su solicitud.

Si su salud lo requiere, pídanos que le demos una decisión de cobertura rápida. **Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir 2 requisitos:**

- Debe estar pidiendo un medicamento que aún no ha recibido. (No puede pedir una decisión de cobertura rápida para que se le reembolse un medicamento que ya compró).
- El uso de los plazos estándar podría causar un daño grave a su salud o perjudicar su capacidad para funcionar.
- **Si su médico u otro profesional que le receta los medicamentos nos dice que su salud requiere una decisión de cobertura rápida, le daremos automáticamente una decisión de cobertura rápida.**
- **Si pide una decisión de cobertura rápida por su cuenta, sin el respaldo de su médico o del profesional que le receta los medicamentos, decidiremos si su salud requiere que le demos una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que:
    - Explica que utilizaremos los plazos estándar.
    - Explica que, si su médico u otro profesional que le receta los medicamentos pide la decisión de cobertura rápida, le daremos automáticamente una decisión de cobertura rápida.
    - Le indica cómo puede presentar una queja rápida sobre nuestra decisión de darle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que pidió. Responderemos a su queja dentro de las 24 horas después de recibirla.

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

Comience llamando, escribiendo o enviando un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o proporcionemos cobertura para la atención médica que desea. También puede acceder al proceso de decisión de cobertura a través de nuestro sitio web. Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito, incluyendo una solicitud presentada mediante el *Formulario Modelo de Solicitud de Determinación de Cobertura de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS)*, que está disponible en nuestro sitio web https://championhmo.com/part-d-prescribed-drugs-coverage/#prior. El Capítulo 2 contiene información de contacto. Para ayudarnos a procesar su solicitud, incluya su nombre, información de contacto e información que demuestre qué reclamación denegada se está apelando.

Usted, su médico (u otro profesional que le recete medicamentos) o su representante pueden hacerlo. También puede contratar a un abogado para que actúe en su nombre. La Sección 4 explica cómo puede autorizar por escrito a otra persona para que actúe como su representante.

- **Si solicita una excepción, proporcione la declaración de respaldo**, que son los motivos médicos de la excepción. Su médico u otro profesional que le receta medicamentos puede enviarnos la declaración por fax o correo postal. O bien, su médico u otro profesional que le receta medicamentos puede informarnos por teléfono y, si es necesario, hacer un seguimiento enviando una declaración por escrito, por fax o por correo postal.

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

Plazos para una decisión rápida de cobertura

- Generalmente debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 24 horas** posteriores a que recibamos su solicitud.
    - En caso de excepciones, le daremos una respuesta dentro de las 24 horas siguientes a la recepción de la declaración de apoyo de su médico. Le daremos una respuesta antes si su salud así lo requiere.
    - Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente. Le informaremos por escrito si su solicitud se ha enviado a la organización de revisión independiente.

- **Si nuestra respuesta es sí a parte o a todo lo que usted pidió,** debemos brindarle la cobertura que acordamos dentro de las 24 horas posteriores a que recibamos su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es no a parte o a todo lo que usted pidió,** le enviaremos una declaración por escrito explicando por qué rechazamos su solicitud. También le informaremos cómo puede apelar.

Fechas límite para una decisión de cobertura estándar sobre un medicamento que aún no recibió

- Generalmente debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas** posteriores a que recibamos su solicitud.
    - En caso de excepciones, le daremos una respuesta dentro de las 72 horas siguientes a la recepción de la declaración de apoyo de su médico. Le daremos una respuesta antes si su salud así lo requiere.
    - Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente. Le informaremos por escrito si su solicitud se ha enviado a la organización de revisión independiente.
- **Si nuestra respuesta es sí a parte o a todo lo que usted pidió,** debemos **brindarle la cobertura** que acordamos **dentro de las 72 horas** posteriores a que recibamos su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es no a parte o a todo lo que usted pidió**, le enviaremos una declaración por escrito explicando por qué rechazamos su solicitud. También le informaremos cómo puede apelar.

Fechas límite para una decisión de cobertura estándar sobre el pago de un medicamento que ya ha comprado

- Debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 14 días calendario** siguientes a que recibamos su solicitud.
    - Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente. Le informaremos por escrito si su solicitud se ha enviado a la organización de revisión independiente.

- **Si nuestra respuesta es sí a parte o a todo lo que usted pidió,** también estamos obligados a realizarle el pago dentro de los 14 días calendario siguientes a que recibamos su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es no a parte o a todo lo que usted pidió**, le enviaremos una declaración por escrito explicando por qué rechazamos su solicitud. También le informaremos cómo puede apelar.

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

- Si rechazamos la solicitud, tiene derecho a solicitarnos que reconsideremos esta decisión mediante una apelación. Esto significa volver a solicitar la cobertura de medicamentos que desea. Si presenta una apelación, pasará al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 6.5 Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos legales:

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

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

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

Una apelación estándar normalmente se tramita dentro de los 7 días calendario. Una apelación rápida generalmente se tramita dentro de las 72 horas. Si su salud lo requiere, solicite una apelación rápida.

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre un medicamento que aún no recibió, usted y su médico u otro profesional que le recetará medicamentos deberán decidir si necesita una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión de cobertura rápida en la Sección 6.4 de este capítulo.

Paso 2: Usted, su representante, médico u otro prescriptor debe comunicarse con nosotros y presentar su apelación de Nivel 1. Si su salud requiere una respuesta rápida, debe solicitar una apelación rápida.

- **Para apelaciones estándar, envíe una solicitud por escrito.** El capítulo 2 tiene información de contacto.
- **Para apelaciones rápidas, presente su apelación por escrito o llámenos al 1-800-885-8000 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711)**. El capítulo 2 tiene información de contacto.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud escrita,** incluida una solicitud presentada en el *Formulario de solicitud de redeterminación del modelo CMS*, que está disponible en nuestro sitio web www.ChampionHMO.com. Incluya su nombre, información de contacto e información sobre su reclamo para ayudarnos a procesar su solicitud.
- **Debe presentar su solicitud de apelación dentro de los 65 días calendario** a partir de la fecha indicada en la notificación escrita que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si no cumple con este plazo y tiene una buena razón para ello, explique el motivo de la demora al presentar su apelación. Podríamos darle más tiempo para presentarla. Ejemplos de buena causa pueden ser una enfermedad grave que le impidió contactarnos o si le proporcionamos información incorrecta o incompleta sobre la fecha límite para presentar una apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información de su apelación y agregar más información.** Usted y su médico pueden agregar más información para respaldar su apelación.

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

- Al revisar su apelación, revisamos cuidadosamente toda la información sobre su solicitud de cobertura. Verificamos si cumplimos con todas las normas al rechazar su solicitud. Podríamos contactarlo(a) a usted, a su médico o a otro profesional que le receta medicamentos para obtener más información.

Plazos para una apelación rápida

- Para apelaciones rápidas, debemos darle una respuesta **dentro de las 72 horas posteriores a su recepción**. Le daremos una respuesta antes si su salud así lo requiere.
    - Si no le damos una respuesta en un plazo de 72 horas, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de

revisión independiente. Le informaremos por escrito si su solicitud se envió a la organización de revisión independiente. La Sección 6.6 explica el proceso de apelación de Nivel 2.

- **Si nuestra respuesta es sí a parte o a todo lo que usted pidió,** debemos proporcionar la cobertura que acordamos dentro de las 72 horas posteriores a que recibamos su apelación.
- **Si nuestra respuesta es no a parte o a todo lo que usted pidió,** le enviaremos una declaración escrita que explica por qué dijimos que no y cómo puede apelar nuestra decisión.

Fechas límite para una apelación estándar por un medicamento que aún no recibió

- Para las apelaciones estándar, debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 7 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación. Le comunicaremos nuestra decisión antes si aún no ha recibido el medicamento y su estado de salud así lo requiere.
  - Si no le damos una decisión en un plazo de 7 días calendario, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente. Le informaremos por escrito si su solicitud se envió a la organización de revisión independiente. La Sección 6.6 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es sí a parte o a todo lo que usted pidió**, debemos brindarle la cobertura tan pronto como su salud lo requiera, pero no más tarde de **7 días calendario** después de que recibamos su apelación.
- **Si nuestra respuesta es no a parte o a todo lo que usted pidió**, le enviaremos una declaración escrita que explica por qué dijimos que no y cómo puede apelar nuestra decisión.

Fechas límite para una apelación estándar sobre el pago de un medicamento que ya compró

- Debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 14 días calendario** siguientes a que recibamos su solicitud.
  - Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente. Le informaremos por escrito si su solicitud se envió a la organización de revisión independiente.

- **Si nuestra respuesta es sí a parte o a todo lo que usted pidió,** también estamos obligados a realizarle el pago dentro de los **30 días calendario** siguientes a que recibamos su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es no a parte o a todo lo que usted pidió**, le enviaremos una declaración por escrito explicando por qué rechazamos su solicitud. También le informaremos cómo puede apelar.

Paso 4: Si decimos que no a su apelación, usted decide si desea continuar con el proceso de apelaciones y presentar *otra* apelación.

- Si decide presentar otra apelación, significa que su apelación pasará al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Sección 6.6 Cómo presentar una apelación de Nivel 2

Término legal:

El nombre formal de la organización de revisión independiente es **Entidad de revisión independiente.** A veces se la denomina **IRE.**

La organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare. No tiene relación con nosotros ni es una agencia gubernamental. Esta organización decide si la decisión que tomamos es correcta o si debe modificarse. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Usted (o su representante o su médico u otro prescriptor) debe comunicarse con la organización de revisión independiente y solicitar una revisión de su caso.

- Si rechazamos su apelación de Nivel 1, la notificación escrita que le enviemos incluirá **instrucciones sobre cómo presentar una apelación de Nivel 2** ante la organización de revisión independiente. Estas instrucciones le indicarán quién puede presentar esta apelación de Nivel 2, qué plazos debe cumplir y cómo comunicarse con la organización de revisión independiente.
  - **Debe presentar su solicitud de apelación dentro de los 65 días calendario** a partir de la fecha de la notificación escrita.
- Si no completamos nuestra revisión dentro del plazo correspondiente o tomamos una decisión desfavorable con respecto a una determinación de **riesgo** bajo nuestro programa de gestión de medicamentos, enviaremos automáticamente su solicitud a

la IRE. Le informaremos por escrito si su solicitud se envió a la organización de revisión independiente.

- Enviaremos la información sobre su apelación a la organización de revisión independiente. Esta información se denomina **expediente**. **Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de su expediente**.
- Usted tiene derecho a proporcionar a la organización de revisión independiente información adicional para respaldar su apelación.

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

Los revisores de la organización de revisión independiente examinarán cuidadosamente toda la información sobre su apelación.

Plazos para la apelación rápida

- Si su salud lo requiere, solicite a la organización de revisión independiente una apelación rápida.
- Si la organización acepta brindarle una apelación rápida, debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de su solicitud de apelación.

Plazos para la apelación estándar

- Para las apelaciones estándar, la organización de revisión independiente debe responder a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 7 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación si se trata de un medicamento que aún no ha adquirido. Si nos solicita el reembolso de un medicamento que ya compró, la organización de revisión independiente debe responder a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 14 días calendario** posteriores a la recepción de su solicitud.

Paso 3: La organización de revisión independiente le da su respuesta.

Para apelaciones rápidas:

- **Si la organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos proporcionar la cobertura del medicamento que fue aprobada por la organización de revisión independiente **dentro de las 24 horas** posteriores a que recibamos la decisión de la organización de revisión independiente.

Para apelaciones estándar:

- **Si la organización de revisión independiente dice que sí a parte o a la totalidad de su solicitud de cobertura,** debemos **proporcionar la cobertura del medicamento** que fue aprobada por la organización de revisión independiente **dentro de las 72 horas** posteriores a que recibamos la decisión de la organización de revisión independiente.
- **Si la organización de revisión independiente dice que sí a parte o a la totalidad de su solicitud para devolverle el dinero** de un medicamento que ya compró, estamos obligados a **enviarle el pago dentro de los 30 días calendario** posteriores a que recibamos la decisión de la organización de revisión independiente.

¿Qué pasa si la organización de revisión independiente dice que no a su apelación?

Si esta organización **rechaza total o parcialmente** su apelación, significa que está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud (total o parcialmente). (Esto se denomina **confirmar la decisión**. También se denomina **rechazar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta que:

- Explica la decisión.
- Le informa sobre su derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita cumple con un mínimo determinado. Si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita es demasiado bajo, no podrá presentar otra apelación y la decisión de Nivel 2 será definitiva.
- Le indica el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelaciones.

Paso 4: Si su caso cumple con los requisitos, usted elige si desea continuar con su apelación.

- Hay 3 niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (para un total de 5 niveles de apelación).
- Si desea continuar con una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en la notificación escrita que recibirá después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 la tramita un Juez Administrativo o un abogado adjudicador. La Sección 9 de este capítulo ofrece más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos que cubramos una estadía hospitalaria más prolongada si cree que le están dando el alta demasiado pronto

Cuando lo ingresan en un hospital, tiene derecho a obtener todos los servicios hospitalarios cubiertos necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Durante su hospitalización cubierta, su médico y el personal del hospital trabajarán con usted para prepararlo para el día de su alta. Le ayudarán a coordinar la atención que pueda necesitar después de su alta.

- El día en que usted sale del hospital se llama **fecha de alta**.
- Cuando se decida su fecha de alta, su médico o el personal del hospital se lo comunicarán.
- Si cree que le están pidiendo que abandone el hospital demasiado pronto, puede solicitar una estadía más prolongada y su solicitud será considerada.

Sección 7.1 Durante su estadía en el hospital, recibirá un aviso por escrito de Medicare que le informará sobre sus derechos

Dentro de los 2 días calendario posteriores a su ingreso al hospital, recibirá un aviso por escrito llamado *An Important Message from Medicare about Your Rights (Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos).* Todas las personas con Medicare reciben una copia de este aviso. Si no recibe el aviso de alguien del hospital (por ejemplo, un asistente social o una enfermera), solicítelo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicios para Miembros al 1-800-885-8000 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048).

1. **Lea este aviso atentamente y haga preguntas si no lo entiende.** Le informa lo siguiente:
   - Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su hospitalización, según lo indique su médico. Esto incluye el derecho a saber cuáles son estos servicios, quién los pagará y dónde puede obtenerlos.
   - Su derecho a participar en cualquier decisión sobre su estadía en el hospital.
   - Dónde reportar 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 le están dando de alta del hospital demasiado pronto. Esta es una forma formal y legal de solicitar un aplazamiento de su fecha de alta para que cubramos su atención hospitalaria durante más tiempo.

2. **Se le pedirá que firme la notificación escrita para demostrar que la recibió y que comprende sus derechos.**
   - Se le pedirá a usted o a alguien que actúe en su nombre que firme el aviso.
   - Firmar el aviso *solo* demuestra que usted recibió la información sobre sus derechos. El aviso no indica su fecha de alta. Firmar el aviso **no implica** que esté de acuerdo con una fecha de alta.

3. **Conserve su copia** del aviso para tener la información sobre cómo presentar una apelación (o informar una inquietud sobre la calidad de la atención) en caso de que la necesite.
   - Si firma el aviso más de 2 días calendario antes de su fecha de alta, recibirá otra copia antes de la fecha programada para su alta.
   - Para ver una copia de este aviso con anticipación, llame a Servicios para Miembros al 1-800-885-8000 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. También puede obtener el aviso en línea en CMS.gov/Medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

Sección 7.2 Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta hospitalaria

Para solicitar que cubramos sus servicios de hospitalización por un período más largo, utilice el proceso de apelaciones para hacer esta solicitud. Antes de comenzar, comprenda qué debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Siga el proceso**
- **Cumpla con los plazos**
- **Pida ayuda si la necesita**. Si tiene preguntas o necesita ayuda, llame a Servicios para Miembros al 1-800-885-8000 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711). O llame a su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP) para obtener ayuda personalizada. Programa de Asesoría y Defensa del Seguro Médico de California (HICAP) al 1-800-434-0222 o visite su sitio web en

https://www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/. La información de contacto de SHIP está disponible en el Capítulo 2, Sección 3.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la Mejora de la Calidad revisa su apelación. Verifica si su fecha de alta planificada es médicamente apropiada para usted. La **Organización para la Mejora de la Calidad** es un grupo de médicos y otros profesionales de la salud pagados por el gobierno federal para supervisar y ayudar a mejorar la calidad de la atención médica para las personas con Medicare. Esto incluye revisar las fechas de alta hospitalaria de 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 solicite una revisión inmediata de su alta hospitalaria. Debe actuar con rapidez.

¿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 indica cómo comunicarse con esta organización. También puede encontrar el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe rápidamente:

- Para presentar su apelación, debe comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad *antes de* salir del hospital y **a más tardar a la medianoche del día de su alta.**
    - **Si cumple con este plazo**, puede permanecer en el hospital *después de* su fecha de alta *sin pagar* mientras espera la decisión de la Organización para la Mejora de la Calidad.
    - **Si no cumple con este plazo, contáctenos.** Si decide permanecer en el hospital después de su fecha de alta planificada, *es posible que tenga que pagar los costos* de la atención hospitalaria que reciba después de su fecha de alta planificada.
- Una vez que pida una revisión inmediata del alta de su hospital, la Organización para la mejora de la calidad se comunicará con nosotros. A más tardar al mediodía del día siguiente a que nos contacten, le daremos un **Aviso Detallado del Alta**. Este aviso indica su fecha prevista del alta y explica en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros consideramos que es adecuado (médicamente apropiado) que reciba el alta en esa fecha.

- Puede obtener una muestra del **Aviso Detallado de Alta** llamando a Servicios para Miembros al 1-800-885-8000 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. O puede obtener un aviso de muestra en línea en CMS.gov/Medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

Paso 2: La Organización para la Mejora de la Calidad realiza una revisión independiente de su caso.

- Los profesionales de la salud de la Organización para la Mejora de la Calidad (los *revisores*) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué cree que la cobertura de los servicios debe continuar. No es necesario que prepare nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- Los revisores también revisarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que nosotros y el hospital les proporcionamos.
- A más tardar al mediodía del día siguiente a que los revisores nos informen de su apelación, recibirá de nuestra parte un aviso por escrito que indica su fecha prevista del alta. Este aviso también explica en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros consideramos que es adecuado (médicamente apropiado) que reciba el alta en esa fecha.

Paso 3: Dentro de un día completo después de tener toda la información necesaria, la Organización para la Mejora de la Calidad le dará su respuesta a su apelación.

¿Qué pasa si la respuesta es sí?

- Si la organización de revisión independiente responde que *sí*, **debemos seguir brindándole sus servicios hospitalarios cubiertos para pacientes internados mientras estos servicios sean médicamente necesarios.**
- Tendrá que seguir pagando su parte de los costos (como deducibles o copagos, si corresponde). Además, podría haber limitaciones en sus servicios hospitalarios cubiertos.

¿Qué pasa si la respuesta es no?

- Si la organización de revisión independiente dice que *no*, significa que su fecha prevista del alta es médicamente apropiada. Si esto sucede, **nuestra cobertura de sus servicios hospitalarios para pacientes internados terminará** al mediodía del día *siguiente* a aquel en que la Organización para la mejora de la calidad le dé su respuesta a su apelación.

- Si la organización de revisión independiente dice que *no* a su apelación y usted decide permanecer en el hospital, **es posible que tenga que pagar el costo total** de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día siguiente a aquel en que la Organización para la Mejora de la Calidad le dé su respuesta a su apelación.

Paso 4: Si la respuesta a su apelación de Nivel 1 es no, usted decide si desea presentar otra apelación.

- Si la Organización para la mejora de la calidad dijo que *no* a su apelación, *y* usted permanece en el hospital después de su fecha prevista del alta, puede presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que pasa al *Nivel 2* del proceso de apelaciones.

Sección 7.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar su fecha de alta hospitalaria

Durante una apelación de Nivel 2, usted solicita a la Organización para la Mejora de la Calidad que revise de nuevo su decisión sobre su primera apelación. Si la Organización para la Mejora de la Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que tenga que pagar el costo total de su estadía después de su fecha de alta programada.

Paso 1: Comuníquese nuevamente con la Organización para la Mejora de la Calidad y solicite otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días calendario** posteriores al día en que la Organización para la Mejora de la Calidad dijo que *no* a su apelación de Nivel 1. Solo puede solicitar esta revisión si permanece en el hospital después de la fecha en que finaliza su cobertura de la atención.

Paso 2: La Organización para la Mejora de la Calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para la Mejora de la Calidad volverán a analizar con atención toda la información sobre su apelación.

Paso 3: Dentro de los 14 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud de apelación de Nivel 2, los revisores decidirán sobre su apelación y le comunicarán su decisión.

Si la organización de revisión independiente dice que sí:

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención hospitalaria que recibió desde el mediodía del día siguiente a la fecha en que la Organización para la mejora de la calidad rechazó su primera apelación. **Debemos seguir brindando cobertura para su atención hospitalaria para pacientes internados durante el tiempo que sea médicamente necesaria**.
- Debe continuar pagando su parte de los costos y pueden aplicarse limitaciones de cobertura.

Si la organización de revisión independiente dice que no:

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron sobre su apelación de Nivel 1. Esto se llama confirmar la decisión.
- El aviso que recibirá le informará por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión.

Paso 4: Si la respuesta es no, usted debe decidir si desea continuar con su apelación pasando al Nivel 3.

- Hay 3 niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (para un total de 5 niveles de apelación). Si desea presentar una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en la notificación escrita que recibirá tras la decisión de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 la tramita un Juez Administrativo o un abogado adjudicador. La Sección 9 de este capítulo ofrece más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si cree que su cobertura está terminando demasiado pronto

Cuando recibe **servicios de salud a domicilio, atención de enfermería especializada o atención de rehabilitación (centro de rehabilitación ambulatoria integral)** cubiertos, tiene derecho a seguir recibiendo sus servicios para ese tipo de atención durante el tiempo que la atención sea necesaria para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Cuando decidamos que es hora de dejar de cubrir cualquiera de estos 3 tipos de atención para usted, debemos informarle con antelación. Cuando finalice su cobertura para esa atención, *dejaremos de pagar nuestra parte del costo de su atención.*

Si considera que estamos finalizando la cobertura de su atención médica demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. Esta sección le explica cómo solicitar una apelación.

Sección 8.1 Le informaremos con antelación cuándo finalizará su cobertura

Término legal:

Aviso de No Cobertura de Medicare. Le explica cómo puede solicitar una **apelación acelerada.** Solicitar una apelación acelerada es una forma formal y legal de solicitar un cambio en nuestra decisión de cobertura sobre cuándo suspender su atención.

1. **Recibe un aviso por escrito** al menos 2 días calendario antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención. El aviso le informa:
   - La fecha en la que dejaremos de cubrir su atención.
   - Cómo solicitar una apelación acelerada para pedirnos que sigamos cubriendo su atención médica durante un período de tiempo más largo.
2. **Se le pedirá a usted, o a alguien que actúe en su nombre, que firme el aviso escrito para demostrar que lo recibió.** Firmar el aviso demuestra *solo* que usted recibió la información sobre cuándo finalizará su cobertura. **Firmarlo <u>no</u> significa que esté de acuerdo** con la decisión de nuestro plan de suspender la atención.

Sección 8.2 Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante un tiempo más prolongado

Si desea solicitarnos que cubramos su atención durante un período más largo, deberá utilizar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de comenzar, comprenda qué debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita**. Si tiene preguntas o necesita ayuda, llame a Servicios para Miembros al 1-800-885-8000 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711). O llame a su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP) para obtener ayuda

personalizada. Programa de Asesoría y Defensa del Seguro Médico de California (HICAP) al 1-800-434-0222 o visite su sitio web en https://www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/. La información de contacto de SHIP está disponible en el Capítulo 2, Sección 3.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la Mejora de la Calidad revisa su apelación. Decide si la fecha de finalización de su atención es médicamente apropiada. La **Organización para la Mejora de la Calidad** es un grupo de médicos y otros expertos en atención médica pagados por el gobierno federal para supervisar y ayudar a mejorar la calidad de la atención médica para los beneficiarios de Medicare. Esto incluye revisar las decisiones del plan sobre cuándo es el momento de dejar de cubrir ciertos tipos de atención médica. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Presente su apelación de Nivel 1: comuníquese con la Organización para la Mejora de la Calidad y solicite una *apelación acelerada*. Debe actuar con rapidez.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso por escrito que recibió (*Aviso de No Cobertura de Medicare*) le indica cómo comunicarse con esta organización. También puede encontrar el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe rápidamente:

- Debe comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad para iniciar su apelación **a más tardar al mediodía del día anterior a la fecha de vigencia** del *Aviso de No Cobertura de Medicare*.
- Si no cumple con el plazo y desea presentar una apelación, aún tiene derechos de apelación. Comuníquese con la Organización para la Mejora de la Calidad utilizando la información de contacto que figura en el *Aviso de No Cobertura de Medicare*. El nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado también pueden encontrarse en el Capítulo 2.

Paso 2: La Organización para la Mejora de la Calidad realiza una revisión independiente de su caso.

Término legal:

Explicación detallada de la no cobertura. Aviso que detalla los motivos para finalizar la cobertura.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización para la Mejora de la Calidad (los *revisores*) le preguntarán a usted o a su representante por qué cree que debería continuar la cobertura de los servicios. No es necesario que prepare nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- La organización de revisión independiente también analizará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que nuestro plan le proporcione.
- Al final del día en que los revisores nos informen sobre su apelación, recibirá de nosotros la *Explicación detallada de la no cobertura* que explica en detalle nuestras razones para finalizar nuestra cobertura para sus servicios.

Paso 3: Dentro de un día completo después de que tengan toda la información que necesitan, los revisores le comunicarán su decisión.

¿Qué pasa si los revisores dicen que sí?

- Si los revisores *responden afirmativamente* a su apelación, entonces **debemos seguir brindándole los servicios cubiertos durante el tiempo que sea médicamente necesario.**
- Tendrá que seguir pagando su parte de los costos (como deducibles o copagos, si corresponde). Puede haber limitaciones en los servicios cubiertos.

¿Qué pasa si los revisores dicen que no?

- Si los revisores *dicen que no*, entonces **su cobertura finalizará en la fecha que le dijimos.**
- Si decide seguir recibiendo atención médica domiciliaria, o atención en un centro de enfermería especializada, o servicios del Centro de rehabilitación ambulatoria integral (CORF) *después de* esta fecha en la que termina su cobertura, **tendrá que pagar el costo total** de esta atención usted mismo.

Paso 4: Si la respuesta a su apelación de Nivel 1 es no, usted decide si desea presentar otra apelación.

- Si los revisores responden que *no* a su apelación de Nivel 1 – y usted decide continuar recibiendo atención después de que haya finalizado su cobertura para esa atención – entonces puede presentar una apelación de Nivel 2.

Sección 8.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante un tiempo más prolongado

Durante una apelación de Nivel 2, usted solicita a la Organización para la Mejora de la Calidad que revise de nuevo la decisión sobre su primera apelación. Si la Organización para la Mejora de la Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que tenga que pagar el costo total de su atención médica domiciliaria, de su atención en un centro de enfermería especializada o de los servicios del Centro de rehabilitación ambulatoria integral (CORF) *después de* la fecha en la que dijimos que su cobertura terminaría.

Paso 1: Comuníquese nuevamente con la Organización para la Mejora de la Calidad y solicite otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días calendario** posteriores a la fecha en que la Organización para la Mejora de la Calidad *rechazó* su apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si continuó recibiendo atención después de la fecha en que finalizó su cobertura para esa atención.

Paso 2: La Organización para la Mejora de la Calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para la Mejora de la Calidad volverán a analizar con atención toda la información sobre su apelación.

Paso 3: Dentro de los 14 días calendario siguientes a la recepción de su solicitud de apelación, los revisores decidirán sobre su apelación y le comunicarán su decisión.

¿Qué pasa si la organización de revisión independiente dice que sí?

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de la atención que recibió desde la fecha en que le informamos que su cobertura finalizaría. **Debemos seguir cubriendo** la atención mientras sea médicamente necesaria.
- Debe continuar pagando su parte de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

¿Qué pasa si la organización de revisión independiente dice que no?

- Significa que están de acuerdo con la decisión tomada en su apelación de Nivel 1.
- La notificación que reciba le informará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le brindará detalles sobre cómo pasar al siguiente nivel de apelación, que es gestionado por un Juez Administrativo o un abogado adjudicador.

Paso 4: Si la respuesta es no, deberá decidir si desea continuar con su apelación.

- Hay 3 niveles de apelación adicionales después del Nivel 2, lo que suma un total de 5 niveles de apelación. Si desea presentar una apelación de Nivel 3, encontrará los detalles sobre cómo hacerlo en la notificación escrita que recibirá tras la decisión de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 la tramita un Juez Administrativo o un abogado adjudicador. La Sección 9 ofrece más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

SECCIÓN 9 Llevando su apelación a los niveles 3, 4 y 5

Sección 9.1 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de servicios médicos

Esta sección puede ser adecuada para usted si presentó una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2, y ambas apelaciones fueron rechazadas.

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico sobre el que apeló cumple con ciertos niveles mínimos, es posible que pueda pasar a niveles adicionales de apelación. Si el valor en dólares es inferior al nivel mínimo, no puede apelar más. La respuesta por escrito que reciba a su apelación de Nivel 2 explicará cómo presentar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones que implican apelaciones, los últimos 3 niveles de apelación funcionan de forma muy similar a los primeros 2 niveles. A continuación, se detalla quién gestiona la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3

Un **juez de derecho administrativo** o un abogado adjudicador que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si el juez administrativo o el abogado adjudicador acepta su apelación, el proceso de apelaciones *puede* o *no* terminar.** A diferencia de una decisión de apelación de

Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 que le sea favorable. Si decidimos apelar, se pasará a una apelación de Nivel 4.

  - Si decidimos *no* apelar, debemos autorizar o brindarle la atención médica dentro de los 60 días calendario posteriores a la recepción de la decisión del juez de derecho administrativo o del abogado adjudicador.
  - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 con los documentos adjuntos. Podríamos esperar la decisión de la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o brindar la atención médica en disputa.

- **Si el juez administrativo o el abogado adjudicador dice que no a su apelación, el proceso de apelaciones *puede* o *no* terminar**.
  - Si decide aceptar la decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones termina.
  - Si no desea aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. La notificación 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 forma parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es sí, o si el Consejo rechaza nuestra solicitud de revisar una decisión favorable de apelación de Nivel 3, el proceso de apelaciones *puede* o *no* haber terminado.** A diferencia de una decisión de Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 4 que le sea favorable. Decidiremos si apelamos esta decisión en el Nivel 5.
  - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o brindarle la atención médica dentro de los 60 días calendario posteriores a recibir la decisión del Consejo.
  - Si decidimos apelar la decisión, se lo informaremos por escrito.
- **Si la respuesta es no o si el Consejo niega la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones *puede* o *no* terminar**.
  - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones termina.

- Si no desea aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, la notificación que reciba le indicará si las normas le permiten presentar una apelación de Nivel 5 y cómo proceder con una apelación de Nivel 5.

Apelación de Nivel 5

Un juez del **Tribunal Federal de Distrito** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá *sí* o *no* respecto de su solicitud. Esta es una decisión definitiva. No hay más instancias de apelación después del Tribunal Federal de Distrito.

Sección 9.2 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D

Esta sección puede ser adecuada para usted si presentó una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2, y ambas fueron rechazadas.

Si el valor del medicamento que apeló alcanza un monto determinado en dólares, podría acceder a niveles adicionales de apelación. Si el monto en dólares es menor, no podrá apelar más. La respuesta escrita que reciba a su apelación de Nivel 2 le explicará a quién contactar y qué hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones que implican apelaciones, los últimos 3 niveles de apelación funcionan de forma muy similar a los primeros 2 niveles. A continuación, se detalla quién gestiona la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3

Un **juez de derecho administrativo** o un abogado adjudicador que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si la respuesta es sí, el proceso de apelaciones ha terminado**. Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura del medicamento** que fue aprobada por el juez de derecho administrativo o el abogado adjudicador **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago a más tardar 30 días calendario** después de que recibamos la decisión.
- **Si la respuesta es no, el proceso de apelaciones *puede* o *no* haber terminado**.
    - Si decide aceptar la decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones termina.

- Si no desea aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. La notificación 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 forma parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es sí, el proceso de apelaciones ha terminado**. Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura del medicamento** que fue aprobada por el Consejo **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago a más tardar 30 días calendario** después de que recibamos la decisión.
- **Si la respuesta es no, el proceso de apelaciones *puede* o *no* haber terminado**.
  - Si decide aceptar la decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones termina.
  - Si no desea aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación o deniega su solicitud de revisión, la notificación le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5. También le indicará a quién contactar y qué hacer si decide continuar con su apelación.

Apelación de Nivel 5

Un juez del **Tribunal Federal de Distrito** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá *sí* o *no* respecto de su solicitud. Esta es una decisión definitiva. No hay más instancias de apelación después del Tribunal Federal de Distrito.

Presentar quejas

SECCIÓN 10 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes

Sección 10.1 ¿Qué tipos de problemas se gestionan mediante el proceso de quejas?

El proceso de quejas *solo* se utiliza para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente. A

continuación, se muestran ejemplos de los tipos de problemas que gestiona el proceso de quejas.

Queja	Ejemplo
Calidad de su atención médica	• ¿No está satisfecho con la calidad de la atención que recibió (incluida la atención en el hospital)?
Respetando su privacidad	• ¿Alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial?
Falta de respeto, mal servicio al cliente u otros comportamientos negativos	• ¿Alguien ha sido grosero o irrespetuoso con usted? • ¿No está satisfecho con nuestros Servicios para Miembros? • ¿Siente que lo están animando a abandonar nuestro plan?
Tiempos de espera	• ¿Tiene problemas para conseguir una cita o espera demasiado tiempo para conseguirla? • ¿Le han hecho esperar demasiado los médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud? ¿O nuestros Servicios para Miembros u otro personal de nuestro plan? ○ Los ejemplos incluyen esperar demasiado tiempo en el teléfono, en la sala de espera o de exámenes, o para obtener una receta.
Limpieza	• ¿Está descontento con la limpieza o el estado de una clínica, un hospital o un consultorio médico?
Información que usted recibe de nosotros	• ¿No le dimos el aviso requerido? • ¿Es difícil entender nuestra información escrita?
Oportunidad (Este tipo de quejas tienen que ver con la *puntualidad* de nuestras acciones relacionadas con las	Si solicitó una decisión de cobertura o presentó una apelación y cree que no estamos respondiendo con la suficiente rapidez, puede presentar una queja sobre nuestra lentitud. Aquí tiene algunos ejemplos:

Queja	Ejemplo
decisiones de cobertura y las apelaciones)	• Nos solicitó una *decisión de cobertura rápida* o una *apelación rápida* y le dijimos que no; puede presentar una queja. • Si cree que no estamos cumpliendo con los plazos para las decisiones de cobertura o apelaciones, puede presentar una queja. • Si cree que no estamos cumpliendo con los plazos para cubrirle o reembolsarle determinados artículos o servicios médicos o medicamentos que fueron aprobados, puede presentar una queja. • Si cree que no cumplimos con los plazos requeridos para enviar su caso a la organización de revisión independiente, puede presentar una queja.

Sección 10.2 Cómo presentar una queja

Términos legales:

A la **queja** también se le llama **reclamación**.

Presentar una queja también se denomina **presentar una queja formal**.

Usar el proceso para quejas también se denomina **usar el proceso para presentar una queja formal**.

Una **queja rápida** se llama **queja acelerada**.

Paso 1: Contáctenos lo antes posible, ya sea por teléfono o por escrito.

- **Llamar a Servicios para Miembros al 1-800-885-8000 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) suele ser el primer paso.** Si hay algo más que deba hacer, Servicios para Miembros se lo indicará.
- **Si no desea llamar (o si llamó y no quedó satisfecho), puede poner su queja por escrito y enviárnosla.** Si presenta su queja por escrito, le responderemos por escrito.
- Debe presentar su queja dentro de los 60 días calendario posteriores al evento o incidente del que se queja. Atenderemos su queja lo antes posible, pero a más tardar 30 días después de recibirla. Podemos extender el plazo hasta 14 días si solicita una

prórroga, o si justificamos la necesidad de información adicional y la demora es en su mejor interés. Le notificaremos si esto ocurre.

- Si su queja está relacionada con la extensión del plazo por parte del plan (como se describe arriba) o con la decisión del plan de que no necesitaba una decisión de cobertura rápida ni una apelación rápida, puede presentar una queja acelerada. Responderemos a su queja acelerada en 24 horas.
- El **plazo** para presentar una queja es de 60 días calendario a partir del momento en que tuvo el problema por el que desea presentar la queja.

Paso 2: Analizamos su queja y le damos nuestra respuesta.

- **De ser posible, le responderemos de inmediato.** Si nos llama con una queja, es posible que podamos darle una respuesta durante esa misma llamada telefónica.
- **La mayoría de las quejas reciben respuesta en un plazo de 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora le conviene, o si solicita más tiempo, **podemos tardar hasta 14 días calendario adicionales** (44 días calendario en total) en responder a su queja. Si decidimos tomarnos más días, se lo notificaremos por escrito.
- **Si presenta una queja porque rechazamos su solicitud de una decisión de cobertura rápida o una apelación rápida, automáticamente le daremos una queja rápida.** Si tiene una queja rápida, significa que le daremos **una respuesta dentro de las 24 horas**.
- **Si no estamos de acuerdo** con parte o la totalidad de su queja o no asumimos la responsabilidad por el problema del cual se queja, incluiremos nuestras razones en nuestra respuesta.

Sección 10.3 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención a la Organización para la Mejora de la Calidad

Cuando su queja es sobre la *calidad de la atención*, tiene 2 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 pagados por el gobierno federal para supervisar y mejorar la atención brindada a los pacientes de Medicare. El Capítulo 2 contiene información de contacto.

O

- **Puede presentar su queja tanto a la Organización para la Mejora de la Calidad como a nosotros al mismo tiempo**.

Sección 10.4 También puede informar a Medicare sobre su queja

Puede presentar una queja sobre Champion Plus (HMO C-SNP) directamente a Medicare. Para presentar una queja a Medicare, vaya a Medicare.gov/my/medicare-complaint. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD pueden llamar al 1-877-486-2048.

CAPÍTULO 10:
Fin de la membresía en nuestro plan

SECCIÓN 1 Finalización de su membresía en nuestro plan

La finalización de su membresía en Champion Plus (HMO C-SNP) puede ser **voluntaria** (su propia elección) o **involuntaria** (no su propia elección):

- Es posible que deje nuestro plan porque decide que *quiere* dejarlo. Las Secciones 2 y 3 brindan información sobre cómo cancelar su membresía voluntariamente.
- También hay situaciones limitadas en las que estamos obligados a cancelar su membresía. La Sección 5 le informa sobre las situaciones en las que debemos cancelar su membresía.

Si va a dejar nuestro plan, nuestro plan debe seguir brindándole su atención médica y sus medicamentos recetados, y usted seguirá pagando su costo compartido hasta que finalice su membresía.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede finalizar su membresía en nuestro plan?

Sección 2.1 Puede finalizar su membresía durante el período de inscripción abierta

Usted puede cancelar su membresía en nuestro plan durante el **período de inscripción abierta** de cada año. Durante este tiempo, revise su cobertura de salud y de medicamentos y decida sobre la cobertura para el próximo año.

- **El período de inscripción abierta** es del **15 de octubre al 7 de diciembre**.
- **Elija mantener su cobertura actual o hacer cambios en su cobertura para el próximo año.** Si decide cambiar a un nuevo plan, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de cobertura:
    - Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos,
    - Medicare Original *con* un plan de medicamentos de Medicare por separado, o
    - Medicare Original *sin* un plan de medicamentos de Medicare por separado.

- Si elige esta opción y recibe Ayuda Adicional, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted opte por no participar en la inscripción automática.

Nota: Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos de Medicare y pasa 63 días seguidos o más sin cobertura acreditable de medicamentos recetados, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se une a un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

- **Su membresía en nuestro plan finalizará** cuando comience la cobertura de su nuevo plan el 1 de enero.

Sección 2.2 Puede finalizar su membresía durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage

Puede hacer *un* cambio en su cobertura de salud durante el **período de inscripción abierta de Medicare Advantage** de cada año.

- **El período de inscripción abierta de Medicare Advantage** es del 1 de enero al 31 de marzo y también para los nuevos beneficiarios de Medicare que están inscritos en un plan MA, desde el mes en que tienen derecho a la Parte A y la Parte B hasta el último día del tercer mes en que tienen derecho.
- **Durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage** usted puede:
  - Cambiarse a otro plan Medicare Advantage con o sin cobertura de medicamentos.
  - Cancelar su inscripción en nuestro plan y obtener cobertura a través de Medicare Original. Si se cambia a Medicare Original durante este período, también puede unirse a un plan de medicamentos de Medicare por separado al mismo tiempo.
- **Su membresía finalizará** el primer día del mes siguiente a que se inscriba en un plan Medicare Advantage diferente o a que recibamos su solicitud para cambiarse a Medicare Original. Si también decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, su membresía en el plan de medicamentos comenzará el primer día del mes siguiente a que el plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

Sección 2.3 En ciertas situaciones, puede finalizar su membresía durante un período de inscripción especial

En ciertas situaciones, los miembros de Champion Plus (HMO C-SNP) pueden ser elegibles para cancelar su membresía en otros momentos del año. Esto se conoce como **período de inscripción especial**.

Es posible que sea elegible para finalizar su membresía durante un período de inscripción especial si se da alguna de las siguientes situaciones. Estos son solo ejemplos. Para obtener la lista completa, puede comunicarse con nuestro plan, llamar a Medicare o visitar Medicare.gov.

- Por lo general, cuando se muda
- Si tiene Medicaid
- Si es elegible para recibir Ayuda Adicional para pagar la cobertura de medicamentos de Medicare
- Si incumplimos nuestro contrato con usted
- Si recibe atención en una institución, como un hogar de ancianos o un hospital de atención a largo plazo (LTC)
- Si se inscribe en el Programa de Atención Integral para Personas Mayores (PACE)

Nota: Si está en un programa de administración de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de plan. El Capítulo 5, Sección 10 le brinda más información sobre los programas de administración de medicamentos.

Los períodos de inscripción varían según su situación.

Para saber si es elegible para un período de inscripción especial, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden 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 de Medicare como su cobertura de medicamentos recetados. Puede elegir:

- Otro plan de salud de Medicare con o sin cobertura de medicamentos,
- Medicare Original *con* un plan de medicamentos de Medicare por separado, o
- Medicare Original *sin* un plan de medicamentos de Medicare por separado.

Nota: Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos de Medicare y pasa 63 días seguidos o más sin cobertura acreditable de medicamentos recetados, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se une a un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

- **Su membresía generalmente finalizará** el primer día del mes siguiente a que recibamos su solicitud para cambiar de plan.
- **Si recibe Ayuda Adicional de Medicare para pagar los costos de su cobertura de medicamentos:** Si se cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare por separado, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted opte por no participar en la inscripción automática.

Sección 2.4 Obtenga más información sobre cuándo puede finalizar su membresía

Si tiene preguntas sobre cómo finalizar su membresía, puede:

- **Llamar a Servicios para Miembros al 1-800-885-8000 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711)**
- Encontrar la información en el manual ***Medicare Y Usted 2027***
- Llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048

SECCIÓN 3 Cómo finalizar su membresía en nuestro plan

La siguiente tabla explica cómo puede finalizar su membresía en nuestro plan.

Para cambiarse de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
Otro plan de salud de Medicare	• Inscribirse en el nuevo plan de salud de Medicare. • Su inscripción en Champion Plus (HMO C-SNP) se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
Medicare Original *con* un plan de medicamentos de Medicare por separado	• Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos de Medicare. • Será dado de baja automáticamente de Champion Plus (HMO C-SNP) cuando comience la cobertura de su nuevo plan de medicamentos.
Medicare Original *sin* un plan de medicamentos de Medicare por separado	• **Envíenos una solicitud por escrito para cancelar su inscripción.** Llame a Servicios para Miembros al 1-800-885-8000 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) si necesita más información sobre cómo hacerlo. • También puede llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y solicitar su baja. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. • Será dado de baja de Champion Plus (HMO C-SNP) cuando comience su cobertura en Medicare Original.

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

Hasta que finalice su membresía y comience su nueva cobertura de Medicare, debe seguir recibiendo sus servicios médicos, artículos y medicamentos recetados a través de nuestro plan.

- **Continúe usando los proveedores de nuestra red para recibir atención médica.**

- **Continúe usando nuestras farmacias de la red o pedido por correo para surtir sus recetas**.
- **Si está hospitalizado el día en que finaliza su membresía, nuestro plan cubrirá su hospitalización hasta que le den el alta** (incluso si le dan el alta después de que comience su nueva cobertura de salud).

SECCIÓN 5 Champion Plus (HMO C-SNP) debe cancelar su membresía en el plan en ciertas situaciones

Champion Plus (HMO C-SNP) debe finalizar su membresía en nuestro plan si ocurre cualquiera de los siguientes casos:

- Si ya no tiene la Parte A y la Parte B de Medicare
- Si se muda fuera de nuestra área de servicio
- Si está fuera de nuestra área de servicio durante más de 6 meses.
    - Si se muda o hace un viaje largo, llame a Servicios para Miembros al 1-800-885-8000 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) para averiguar si el lugar al que se muda o al que viaja está dentro del área de nuestro plan
- No cumple con los requisitos especiales de elegibilidad de nuestro plan
    - Si se encuentra dentro del período de 6 meses de elegibilidad continua considerada de nuestro plan, seguiremos brindándole todos los beneficios de Medicare cubiertos por el plan Medicare Advantage
- Si es encarcelado (va a prisión)
- Si ya no es ciudadano o nacional de los Estados Unidos, o un no ciudadano elegible
- Si miente u oculta información sobre otro seguro que tenga que brinde cobertura de medicamentos recetados
- Si nos da información incorrecta de manera intencional cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos obligarlo a dejar nuestro plan por este motivo, a menos que primero obtengamos permiso de Medicare.)
- Si se comporta de manera continua de una forma disruptiva que nos dificulta brindarles atención médica a usted y a otros miembros de nuestro plan. (No podemos obligarlo a dejar nuestro plan por este motivo, a menos que primero obtengamos permiso de Medicare.)

- Si permite que otra persona use su tarjeta de membresía para recibir atención médica. (No podemos obligarlo a dejar nuestro plan por este motivo, a menos que primero obtengamos permiso de Medicare.)
    - Si finalizamos su membresía por este motivo, Medicare puede hacer que el Inspector General investigue su caso.
- Si debe pagar el monto adicional de la Parte D debido a sus ingresos y no lo paga, Medicare cancelará su inscripción en nuestro plan y usted perderá la cobertura de medicamentos.

Si tiene preguntas o desea más información sobre cuándo podemos finalizar su membresía, llame a Servicios para Miembros al 1-800-885-8000 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711).

Sección 5.1 No podemos pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con la salud, a menos que ya no tenga una condición médica requerida para la inscripción en Champion Plus (HMO C-SNP)

En la mayoría de los casos, Champion Plus (HMO C-SNP) no puede pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con la salud. La única vez que se nos permite hacerlo es si ya no tiene la afección médica requerida para la inscripción en Champion Plus (HMO C-SNP).

¿Qué debe hacer si esto sucede?

Si siente que le piden que deje nuestro plan por un motivo relacionado con la salud, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

Sección 5.2 Tiene derecho a presentar una queja si finalizamos su membresía en nuestro plan

Si cancelamos su membresía en nuestro plan, debemos informarle por escrito nuestros motivos para cancelar su membresía. También debemos explicarle cómo puede presentar una queja formal o una queja sobre nuestra decisión de cancelar su membresía.

CAPÍTULO 11: Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre la ley aplicable

La principal ley aplicable a este documento de *Evidencia de Cobertura* es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y las regulaciones creadas bajo dicha ley por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Además, podrían aplicarse otras leyes federales y, en ciertas circunstancias, las leyes del estado donde reside. Esto podría afectar sus derechos y responsabilidades, incluso si las leyes no se incluyen o explican en este documento.

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación

No discriminamos por motivos de raza, etnia, nacionalidad, color, religión, sexo, edad, discapacidad mental o física, estado de salud, historial de reclamaciones, historial médico, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que ofrecen Planes Medicare Advantage, como nuestro plan, deben cumplir con las leyes federales contra la discriminación, incluyendo el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley contra la Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio, todas las demás leyes aplicables a las organizaciones que reciben fondos federales y cualquier otra ley o norma aplicable por cualquier otro motivo.

Si desea más información o tiene inquietudes sobre discriminación o trato injusto, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a su Oficina de Derechos Civiles local. También puede consultar la información de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos en HHS.gov/ocr/index.html.

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para acceder a la atención, llámenos a Servicios para Miembros al 1-800-885-8000 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711). Si tiene una queja, como un problema con el acceso en silla de ruedas, Servicios para Miembros puede ayudarlo.

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

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos por Medicare para los cuales Medicare no es el pagador principal. De acuerdo con las regulaciones de los CMS en las secciones 422.108 y 423.462 de 42 CFR, Champion Plus (HMO C-SNP), como Organización Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que el Secretario ejerce bajo las regulaciones de CMS en las subpartes B a D de la parte 411 de 42 CFR y las reglas establecidas en esta sección reemplazan cualquier ley estatal.

SECCIÓN 4 Aviso de Privacidad de HIPAA

EL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD (AVISO) DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE USTED ACCEDER A ELLA. POR FAVOR, LÉALO DETENIDAMENTE. LA PRIVACIDAD DE SU INFORMACIÓN ES IMPORTANTE PARA NOSOTROS.

Nuestra obligación legal

Este Aviso de Prácticas de Privacidad describe cómo Champion puede usar y divulgar información médica sobre usted (su “información médica protegida” o “PHI”) para llevar a cabo actividades de pago, operaciones de atención médica y para otros fines permitidos o requeridos por la ley. Las leyes federales y estatales aplicables nos exigen mantener la privacidad de su PHI. Estamos obligados a proporcionarle este Aviso sobre nuestras prácticas de privacidad, nuestras obligaciones legales y sus derechos con respecto a su PHI. Debemos proporcionarle un aviso de cualquier uso o divulgación no permitidos de su PHI no segura si su información se ha visto comprometida según los estándares estatales y federales aplicables. Debemos seguir las prácticas de privacidad que se describen en este Aviso mientras esté en vigor. Este Aviso entró en vigor el 1 de enero de 2023 y permanecerá vigente hasta que Champion lo reemplace. Este Aviso de Prácticas de Privacidad tiene como objetivo incorporar los requisitos de HIPAA, la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA), así como los requisitos estatales.

Tiene derecho a recibir una copia escrita de este Aviso si la solicita. Puede imprimir una copia desde nuestro sitio web o contactarnos utilizando la información que aparece al final de este Aviso para obtener una copia impresa. Organizaciones cubiertas por este Aviso: Este Aviso se aplica a las prácticas de privacidad de Champion. Su proveedor o grupo médico, así como cualquier proveedor de atención especializada, hospital, farmacia u otro proveedor del que

reciba tratamiento o servicios, pueden tener su propio aviso que describe cómo mantienen la privacidad de su PHI.

Nuestros usos y divulgaciones de su PHI

Usamos y divulgamos su PHI para tratamientos, pagos y operaciones de atención médica. Al usar o divulgar su información para estos fines, usamos o divulgamos solo la cantidad mínima de PHI necesaria para lograrlo. Podemos usar o divulgar su PHI:

Para actividades de tratamiento: por ejemplo, podemos revelar información sobre sus medicamentos recetados a su médico para que él/ella pueda entender mejor cómo brindarle atención médica.

Para actividades de pago: por ejemplo, podemos usar y divulgar su PHI para pagar reclamos de médicos, hospitales y otros proveedores por servicios prestados a usted que están cubiertos por su plan de salud, para determinar su elegibilidad para beneficios o para emitir explicaciones de beneficios a la persona que se suscribe al plan de salud en el que participa.

Para operaciones de atención médica: Por ejemplo, podemos usar y divulgar su PHI para realizar evaluaciones de calidad y actividades de mejora, acreditar a proveedores y evaluar su desempeño, o para coordinar la atención médica o la gestión de casos. También podemos usar o divulgar su PHI para fines de inscripción y otras actividades relacionadas con la creación, renovación o reemplazo de un plan de beneficios.

Para divulgarle información: Podemos usar y divulgar su PHI para comunicarnos con usted con fines de atención al cliente o para proporcionarle la información que solicite. Podemos usar y divulgar información sobre usted para los fines de registro de acceso y divulgación descritos en la sección “Sus derechos” de este aviso.

Hacer revelaciones a sus familiares y amigos:

Podemos divulgar su PHI a un familiar, amigo u otra persona que usted indique que participa en su atención médica o en el pago de la misma. También podemos divulgar su PHI a una de estas personas si usted no está presente o si no puede otorgar el permiso requerido debido a una emergencia médica, accidente o situación similar, si determinamos que dicha divulgación sería lo mejor para usted. En estas situaciones, solo podemos divulgar la información médica protegida directamente relacionada con la participación de la persona en su atención médica o el pago de la misma.

Divulgaremos su PHI a una persona que usted haya designado como su representante personal y que haya cumplido los requisitos para dicha designación de conformidad con la legislación estatal pertinente. Antes de divulgar su PHI a dicha persona, deberá presentar una notificación por escrito de su designación, junto con la documentación de respaldo, como un poder notarial o un formulario de Designación de Representante Personal del Miembro debidamente firmado. También puede autorizarnos a divulgar su PHI a cualquier persona con su autorización escrita (consulte la sección “Otros usos y divulgaciones de su PHI”, más adelante).

Usos y divulgaciones permitidos: Podemos usar y divulgar su PHI según lo permita o requiera la ley, incluso para los siguientes fines:

- Requerido por ley: Podemos usar o divulgar PHI cuando así lo exija la ley estatal o federal.
- Investigación: Podemos divulgar la PHI a investigadores, siempre que estos cumplan los requisitos de confidencialidad aplicables.
- Salud y seguridad: Podemos divulgar la PHI en la medida necesaria para evitar una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad de una persona, o para denunciar o prevenir el abuso, la negligencia, la violencia doméstica u otros delitos.
- Actividades de salud pública: Podemos usar o divulgar PHI para actividades de salud pública que estén permitidas o requeridas por ley, como la prevención o el control de enfermedades transmisibles.
- Actividades de supervisión de salud: Podemos divulgar PHI a una agencia de supervisión de salud, como la División de Seguros del Departamento de Regulación Comercial, para actividades de supervisión autorizadas por la ley.
- Proceso y procedimientos: Podemos divulgar PHI en respuesta a una orden judicial o administrativa, citación, solicitud de descubrimiento u otro proceso legal, de acuerdo con las garantías procesales específicas.
- Cumplimiento de la ley: Podemos divulgar PHI a funcionarios encargados de hacer cumplir la ley para fines limitados, como cuando sea necesario proporcionar evidencia de un delito que ocurrió en nuestras instalaciones.
- Compensación laboral: Podemos divulgar la PHI de acuerdo con las leyes de compensación laboral y otros programas similares que brindan beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.
- Funciones gubernamentales especiales: Podemos divulgar PHI para varias funciones gubernamentales, incluidas las divulgaciones a las Fuerzas Armadas para personal activo, a Agencias de Inteligencia para seguridad nacional y al Departamento de Estado por razones de servicios exteriores.

Impacto de la ley estatal: Es posible que estemos obligados a cumplir con las leyes estatales de privacidad u otras leyes aplicables que limiten nuestro uso o divulgación de PHI en mayor medida que HIPAA.

Otros usos y divulgaciones de su PHI: Debemos obtener su autorización por escrito para usar o divulgar su PHI para cualquier propósito no descrito anteriormente. Si nos proporciona dicha autorización, puede revocarla por escrito y su revocación surtirá efecto para futuros usos y divulgaciones de su PHI. Sin embargo, su revocación no surtirá efecto para la PHI que ya hayamos usado o divulgado con base en la autorización. Para revocar una autorización que nos haya proporcionado, contáctenos utilizando la información que se proporciona al final de este aviso.

Se requerirá una autorización para cualquier uso o divulgación de las notas de psicoterapia. Confiaremos en que nuestro proveedor de salud conductual obtenga la autorización para permitir el uso de las notas de psicoterapia; si necesitamos divulgarlas, obtendremos su autorización por escrito. También debemos obtener su autorización por escrito para vender información sobre usted a un tercero o, en la mayoría de los casos, para usar o divulgar su PHI con el fin de enviarle comunicaciones sobre productos y servicios. Sin embargo, no necesitamos su autorización por escrito para enviarle comunicaciones sobre productos o servicios relacionados con la salud, siempre que estos estén relacionados con su cobertura o sean ofrecidos por nosotros.

SUS DERECHOS

Derecho a inspeccionar y copiar: Usted tiene derecho a ver u obtener copias de la PHI que usamos para tomar decisiones sobre el pago de su atención médica. Para ver o copiar su PHI, debe presentarnos su solicitud por escrito a la dirección que figura en la última página de este Aviso. Es importante que dirija su solicitud de inspección y copia a esta dirección para que podamos comenzar a procesarla. Si envía una solicitud a otra persona, oficina o dirección, nuestra respuesta podría demorarse. Le proporcionaremos un formulario para que lo complete y nos lo envíe con esta solicitud. Si solicita una copia de la información, es posible que le cobremos una tarifa por los costos de copiado, envío por correo u otros costos asociados con su solicitud. Podemos denegar su solicitud de acceso en circunstancias limitadas.

Derecho a enmendar: Si usted cree que su PHI es incorrecta o está incompleta, puede solicitarnos que enmendemos su información. Para ello, escríbanos a la dirección que se indica en la última página de este Aviso. Su solicitud debe incluir el motivo por el cual es necesaria la enmienda. Es importante que dirija su solicitud de enmienda a esta dirección

para que podamos comenzar a procesarla. Si envía una solicitud a otra persona, oficina o dirección, nuestra respuesta podría demorarse. Le proporcionaremos un formulario para que lo complete y nos lo envíe con esta solicitud. Podemos denegar su solicitud de enmienda en algunas circunstancias, por ejemplo, si consideramos que la información que tenemos es precisa y completa.

Derecho a una contabilidad de divulgaciones: Usted tiene derecho a conocer ciertas divulgaciones de su información de salud. No estamos obligados a informarle las divulgaciones que hacemos para fines de tratamiento, pago, operaciones de atención médica y otros fines determinados. Sin embargo, puede solicitar una lista de las demás divulgaciones realizadas en los 6 años anteriores a la fecha de su solicitud. La lista incluirá, por ejemplo, las divulgaciones exigidas por la ley, para procesos judiciales o administrativos, o para fines de investigación (excepto las divulgaciones que también califiquen como operaciones de atención médica nuestras). Puede solicitar una contabilidad de divulgaciones presentándonos su solicitud por escrito a la dirección que figura en la última página de este Aviso. Es importante que dirija su solicitud de contabilidad de divulgaciones a esta dirección para que podamos comenzar a procesarla. Si envía una solicitud a otra persona, oficina o dirección, nuestra respuesta podría demorarse. Le proporcionaremos un formulario para que lo complete y nos lo envíe con esta solicitud. La primera lista que solicite en un período de 12 meses será gratuita. Por cada lista adicional, es posible que le cobremos los costos de prepararla. Le notificaremos el costo correspondiente y usted podrá optar por retirar o modificar su solicitud antes de que se incurra en cualquier costo.

Derecho a solicitar una restricción: Usted tiene derecho a solicitar una restricción de la PHI que usamos o divulgamos sobre usted para fines de pago o de operaciones de atención médica. No estamos obligados a aceptar ninguna restricción que usted solicite. Si aceptamos la restricción, la cumpliremos, a menos que la información se necesite para brindarle tratamiento de emergencia. Puede solicitar una restricción escribiéndonos a la dirección que se indica en la última página de este Aviso. Si envía una solicitud a otra persona, oficina o dirección, nuestra respuesta podría demorarse. Le proporcionaremos un formulario para que lo complete y nos lo envíe con esta solicitud.

Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales:

Si usted cree que enviar su PHI a su dirección habitual podría ponerlo en peligro, puede solicitarnos que nos comuniquemos con usted respecto de su PHI de otra manera o en otro lugar. Por ejemplo, puede pedirnos que nos comuniquemos con usted solo en la dirección de su trabajo o en otra dirección secundaria. Envíenos su solicitud a la dirección que figura en la última página de este Aviso. Es importante que dirija su solicitud de comunicaciones

confidenciales a esta dirección para que podamos comenzar a procesarla. Si envía una solicitud a otra persona, oficina o dirección, nuestra respuesta podría demorarse. Le proporcionaremos un formulario para que lo complete y nos lo envíe con esta solicitud.

Atenderemos una solicitud por escrito de comunicaciones confidenciales que sea razonable y que indique que la divulgación de la totalidad o de una parte de su PHI podría ponerlo en peligro. Una vez que una solicitud de comunicaciones confidenciales entre en vigor, toda su PHI se procesará de acuerdo con sus instrucciones. No aceptaremos solicitudes de retener PHI que se relacione solo con una afección, un diagnóstico o un tratamiento específicos. Si usted cancela su solicitud de comunicaciones confidenciales, se eliminará la restricción para toda su PHI que tengamos, incluida la PHI que antes estaba protegida. Por lo tanto, no debería cancelar una solicitud de comunicaciones confidenciales si le sigue preocupando que la divulgación de su PHI pueda ponerlo en peligro.

PREGUNTAS Y QUEJAS

Si desea más información sobre nuestras prácticas de privacidad o tiene alguna pregunta o inquietud, contáctenos utilizando la información que se encuentra al final de este Aviso. Puede presentarnos una queja si considera que hemos violado sus derechos de privacidad. Puede presentar una queja ante nosotros por escrito a la dirección que figura al final de este Aviso. También puede presentar una queja ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. No lo sancionaremos ni tomaremos represalias de ningún tipo por presentar una queja ante nosotros o ante el Secretario.

Nos reservamos el derecho de modificar nuestras prácticas de privacidad y los términos de este Aviso en cualquier momento. Nos reservamos el derecho de aplicar los cambios en nuestras prácticas de privacidad y los nuevos términos de nuestro Aviso a toda la PHI que mantenemos, incluyendo la PHI que creamos o recibimos antes de realizar los cambios. Si realizamos un cambio sustancial en nuestro Aviso, lo modificaremos y publicaremos el nuevo aviso en nuestro sitio web. Proporcionaremos una copia del nuevo aviso (o información sobre los cambios en nuestras prácticas de privacidad y cómo obtenerlo) en nuestro próximo correo anual a los afiliados que en ese momento estén cubiertos por uno de nuestros planes de salud.

DIRECCIÓN E INFORMACIÓN DE CONTACTO

Responsable de privacidad y cumplimiento de Champion Health
PO Box 15337, Long Beach, CA 90815
Teléfono: 1-800-885-8000

TTY: 711
Fax: 1-949-998-9856
Correo electrónico: Hotline@championpayer.com

CAPÍTULO 12: Definiciones

Centro de Cirugía Ambulatoria – Un Centro de Cirugía Ambulatoria es una entidad que funciona exclusivamente con el propósito de brindar servicios de cirugía ambulatoria a pacientes que no requieren hospitalización y cuya estancia prevista en el centro no exceda de 24 horas.

Apelación – Una apelación es algo que usted hace si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar una solicitud de cobertura de servicios de atención médica o medicamentos recetados, o de pago por servicios o medicamentos que ya recibió. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de suspender los servicios que está recibiendo.

Facturación de saldo – Cuando un proveedor (como un médico o un hospital) le factura a un paciente más del monto de costo compartido permitido por nuestro plan. Como miembro de Champion Plus (HMO C-SNP), usted solo tiene que pagar los montos de costo compartido de nuestro plan cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores le **facturen el saldo** ni le cobren de otra manera más de lo que nuestro plan le indica que debe pagar.

Período de beneficio – La forma en que tanto nuestro plan como Medicare Original miden su uso de los servicios de hospital y de centros de enfermería especializada (SNF). Un período de beneficios para la atención hospitalaria para pacientes internados y los servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico comienza el día en que usted ingresa a un hospital o a un centro de enfermería especializada. El período de beneficios termina cuando usted no ha recibido ninguna atención hospitalaria para pacientes internados durante 60 días consecutivos. Un período de beneficios para la atención en un centro de enfermería especializada (SNF) comienza cuando usted ingresa a un SNF y termina cuando le dan de alta del SNF. Si ingresa a un hospital o a un centro de enfermería especializada después de que haya terminado un período de beneficios, comienza un nuevo período de beneficios. Debe pagar el deducible de hospitalización para pacientes internados por cada período de beneficios. No hay límite en la cantidad de períodos de beneficios.

Producto biológico – Un medicamento recetado elaborado a partir de fuentes naturales y vivas, como células animales, células vegetales, bacterias o levaduras. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no se pueden copiar con exactitud,

por lo que las presentaciones alternativas se denominan biosimilares (consulte "**Producto biológico original**" y "**Biosimilar**").

Biosimilar – Un producto biológico muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Los biosimilares son tan seguros y eficaces como el producto biológico original. Algunos biosimilares pueden sustituir al producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta (consulte "**Biosimilar intercambiable**").

Medicamento de marca – Un medicamento recetado fabricado y vendido por la compañía farmacéutica que lo investigó y desarrolló originalmente. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de ingrediente activo que la versión genérica. Sin embargo, los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otros fabricantes y, por lo general, no están disponibles hasta después del vencimiento de la patente del medicamento de marca.

Plan de atención – Un plan sobre qué servicios recibirá y cómo los recibirá. Su plan puede incluir servicios médicos, servicios de salud conductual y apoyos basados en la comunidad.

Equipo de atención – Un equipo de atención puede incluir médicos, enfermeros, consejeros u otros profesionales de la salud que están ahí para ayudarle a obtener la atención que necesita. Su equipo de atención también le ayuda a elaborar un plan de atención.

Etapa de cobertura catastrófica – La etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D que comienza cuando usted (u otras partes calificadas en su nombre) haya gastado $2,400 por medicamentos cubiertos por la Parte D durante el año cubierto. Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D ni por los medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) – La agencia federal que administra Medicare.

Plan de Necesidades Especiales de Atención Crónica (C-SNP) – Los C-SNP son SNP que restringen la inscripción a personas elegibles para MA que tienen enfermedades crónicas y graves específicas.

Coseguro – Una cantidad que se le puede solicitar que pague, expresada como un porcentaje (por ejemplo, 20%), como su parte del costo de los servicios o medicamentos recetados después de que pague su deducible.

Queja - El nombre formal para presentar una queja es **presentar una queja formal**. El proceso de quejas se utiliza *solo* para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas con

la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. También incluye quejas si nuestro plan no cumple con los plazos del proceso de apelación.

Centro integral de rehabilitación ambulatoria (CORF) – Un centro que proporciona principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, incluyendo fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios de patología del habla y el lenguaje, y servicios de evaluación del entorno del hogar.

Copago (o copay) – Una cantidad que podría tener que pagar como su parte del costo de un servicio o suministro médico, como una consulta médica, una consulta ambulatoria en un hospital o un medicamento recetado. Un copago es una cantidad fija (por ejemplo, $10), en lugar de un porcentaje.

Costo compartido – El costo compartido se refiere a los montos que un miembro debe pagar cuando se obtienen servicios o medicamentos. (Esto es adicional a la prima mensual de nuestro plan). El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes 3 tipos de pagos: 1) cualquier monto de deducible que un plan pueda imponer antes de que se cubran los servicios o medicamentos; 2) cualquier monto fijo de copago que un plan exija cuando se obtiene un servicio o medicamento específico; o 3) cualquier monto de coseguro, un porcentaje del monto total pagado por un servicio o medicamento, que un plan exija cuando se obtiene un servicio o medicamento específico.

Nivel de costo compartido – Cada medicamento de la lista de medicamentos cubiertos se encuentra en uno de seis (6) niveles de costo compartido. En general, cuanto más alto es el nivel de costo compartido, más alto es su costo por el medicamento.

Determinación de cobertura – Una decisión sobre si un medicamento que le recetaron está cubierto por nuestro plan y sobre el monto, si corresponde, que usted debe pagar por la receta. En general, si lleva su receta a una farmacia y esta le informa que no está cubierta por nuestro plan, no se trata de una determinación de cobertura. Debe llamar o escribir a nuestro plan para solicitar una decisión formal sobre la cobertura. En este documento, las determinaciones de cobertura se denominan **decisiones de cobertura**.

Medicamentos cubiertos – El término que utilizamos para referirnos a todos los medicamentos recetados cubiertos por nuestro plan.

Servicios cubiertos – El término que usamos para referirnos a todos los servicios y suministros de atención médica que están cubiertos por nuestro plan.

Cobertura acreditable de medicamentos recetados – Cobertura de medicamentos recetados (por ejemplo, de un empleador o sindicato) que se espera que pague, en promedio,

al menos lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare. Quienes tienen este tipo de cobertura al ser elegibles para Medicare generalmente pueden mantenerla sin pagar una multa si deciden inscribirse en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare más adelante.

Cuidado de custodia – La atención de custodia es la atención personal brindada en un hogar de ancianos, un hospicio u otro entorno institucional cuando no necesita atención médica especializada ni atención de enfermería especializada. La atención de custodia, proporcionada por personas que no tienen habilidades o capacitación profesional, incluye ayuda con las actividades de la vida diaria, como bañarse, vestirse, comer, acostarse y levantarse de una cama o silla, desplazarse y ir al baño. También puede incluir el tipo de atención relacionada con la salud que la mayoría de las personas se realizan por sí mismas, como usar gotas para los ojos. Medicare no paga la atención de custodia.

Tarifa diaria de costo compartido – Se puede aplicar una tarifa diaria de costo compartido cuando su médico le receta un suministro inferior a un mes completo de ciertos medicamentos y usted debe pagar un copago. La tarifa diaria de costo compartido es el copago dividido entre la cantidad de días del suministro mensual. Por ejemplo: si su copago para un suministro mensual de un medicamento es de $30 y el suministro mensual en nuestro plan es de 30 días, su tarifa diaria de costo compartido es de $1 por día.

Deducible – La cantidad que usted debe pagar por atención médica o recetas antes de que nuestro plan pague.

Darse de baja o **Cancelación de la inscripción** – El proceso de finalizar su membresía en nuestro plan.

Tarifa de dispensación – Una tarifa que se cobra cada vez que se dispensa un medicamento cubierto para pagar el costo de surtir una receta, como el tiempo del farmacéutico para preparar y empaquetar la receta.

Planes de Necesidades Especiales con Doble Elegibilidad (D-SNP) – Los D-SNP inscriben a personas con derecho tanto a Medicare (Título XVIII de la Ley del Seguro Social) como a la asistencia médica de un plan estatal de Medicaid (Título XIX). Los estados cubren algunos costos de Medicare, según el estado y la elegibilidad de la persona.

Persona con doble elegibilidad – Una persona que es elegible para la cobertura de Medicare y Medicaid.

Equipo médico duradero (DME) – Ciertos equipos médicos que su médico le ordena por razones médicas. Por ejemplo, andadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchón

eléctricos, suministros para diabéticos, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores de voz, equipos de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital que un proveedor le ordena para uso en el hogar.

Emergencia – Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida (y, si usted es una mujer embarazada, la pérdida del bebé por nacer), la pérdida de una extremidad o de la función de una extremidad, o la pérdida o el deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección médica que empeora rápidamente.

Atención de emergencia – Servicios cubiertos que son: 1) proporcionados por un proveedor calificado para brindar servicios de emergencia; y 2) necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia.

Evidencia de Cobertura (EOC) e Información de Divulgación – Este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro anexo, cláusula adicional u otra cobertura opcional seleccionada, que explica su cobertura, lo que debemos hacer, sus derechos y lo que usted tiene que hacer como miembro de nuestro plan.

Excepción – Un tipo de decisión de cobertura que, si se aprueba, le permite obtener un medicamento que no está en nuestro formulario (una excepción al formulario) o un medicamento no preferido a un nivel de costo compartido más bajo (una excepción por nivel). También puede solicitar una excepción si nuestro plan le exige probar otro medicamento antes de obtener el que solicita, si nuestro plan requiere una autorización previa para un medicamento y usted desea que no apliquemos la restricción de criterios, o si nuestro plan limita la cantidad o la dosis del medicamento que solicita (una excepción al formulario).

Ayuda Adicional – Un programa de Medicare para ayudar a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos recetados de Medicare, como primas, deducibles y coseguro.

Medicamento genérico – Un medicamento recetado que está aprobado por la FDA por tener los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Generalmente, un medicamento genérico funciona igual que uno de marca y suele costar menos.

Evaluación de riesgos de salud – Una revisión de sus antecedentes médicos y su afección actual. Se usa para saber más sobre su salud y cómo podría cambiar en el futuro.

Queja formal - Un tipo de queja que usted presenta sobre nuestro plan, proveedores o farmacias, incluyendo una queja sobre la calidad de su atención. Esto no incluye disputas de cobertura ni de pago.

Auxiliar de salud a domicilio – Una persona que proporciona servicios que no requieren las habilidades de una enfermera o terapeuta autorizado, como ayuda con el cuidado personal (por ejemplo, bañarse, usar el baño, vestirse o realizar los ejercicios prescritos).

Hospicio - Un beneficio que brinda un tratamiento especial a un miembro que ha sido certificado médicamente como enfermo terminal, lo que significa que tiene una esperanza de vida de 6 meses o menos. Nuestro plan debe proporcionarle una lista de hospicios en su área geográfica. Si elige hospicio y continúa pagando las primas, seguirá siendo miembro de nuestro plan. Podrá seguir recibiendo todos los servicios médicamente necesarios, así como los beneficios complementarios que ofrecemos.

Estancia hospitalaria para pacientes internados – Una estadía en el hospital cuando usted ha sido admitido formalmente en el hospital para recibir servicios médicos especializados. Incluso si pasa la noche en el hospital, es posible que se le considere un paciente ambulatorio.

Monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos (IRMAA) – Si sus ingresos brutos ajustados modificados, según lo declarado en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años, superan cierta cantidad, pagará la prima estándar y un Monto de Ajuste Mensual Relacionado con los Ingresos, también conocido como IRMAA. El IRMAA es un cargo adicional que se añade a su prima. Menos del 5% de las personas con Medicare se ven afectadas, por lo que la mayoría no pagará una prima más alta.

Etapa de Cobertura Inicial – Esta es la etapa que sigue después de que usted paga su deducible (si tiene uno) y antes de que los costos que paga de su bolsillo durante el año hayan alcanzado el monto del umbral de costos que paga de su bolsillo.

Período de inscripción inicial – Cuando es elegible por primera vez para Medicare, el período de tiempo en el que puede inscribirse en la Parte A y la Parte B de Medicare. Si es elegible para Medicare cuando cumple 65 años, su período de inscripción inicial es el período de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que cumple 65 años, incluye el mes en que cumple 65 años y finaliza 3 meses después del mes en que cumple 65 años.

Plan Institucional de Necesidades Especiales (I-SNP) – Los I-SNP restringen la inscripción a personas elegibles para MA que viven en la comunidad pero necesitan el nivel de atención que ofrece un centro, o que viven (o se espera que vivan) durante al menos 90 días seguidos

en ciertas instalaciones a largo plazo. Los I-SNP incluyen los siguientes tipos de planes: SNP institucionales equivalentes (IE-SNP), SNP institucionales híbridos (HI-SNP) y SNP institucionales basados en instalaciones (FI-SNP).

Plan de Necesidades Especiales Equivalente Institucional (IE-SNP) – Un IE-SNP restringe la inscripción a personas elegibles para MA que viven en la comunidad pero necesitan el nivel de atención que ofrece un centro.

Biosimilar intercambiable – Un biosimilar que puede utilizarse como sustituto de un producto biosimilar original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, ya que cumple con los requisitos adicionales sobre la posibilidad de sustitución automática. La sustitución automática en la farmacia está sujeta a la ley estatal.

Lista de medicamentos cubiertos (formulario o lista de medicamentos) – Una lista de medicamentos recetados cubiertos por nuestro plan.

Subsidio para bajos ingresos (LIS) – Vaya a Ayuda Adicional.

Programa de descuentos del fabricante – Un programa bajo el cual los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total de nuestro plan para los medicamentos de marca y productos biológicos cubiertos de la Parte D. Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y los fabricantes de medicamentos.

Precio justo máximo – El precio que Medicare negoció para un medicamento seleccionado.

Monto máximo de desembolso personal – Lo máximo que paga de su bolsillo durante el año calendario por los servicios dentro de la red cubiertos de la Parte A y la Parte B. Los montos que paga por las primas de su plan, las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare y los medicamentos recetados no cuentan para el monto máximo de desembolso personal.

Medicaid (o Asistencia Médica) – Un programa conjunto federal y estatal que ayuda con los costos médicos a algunas personas con ingresos bajos y recursos limitados. Los programas estatales de Medicaid varían, pero la mayoría de los costos de atención médica están cubiertos si usted califica tanto para Medicare como para Medicaid.

Indicación médicamente aceptada – Un uso de un medicamento que está aprobado por la FDA o respaldado por ciertas referencias, como el American Hospital Formulary Service Drug Information y el sistema de información Micromedex DRUGDEX.

Médicamente necesario – Servicios, suministros o medicamentos que son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su condición médica y que cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.

Medicare – El programa federal de seguro médico para personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas con enfermedad renal terminal (por lo general, aquellas con insuficiencia renal permanente que necesitan diálisis o un trasplante de riñón).

Período de inscripción abierta de Medicare Advantage – El período del 1 de enero al 31 de marzo en el que los miembros de un plan Medicare Advantage pueden cancelar su inscripción en el plan y cambiarse a otro plan Medicare Advantage u obtener cobertura a través de Medicare Original. Si decide cambiarse a Medicare Original durante este período, también puede inscribirse en ese momento en un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado. El período de inscripción abierta de Medicare Advantage también está disponible durante 3 meses después de que una persona sea elegible por primera vez para Medicare.

Plan Medicare Advantage (MA) – A veces llamado Medicare Parte C. Un plan ofrecido por una compañía privada que tiene contrato con Medicare para brindarle todos los beneficios de las Partes A y B de Medicare. Un plan Medicare Advantage puede ser i) un HMO, ii) un PPO, iii) un plan privado de pago por servicio (PFFS) o iv) un plan de Cuenta de Ahorros Médicos de Medicare (MSA). Además de poder 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 recetados). Estos planes se denominan **Planes Medicare Advantage con Cobertura de Medicamentos Recetados**.

Servicios cubiertos por Medicare – Servicios cubiertos por las Partes A y B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare deben cubrir todos los servicios cubiertos por las Partes A y B de Medicare. El término Servicios cubiertos por Medicare no incluye los beneficios adicionales, como visión, atención dental o audición, que puede ofrecer un plan Medicare Advantage.

Plan de salud de Medicare – Un plan de salud de Medicare lo ofrece una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindar los beneficios de la Parte A y la Parte B a las personas con Medicare que se inscriben en nuestro plan. Este término incluye todos los planes Medicare Advantage, los planes de costo de Medicare, los planes de necesidades especiales, los programas de demostración/piloto y los Programas de Atención Integral para Personas Mayores (PACE).

Cobertura de medicamentos recetados de Medicare (Medicare Parte D) – Seguro para ayudar a pagar medicamentos recetados para pacientes ambulatorios, vacunas, productos biológicos y algunos suministros no cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare.

Programa de Gestión de Terapia con Medicamentos (MTM) – Un programa de Medicare Parte D para necesidades de salud complejas que se brinda a las personas que cumplen con ciertos requisitos o que están en un Programa de Administración de Medicamentos. Los servicios de MTM suelen incluir una consulta con un farmacéutico o un proveedor de atención médica para revisar los medicamentos.

Póliza Medigap (seguro complementario de Medicare) – Seguro complementario de Medicare vendido por aseguradoras privadas para cubrir las *carencias* de Medicare Original. Las pólizas Medigap solo funcionan con Medicare Original. (Un plan Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

Miembro (miembro de nuestro plan o miembro del plan) – Una persona con Medicare que es 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 (CMS).

Servicios para Miembros – Un departamento de nuestro plan responsable de responder sus preguntas sobre su membresía, beneficios, quejas y apelaciones.

Farmacia de la red – Una farmacia que tiene un contrato con nuestro plan y donde los miembros de nuestro plan pueden obtener sus beneficios de medicamentos recetados. En la mayoría de los casos, sus recetas están cubiertas solo si se surten en una de nuestras farmacias de la red.

Proveedor de la red – **Proveedor** es el término general para los médicos, otros profesionales de la salud, hospitales y otros centros de atención médica autorizados o certificados por Medicare y el estado para brindar servicios de atención médica. Los **proveedores de la red** tienen un acuerdo con nuestro plan para aceptar nuestro pago completo y, en algunos casos, para coordinar y brindar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de la red también se denominan **proveedores del plan**.

Período de inscripción abierta – El período del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año en el que los miembros pueden cambiar sus planes de salud o de medicamentos, o cambiarse a Medicare Original.

Determinación de la organización – Una decisión que toma nuestro plan sobre si los artículos o servicios están cubiertos o cuánto tiene que pagar usted por los artículos o

servicios cubiertos. En este documento, las determinaciones de la organización se denominan decisiones de cobertura.

Producto biológico original – Un producto biológico aprobado por la FDA que sirve de referencia para los fabricantes que elaboran una versión biosimilar. También se denomina producto de referencia.

Medicare Original (**Medicare tradicional o Medicare de pago por servicio**) – Medicare Original lo ofrece el gobierno, y no un plan de salud privado como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos recetados. Con Medicare Original, los servicios de Medicare se cubren pagando a los médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica los montos de pago establecidos por el Congreso. Usted puede consultar a cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención médica que acepte Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga la parte que le corresponde del monto aprobado por Medicare, y usted paga la suya. Medicare Original tiene 2 partes: la Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico), y está disponible en todos los Estados Unidos.

Farmacia fuera de la red – Una farmacia que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar o brindar medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. La mayoría de los medicamentos que obtiene en farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que se cumplan ciertas condiciones.

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red – Un proveedor o centro que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar o brindar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no están empleados, ni son propiedad de nuestro plan, ni son operados por este.

Costos de bolsillo – Consulte la definición de costo compartido más arriba. El requisito de costo compartido de un miembro para pagar una parte de los servicios o medicamentos que recibe también se conoce como el requisito de costo de bolsillo del miembro.

Umbral de desembolso personal – La cantidad máxima que paga de su bolsillo por los medicamentos de la Parte D.

Plan PACE – Un plan PACE (Programa de Atención Integral para Personas Mayores) combina servicios y apoyos médicos, sociales y de largo plazo (LTSS) para personas frágiles, a fin de ayudarles a mantenerse independientes y a vivir en su comunidad (en lugar de mudarse a un hogar de ancianos) el mayor tiempo posible. Las personas inscritas en los planes PACE reciben sus beneficios de Medicare y Medicaid a través de nuestro plan.

Parte C – Vaya a Plan Medicare Advantage (MA).

Parte D – El Programa voluntario de beneficios de medicamentos recetados de Medicare.

Medicamentos de la Parte D – Medicamentos que pueden estar cubiertos por la Parte D. Es posible que ofrezcamos o no todos los medicamentos de la Parte D. El Congreso ha excluido ciertas categorías de medicamentos de la cobertura de la Parte D. Ciertas categorías de medicamentos de la Parte D deben estar cubiertas por todos los planes.

Multa por inscripción tardía en la Parte D – Un monto agregado a su prima mensual del plan por la cobertura de medicamentos de Medicare si no tiene cobertura acreditable (cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare) durante un período continuo de 63 días o más después de que sea elegible por primera vez para unirse a un plan de la Parte D.

Plan de Organización de Proveedores Preferidos (PPO) – Un plan de Organización de Proveedores Preferidos es un plan Medicare Advantage que cuenta con una red de proveedores contratados que han acordado tratar a los afiliados por un monto de pago específico. Un plan PPO debe cubrir todos los beneficios del plan, ya sea que se reciban de proveedores dentro o fuera de la red. El costo compartido para los afiliados generalmente será más alto cuando los beneficios del plan se obtienen de proveedores fuera de la red. Los planes PPO tienen un límite anual para los costos de bolsillo por servicios recibidos de proveedores de la red (preferidos) y un límite mayor en los costos totales combinados de bolsillo por servicios de proveedores tanto dentro de la red (preferidos) como fuera de la red (no preferidos).

Prima – El pago periódico a Medicare, a una compañía de seguros o a un plan de atención médica por la cobertura de salud o de medicamentos recetados.

Servicios preventivos – Servicios de atención médica que le ayudan a mantenerse sano, detectar problemas de salud de manera temprana, determinar los tratamientos más eficaces y prevenir ciertas enfermedades. Los servicios preventivos incluyen exámenes, vacunas, pruebas de laboratorio y exámenes de detección. También incluyen programas de monitoreo de la salud, y asesoramiento y educación para ayudarle a cuidar su propia salud.

Proveedor de atención primaria (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 a su proveedor de atención primaria antes de consultar a cualquier otro proveedor de atención médica.

Autorización previa – Aprobación previa para obtener servicios y/o ciertos medicamentos según criterios específicos. Los servicios cubiertos que requieren autorización previa se

indican en el Cuadro de Beneficios Médicos del Capítulo 4. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el formulario y nuestros criterios están publicados en nuestro sitio web.

Prótesis y órtesis – Dispositivos médicos que incluyen, entre otros, aparatos ortopédicos para brazos, espalda y cuello; miembros artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o función interna del cuerpo, incluidos suministros para ostomía y terapia de nutrición enteral y parenteral.

Organización de Mejora de la Calidad (QIO) – Un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica pagados por el gobierno federal para verificar y mejorar la atención brindada a los pacientes de Medicare.

Límites de cantidad – Una herramienta de gestión diseñada para limitar el uso de un medicamento por razones de calidad, seguridad o utilización. Los límites pueden estar en la cantidad del medicamento que cubrimos por receta o por un período definido.

"Herramienta de beneficios en tiempo real" – Un portal o aplicación informática en el que los afiliados pueden consultar información completa, precisa, oportuna, clínicamente adecuada y específica para el afiliado sobre el formulario y los beneficios. Esto incluye los montos de costo compartido, los medicamentos alternativos del formulario que pueden usarse para la misma afección de salud que un medicamento determinado, y las restricciones de cobertura (autorización previa, tratamiento escalonado, límites de cantidad) que se aplican a los medicamentos alternativos.

Remisión – Una orden por escrito de su médico de cabecera para que usted visite a un especialista u obtenga ciertos servicios médicos. Sin una derivación, es posible que nuestro plan no cubra los servicios de un especialista.

Servicios de rehabilitación – Estos servicios incluyen atención de rehabilitación para pacientes hospitalizados, fisioterapia (ambulatoria), terapia del habla y del lenguaje y terapia ocupacional.

Medicamento seleccionado – Un medicamento cubierto por la Parte D para el cual Medicare negoció un Precio Justo Máximo.

Área de servicio – Un área geográfica donde usted debe vivir para unirse a un plan de salud en particular. En el caso de los planes que limitan los médicos y hospitales que puede usar, generalmente también es el área donde puede obtener servicios de rutina (que no son de emergencia). Nuestro plan debe cancelar su inscripción si usted se muda de manera permanente fuera del área de servicio de nuestro plan.

Atención en un centro de enfermería especializada (SNF) – Servicios de enfermería especializada y rehabilitación que se prestan de forma continua y diaria en un centro de enfermería especializada. Algunos ejemplos de estos servicios incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas, que solo pueden ser administradas por un enfermero titulado o un médico.

Período especial de inscripción – Un período establecido en el que los miembros pueden cambiar su plan de salud o de medicamentos, o regresar a Medicare Original. Entre las situaciones en las que podría ser elegible para un Período de Inscripción Especial se incluyen: si se muda fuera del área de servicio, si recibe Ayuda Adicional para cubrir los costos de sus medicamentos recetados, si se muda a un hogar de ancianos, o si incumplimos nuestro contrato con usted.

Plan de necesidades especiales – Un tipo especial de plan Medicare Advantage que brinda atención médica más enfocada a grupos específicos de personas, como aquellos que tienen tanto Medicare como Medicaid, que viven en un hogar de ancianos o que tienen ciertas condiciones médicas crónicas.

Terapia escalonada – Una herramienta de utilización que requiere que primero pruebe otro medicamento para tratar su condición médica antes de que cubramos el medicamento que su médico le haya recetado inicialmente.

Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI) – Un beneficio mensual que paga el Seguro Social a personas con ingresos y recursos limitados que son discapacitadas, ciegas o tienen 65 años o más. Los beneficios del SSI no son lo mismo que los del Seguro Social.

Atención de urgencia necesaria – Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata y que no es una emergencia es atención de urgencia necesaria si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan, o si no es razonable, dados el momento, el lugar y las circunstancias, obtener este servicio de proveedores de la red. Algunos ejemplos de atención de urgencia necesaria son las enfermedades y lesiones médicas imprevistas, o los brotes inesperados de afecciones existentes. Las consultas de rutina con proveedores que son médicamente necesarias (como los chequeos anuales) no se consideran atención de urgencia necesaria, incluso si usted está fuera del área de servicio de nuestro plan o si la red de nuestro plan no está disponible temporalmente.

Champion Plus (HMO C-SNP) Servicios para Miembros

Método	Servicios para Miembros: información de contacto
Llame	1-800-885-8000 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario: de 8AM a 8PM, los 7 días de la semana (del 1 de octubre al 31 de marzo), y de 8AM a 8PM, de lunes a viernes (del 1 de abril al 30 de septiembre) Servicios para Miembros también ofrece servicios gratuitos de interpretación de idiomas para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario: de 8AM a 8PM, los 7 días de la semana (del 1 de octubre al 31 de marzo), y de 8AM a 8PM, de lunes a viernes (del 1 de abril al 30 de septiembre)
Fax	1-949-227-3791
Escriba	Champion Health Plan PO Box 15337, Long Beach, CA 90815-9995
Sitio web	www.ChampionHMO.com

Programa de Asesoramiento y Defensa de Seguros de Salud de California (HICAP)

HICAP es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal para brindar asesoramiento local y gratuito sobre seguros médicos a las personas que tienen Medicare.

Método	Información de contacto
Llame	1-800-434-0222
TTY	1-800-735-2929 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
Escriba	2880 Gateway Oaks Dr, STE 200 Sacramento, CA 95833
Sitio web	http://www.aging.ca.gov/hicap/

Declaración de divulgación de la Ley de Reducción de Papel (Paperwork Reduction Act, PRA) *De acuerdo con la Ley de Reducción de Papel de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que esté presente un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (Office of Management and Budget, OMB).*

El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.