Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2027

Evidencia de cobertura para 2027:

Los beneficios y servicios de salud y la cobertura para medicamentos de Medicare como miembro de Mercy Care Advantage (HMO SNP)

Este documento contiene los detalles de su cobertura de salud y para medicamentos de Medicare y el Sistema de Contención de Costos de Atención Médica de Arizona (AHCCCS) (Medicaid) desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2027. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

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

- La prima y el costo compartido de su plan
- Sus beneficios de medicamento con receta.
- Cómo presentar un reclamo si no está conforme con un servicio o tratamiento.
- Cómo comunicarse con nosotros.
- Otras protecciones requeridas por la ley de Medicare.

Si tiene preguntas sobre este documento, llame al Departamento de Servicios para Miembros al 602-586-1730 o al 1-877-436-5288. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Los horarios de atención son de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita.

Este plan, Mercy Care Advantage, es ofrecido por Mercy Care (cuando en esta Evidencia de cobertura se dice “nosotros”, “nos” o “nuestro/a”, se hace referencia a Mercy Care. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a Mercy Care Advantage.

Este documento está disponible sin cargo en español, árabe y vietnamita. Este documento puede estar disponible en otros formatos, como letra grande u otros formatos alternativos. Para obtener más información, llame al Departamento de Servicios para Miembros a los números de teléfono que aparecen arriba.

Los beneficios, deducibles o copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2027.

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

Índice

CAPÍTULO 1: Primeros pasos como miembro 6

SECCIÓN 1 Es miembro de Mercy Care Advantage 6
SECCIÓN 2 Calificación para elegibilidad del plan 7
SECCIÓN 3 Qué debe esperar cuando se inscribe por primera vez en nuestro plan 10
SECCIÓN 4 Materiales importantes para la membresía 11
SECCIÓN 5 Resumen de costos importantes para 2027 13
SECCIÓN 6 Más información sobre la prima mensual del plan 19
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 Información de contacto de Mercy Care Advantage 22
SECCIÓN 2 Obtener ayuda de Medicare 26
SECCIÓN 3 Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP) 28
SECCIÓN 4 Organización para la mejora de la calidad (QIO) 28
SECCIÓN 5 Seguro Social 29
SECCIÓN 6 Medicaid 30
SECCIÓN 7 Programas para ayudar a las personas a pagar los medicamentos con receta 32
SECCIÓN 8 Junta de Jubilación Ferroviaria (RRB) 36
SECCIÓN 9 Obtenga ayuda de las Agencias de Área sobre el Envejecimiento 36

CAPÍTULO 3: Cómo utilizar nuestro plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos 37

SECCIÓN 1 Cómo obtener atención médica y otros servicios como miembro de nuestro plan 37
SECCIÓN 2 Usar proveedores de la red de nuestro plan para obtener atención médica y otros servicios 39
SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios en caso de emergencia, desastre o necesidad urgente de recibir atención 44
SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si se le factura directamente el costo total de los servicios cubiertos? 47
SECCIÓN 5 Servicios médicos en un estudio de investigación clínica 48

SECCIÓN 6 Normas para recibir atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica 50
SECCIÓN 7 Normas para la posesión de equipos médicos duraderos 51

CAPÍTULO 4: Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga) 53

SECCIÓN 1 Cómo comprender los costos que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos 53
SECCIÓN 2 La Tabla de beneficios médicos muestra sus beneficios y costos médicos 55
SECCIÓN 3 Servicios cubiertos fuera de Mercy Care Advantage 106
SECCIÓN 4 Servicios que no están cubiertos por Medicare 107

CAPÍTULO 5: Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos de la Parte D 110

SECCIÓN 1 Normas básicas para la cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro plan 110
SECCIÓN 2 Obtener su receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedidos por correo de nuestro plan 111
SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar en la Lista de medicamentos de nuestro plan 115
SECCIÓN 4 Hay restricciones en la cobertura de ciertos medicamentos 118
SECCIÓN 5 ¿Qué pasa si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera en que usted quisiera? 119
SECCIÓN 6 La “Lista de Medicamentos” puede cambiar durante el año 122
SECCIÓN 7 Tipos de medicamentos que no cubrimos 124
SECCIÓN 8 Cómo surtir una receta 126
SECCIÓN 9 Cobertura para medicamentos de la Parte D en situaciones especiales 126
SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad y administración de los medicamentos 128

CAPÍTULO 6: Lo que usted paga por los medicamentos de la Parte D 131

SECCIÓN 1 Lo que usted paga por los medicamentos de la Parte D 131
SECCIÓN 2 Etapas de pago de medicamentos para los miembros de Mercy Care Advantage 134

SECCIÓN 3 Su Explicación de beneficios de la Parte D explica en qué etapa de pago se encuentra 134
SECCIÓN 4 La Etapa del deducible 136
SECCIÓN 5 La Etapa de cobertura inicial 136
SECCIÓN 6 La Etapa de cobertura en situaciones catastróficas 139
SECCIÓN 7 Lo que paga por las vacunas de la Parte D 139

CAPÍTULO 7: Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura por servicios médicos o medicamentos cubiertos 142

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos la parte que nos corresponde de los servicios cubiertos o medicamentos cubiertos 142
SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que recibió 145
SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y le diremos que sí o no 146

CAPÍTULO 8: Sus derechos y responsabilidades 147

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales..... 147
SECCIÓN 2 Sus responsabilidades como miembro de nuestro plan 160

CAPÍTULO 9: Si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos) 162

SECCIÓN 1 Lo que debe hacer si tiene un problema o una inquietud 162
SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada 163
SECCIÓN 3 Qué proceso utilizar para su problema 164
SECCIÓN 4 Manejo de problemas relacionados con sus beneficios de Medicare 165
SECCIÓN 5 Una guía para las decisiones de cobertura y las apelaciones 165
SECCIÓN 6 Atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación 169
SECCIÓN 7 Medicamentos de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación 178
SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que se le está dando de alta demasiado pronto 189
SECCIÓN 9 Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo algunos servicios médicos si cree que su cobertura está terminando demasiado pronto 194
SECCIÓN 10 Llevar su apelación a los Niveles 3, 4 y 5 199

SECCIÓN 11 Cómo presentar un reclamo sobre la calidad de la atención, los plazos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes 202
SECCIÓN 12 Manejo de problemas relacionados con sus beneficios de Medicaid 205

CAPÍTULO 10: Cancelar la membresía en nuestro plan..... 217
SECCIÓN 1 Finalización de su membresía en nuestro plan 217
SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan? 217
SECCIÓN 3 Cómo finalizar su membresía en nuestro plan 221
SECCIÓN 4 Hasta que finalice su membresía, debe seguir recibiendo sus productos y servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan..... 222
SECCIÓN 5 Mercy Care Advantage debe finalizar su membresía en el plan en ciertas situaciones..... 222

CAPÍTULO 11: Avisos legales 225
SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes vigentes..... 225
SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación 225
SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare..... 226

CAPÍTULO 12: Definiciones..... 229

CAPÍTULO 1:
Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 1 Es miembro de Mercy Care Advantage

Sección 1.1 Está inscrito en Mercy Care Advantage, que es un plan de necesidades especiales de Medicare

Usted tiene cobertura de Medicare y Medicaid.

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

Ha elegido obtener su atención médica de Medicare y su cobertura de medicamentos a través de nuestro plan, Mercy Care Advantage. Nuestro plan cubre todos los servicios de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, los costos compartidos y el acceso a proveedores en nuestro plan difieren de Original Medicare.

Mercy Care Advantage 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 de atención médica especiales. Mercy Care Advantage está diseñado para personas que tienen Medicare y tienen derecho a recibir ayuda de Medicaid.

Debido a que usted recibe ayuda del AHCCCS (Medicaid) para pagar su costo compartido de la Parte A y la Parte B de Medicare (deducibles, copagos y coseguros), es posible que no pague nada por sus servicios de Medicare. El AHCCCS (Medicaid) también ofrece otros beneficios al cubrir servicios de atención médica que generalmente no están cubiertos por Medicare. También recibirá Ayuda adicional de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos de Medicare. Mercy Care Advantage le ayudará a administrar todos estos beneficios, para que obtenga los servicios de salud y la asistencia de pago a los que tiene derecho.

Mercy Care Advantage es administrado por una privada organización. Como todos los planes Medicare Advantage, este Plan de necesidades especiales está aprobado por Medicare. Nuestro plan también tiene un contrato con el programa de Medicaid de Arizona (AHCCCS) para coordinar sus beneficios de Medicaid. Nos complace brindarle cobertura de Medicare, incluida la cobertura para medicamentos.

Sección 1.2 Información legal sobre la *Evidencia de cobertura*

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

El contrato está vigente para los meses en los que esté inscrito en Mercy Care Advantage entre el 1 de enero de 2027 y el 31 de diciembre de 2027.

Cada año calendario, Medicare nos permite realizar cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de Mercy Care Advantage 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) y el AHCCCS (Medicaid) deben aprobar Mercy Care Advantage. Puede seguir obteniendo la cobertura de Medicare cada año como miembro de nuestro plan si decidimos continuar ofreciendo el plan y si Medicare y el AHCCCS (Medicaid) renuevan la aprobación de nuestro plan.

SECCIÓN 2 Calificación para elegibilidad del plan

Sección 2.1 Calificaciones para elegibilidad

Es elegible para ser miembro de nuestro plan siempre y cuando cumpla con todas estas condiciones:

- Tenga la Parte A y la Parte B de Medicare.
- Viva en nuestra área geográfica de servicio (descrita en la Sección 2.3). Las personas encarceladas no se consideran habitantes del 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 la calificación para elegibilidad específica descrita a continuación.

Requisitos especiales de elegibilidad para nuestro plan

Nuestro plan está diseñado para satisfacer las necesidades de las personas que reciben ciertos beneficios de Medicaid. (Medicaid es un programa conjunto del estado y del gobierno federal que brinda ayuda con los costos médicos a determinadas personas con ingresos y recursos limitados). A fin de cumplir los requisitos para nuestro plan, usted debe ser elegible tanto para Medicare como para AHCCCS (Medicaid).

Nota: Si pierde su elegibilidad para el AHCCCS (Medicaid), pero puede esperar razonablemente recuperarla en el plazo de dos meses, sigue siendo elegible para la membresía. En la Sección 2.1 del Capítulo 4, se ofrece información sobre la cobertura y los costos compartidos durante este período.

Sección 2.2 Medicaid

Medicaid es un programa conjunto del estado y del gobierno federal que brinda ayuda con los costos médicos y de atención a largo plazo a determinadas personas con ingresos y recursos limitados. Cada estado decide qué se considera como ingresos y recursos, quién es elegible, qué servicios se cubren y cuál es el costo de los servicios. Los estados también pueden decidir cómo ejecutar su programa, siempre y cuando sigan las pautas federales.

Además, el AHCCCS (Medicaid) ofrece programas para ayudar a las personas a pagar sus costos de Medicare, como las primas de Medicare. Estos Programas de ahorros de Medicare ayudan a las personas con recursos e ingresos limitados a ahorrar dinero todos los años:

- **Beneficiarios calificados de Medicare Plus (QMB+):** Los miembros de esta categoría reciben asistencia de Medicaid con los costos compartidos de Medicare, incluidos deducibles, coseguros y copagos, y también califican para recibir todos los beneficios de Medicaid. La cobertura de los beneficios de Medicaid está determinada por el programa Arizona Medicaid (AHCCCS).

- **Beneficiario de Medicare Plus de Bajos Ingresos Especificados (SLMB+):** Los miembros reciben asistencia de Medicaid con el pago de su prima de la Parte B de Medicare y califican para recibir todos los beneficios de Medicaid. La cobertura de los beneficios de Medicaid está determinada por el programa Arizona Medicaid (AHCCCS).

- **Otros beneficiarios con doble elegibilidad para beneficios completos:** Los miembros de esta categoría califican para recibir todos los beneficios de Medicaid, incluidas las personas elegibles a través de programas como el programa Freedom to Work de Arizona, pero que no cumplen con los criterios para otra categoría del Programa de ahorros de Medicare, como QMB+ o SLMB+. La cobertura de los beneficios de Medicaid está determinada por el programa Arizona Medicaid (AHCCCS).

Sección 2.3 Área de servicio del plan para Mercy Care Advantage

Mercy Care Advantage solo está disponible para las personas que residen en el área de servicio de nuestro plan. Para seguir siendo miembro de nuestro plan, debe continuar viviendo en el área de servicio de nuestro plan. El área de servicio se describe a continuación.

Inscritos en AHCCCS Complete Care (ACC)	Inscritos en la División de Discapacidades del Desarrollo (DDD) del Departamento de Seguridad Económica de Arizona
• Condado de Gila • Condado de Maricopa • Condado de Pinal	• Condado de Apache • Condado de Cochise • Condado de Coconino • Condado de Gila • Condado de Graham • Condado de Greenlee • Condado de La Paz • Condado de Maricopa • Condado de Mohave • Condado de Navajo • Condado de Pima • Condado de Pinal • Condado de Santa Cruz • Condado de Yavapai • Condado de Yuma

Si su plan se traslada a otro estado, debe ponerse en contacto con la oficina de Medicaid de su estado y preguntar si este traslado afectará sus beneficios de Medicaid. Los números de teléfono de Medicaid se encuentran en la Sección 6 del Capítulo 2 de este documento.

Si se muda fuera del área de servicio de nuestro plan, no puede seguir siendo miembro de este plan. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al **602-586-1730** o al **1-877-436-5288** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) para ver si contamos con un plan en su nueva área. Cuando se mude, tendrá un Período de inscripción especial para cambiarse a Original Medicare o inscribirse en un plan de salud o de medicamentos de Medicare en su nueva ubicación.

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

Sección 2.4 Ciudadano o nacional de los EE. UU., o no ciudadano elegible

Para ser miembro de un plan médico de Medicare, debe ser ciudadano o nacional de los EE. UU., o no ciudadano elegible. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificará a Mercy Care Advantage si usted no es elegible para seguir siendo miembro de nuestro plan por este motivo. Mercy Care Advantage debe cancelar su inscripción si no cumple con este requisito.

SECCIÓN 3 Qué debe esperar cuando se inscribe por primera vez en nuestro plan

Sección 3.1 Evaluación de riesgo de salud

Cuando se une por primera vez a nuestro plan, recibirá una evaluación de riesgo de salud (HRA) dentro de los días antes o después de la fecha de inscripción efectiva.

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, cognitivas, psicosociales y funcionales.

Nos pondremos en contacto con usted para realizar la HRA. La HRA puede realizarse por teléfono, por correo o de manera digital. Le enviaremos más información sobre esta HRA. A continuación, nos pondremos en contacto con usted anualmente para informarle de las actualizaciones y determinar si sus necesidades han cambiado.

Sección 3.2 Equipo de atención y plan de salud

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

Usted trabaja con un equipo de atención para crear un plan de salud 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 recibirlos. Incluye sus servicios médicos, de salud conductual o de otro tipo.

Su plan de atención incluye lo siguiente:

- Objetivos de la atención médica.
- Preferencias personales de atención médica.
- Descripción de los servicios específicamente adaptados a sus necesidades.
- Funciones de los cuidadores.
- Identificación de objetivos cumplidos o no cumplidos.
- Sus objetivos de atención médica según sus prioridades.
- Un cronograma para recibir los servicios que necesita.

Su equipo de atención se reúne con usted después de su HRA. Este equipo le pregunta sobre los servicios que necesita. Y también le informan sobre los servicios que puede considerar obtener. Su equipo de atención trabajará con usted para actualizar el plan de salud al menos una vez al año o según sea necesario si hay algún cambio en su estado de salud.

SECCIÓN 4 Materiales importantes para la membresía

Sección 4.1 Tarjeta de membresía de nuestro plan

Use su tarjeta de miembro cada vez que reciba servicios cubiertos por nuestro plan y para los medicamentos con receta que obtenga en las farmacias de la red. Si está inscrito en Mercy Care para sus beneficios de AHCCCS (Medicaid) y en Mercy Care Advantage para sus beneficios de Medicare, solo deberá mostrar su tarjeta de miembro de doble elegibilidad de Mercy Care Advantage cuando reciba servicios cubiertos y medicamentos con receta. Nuestro plan coordinará sus beneficios de Medicare y AHCCCS (Medicaid) por usted. Ejemplo de tarjeta de membresía:



Si está inscrito en Mercy Care Advantage para sus beneficios de Medicare, pero recibe sus beneficios de AHCCCS (Medicaid) de otro plan de salud, tendrá dos tarjetas de miembro. Deberá mostrar su tarjeta de miembro de Mercy Care Advantage cuando reciba beneficios y servicios. También deberá mostrarle su tarjeta de AHCCCS (Medicaid) al proveedor.
A continuación, encontrará un modelo de la tarjeta de miembro para que tenga una idea de cómo será la suya:



NO debe usar la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para obtener los servicios médicos cubiertos mientras sea miembro de este plan. Si utiliza su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de membresía de Mercy Care Advantage, es posible que tenga que pagar el costo completo de los servicios médicos. Guarde su tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Es posible que deba presentarla si necesita servicios hospitalarios, servicios de hospicio o hacerse estudios de investigación clínica aprobados por Medicare (también denominados ensayos clínicos).

Si nuestra tarjeta de membresía del plan se daña, se pierde o se la roban, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **602-586-1730** o **al 1-877-436-5288**. (Los usuarios de TTY deben llamar al **711**) de inmediato y le enviaremos una nueva tarjeta.

Sección 4.2 Directorio de proveedores

En el Directorio de proveedores de **mercycareaz.org/find-a-provider**, se enumeran a nuestros proveedores de la red actuales y proveedores de equipos médicos duraderos. Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de salud, grupos médicos, proveedores de equipos médicos duraderos, hospitales y otros centros de atención médica que han acordado con nosotros aceptar nuestros pagos y cualquier costo compartido del plan como pago pleno.

Debe usar los proveedores de la red para obtener atención y servicios médicos. Si se atiende en otro lado sin la autorización adecuada, deberá pagar el costo total. Las únicas excepciones incluyen emergencias, servicios de urgencia cuando la red no está disponible (es decir, en situaciones en las que es poco razonable o no puede obtener servicios dentro de la red), servicios de diálisis fuera de la red y casos en los que Mercy Care Advantage autoriza el uso de proveedores fuera de la red.

Puede acceder a la lista más actualizada de proveedores y prestadores en nuestro sitio web en **mercycareaz.org/find-a-provider.**

Si no tiene un Directorio de proveedores, puede solicitar una copia (electrónica o impresa) al Departamento de Servicios para Miembros al **602-586-1730** o al **1-877-436-5288**. (Los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los Directorios de proveedores que se requieran en papel se les enviarán por correo en el plazo de 3 días hábiles.

Sección 4.3 Directorio de farmacias

El Directorio de farmacias de **mercycareaz.org/find-a-provider** enumera las farmacias de nuestra red. Las **farmacias de la red** son farmacias que aceptan surtir medicamentos con receta cubiertos para los miembros de nuestro plan. Utilice el *Directorio de farmacias* para encontrar la farmacia de la red que quiera. Para obtener información sobre cuándo puede

utilizar las farmacias que no estén dentro de la red de nuestro plan, consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5.

Si no tiene un *Directorio de farmacias*, puede solicitar una copia al Departamento de Servicios para Miembros al **602-586-1730** o al **1-877-436-5288**. (Los usuarios de TTY deben llamar al **711**). También puede encontrar esta información en nuestro sitio web en **mercycareaz.org/find-a-provider**.

Sección 4.4 Lista de medicamentos (Formulario)

Nuestro plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos* (también llamada Lista de medicamentos o Formulario*).* Indica qué medicamentos con receta están cubiertos por el beneficio de la Parte D en Mercy Care Advantage. Nuestro plan, con la colaboración de médicos y farmacéuticos, selecciona los medicamentos de esta lista. La Lista de medicamentos cumple con todos los requisitos de Medicare. Los medicamentos incluidos en los precios negociados del Programa de negociación de precios de medicamentos de Medicare se incluirán en su Lista de medicamentos, a menos que hayan sido retirados o reemplazados como se describe en la Sección 6 del Capítulo 5. Medicare aprobó la Lista de medicamentos de Mercy Care Advantage.

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

Le daremos una copia de la Lista de medicamentos. Para obtener la información más completa y actualizada sobre qué medicamentos están cubiertos, visite **mercycareaz.org/advantage/materials-forms.html#0** o llame al Departamento de Servicios para Miembros al **602-586-1730** o al **1-877-436-5288**. (Los usuarios de TTY deben llamar al **711**).

SECCIÓN 5 Resumen de costos importantes para 2027

	Sus costos para 2027
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser más alta que esta cantidad. Consulte la Sección 5.1 para obtener detalles.	**$0**

	Sus costos para 2027
Monto máximo que paga de su bolsillo Esto es lo máximo que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Vaya al Capítulo 4, Sección 1 para obtener más detalles).	**$9,850** Si es elegible para la ayuda de costos compartidos de Medicare en virtud de Medicaid, lo más probable es que usted no sea responsable de pagar ningún costo de su bolsillo para el monto máximo que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.
Consultas de atención primaria	**0% o 20% del costo por consulta** Si es elegible para recibir ayuda de costos compartidos de Medicare en virtud del AHCCCS (Medicaid), lo más probable es que pague $0 por visita.
Consultas a especialista en el consultorio	**0% o 20% del costo por consulta** Si es elegible para recibir ayuda de costos compartidos de Medicare en virtud del AHCCCS (Medicaid), lo más probable es que pague $0 por visita.

	Sus costos para 2027
Hospitalizaciones para pacientes internados Incluye varias hospitalizaciones para pacientes internados, como cuidados agudos, rehabilitación y cuidados a largo plazo. La hospitalización como paciente internado comienza el día en que es admitido formalmente con una orden del médico y termina el día antes de que le den el alta.	**Paga un copago de $1676 por la internación en hospital u hospitalización como paciente internado cubierto por Medicare.** Si es elegible para recibir ayuda de costos compartidos de Medicare bajo el Sistema de contención de costos de atención médica de Arizona (AHCCCS) (Medicaid), paga $0 por consulta. Estos son los montos de costo compartido de 2026 y es posible que cambien para el 2027. Mercy Care Advantage le proporcionará las tarifas actualizadas tan pronto como se publiquen.
Cobertura de medicamentos de la Parte D (Vaya al Capítulo 6 para obtener más detalles, incluido el deducible anual, la cobertura inicial y las etapas de cobertura en situaciones catastróficas).	**Deducible de la cobertura de medicamentos de la Parte D: $0** **Copagos durante la Etapa de cobertura inicial:** **Medicamentos de Nivel 1:** **Medicamentos genéricos $0/$1.65/$5.80** **Todos los demás medicamentos: $0/$5.00/$14.40** Etapa de cobertura en situaciones catastróficas: Durante esta etapa de pago, no debe pagar nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D.

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

- Prima del plan (Sección 5.1)
- Prima mensual de la Parte B de Medicare (Sección 5.2)
- Prima de beneficio complementario opcional (Sección 5.3)

- Multa por inscripción tardía de la Parte D (Sección 5.4)
- Monto mensual ajustado relacionado con el ingreso (Sección 5.5)
- Monto del Plan de pago de recetas de Medicare (Sección 5.6)

Sección 5.1 Prima del plan

No es necesario que pague una prima mensual del plan por separado para Mercy Care Advantage.

Sección 5.2 Prima mensual de la Parte B de Medicare

Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare

Algunos miembros deben pagar otras primas de Medicare. Como se explica en la Sección 2 anterior, para ser elegible para nuestro plan, debe mantener su elegibilidad para Medicaid, así como tener tanto la Parte A como la Parte B de Medicare. Para la mayoría de los miembros de Mercy Care Advantage, Medicaid paga la prima de la Parte A (si no califica automáticamente) y la prima de la Parte B.

Si Medicaid no paga sus primas de Medicare por usted, debe continuar pagando sus primas de Medicare para seguir siendo miembro de nuestro plan. Esto incluye la prima de 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 de la Parte D

Dado que usted tiene doble elegibilidad, la multa por inscripción tardía (LEP) no se aplica a usted siempre y cuando mantenga su estado de doble elegibilidad; sin embargo, si lo pierde, es posible que deba pagar una LEP. La multa por inscripción tardía de la Parte D es una prima adicional que debe pagarse por la cobertura de la Parte D si, en algún momento después de que termine su período de inscripción inicial, hay un período de 63 días consecutivos o más en los que usted no tuvo la Parte D o cualquier otra cobertura acreditable para medicamentos. Cobertura para medicamentos con receta acreditable es la cobertura que cumple con los estándares mínimos de Medicare, ya que se espera que cubra, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura estándar para medicamentos con receta de Medicare. El costo de la multa por inscripción tardía dependerá de cuánto tiempo estuvo sin la Parte D o sin otra cobertura para medicamentos con receta acreditable. Generalmente, tendrá que pagar esta multa mientras tenga la cobertura de la Parte D.

No tiene que pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D si sucede lo siguiente:

- Usted recibe Ayuda adicional de Medicare como ayuda para pagar los costos de sus medicamentos.
- Estuvo menos de 63 días consecutivos sin la cobertura de la Parte D u otra cobertura acreditable.

- Tuvo una cobertura de medicamentos acreditable a través de otra fuente (como un empleador anterior, un sindicato, TRICARE o la Administración de Salud de Veteranos [VA]). Su aseguradora o el Departamento de Recursos Humanos le avisarán cada año si su cobertura para medicamentos es una cobertura acreditable. Puede recibir esta información en una carta o en un boletín informativo de ese plan. Conserve esta información, ya que puede necesitarla si se inscribe, en el futuro, en el plan de medicamentos de Medicare.

    - **Nota:** Cualquier carta o aviso debe indicar que tenía una cobertura para medicamentos con receta acreditable que se preveía que pagaría el mismo monto que el plan estándar para medicamentos de Medicare.
    - **Nota:** Las tarjetas de descuento para medicamentos con receta, las clínicas gratuitas y los sitios web de descuentos para medicamentos no son una cobertura acreditable de medicamentos con receta.

Medicare determina el monto de la multa por inscripción tardía de la Parte D. Funciona de la siguiente manera:

- En primer lugar, se cuenta el número de meses completos que se retrasó en la inscripción de un plan de medicamentos de Medicare, después de que fuera elegible para inscribirse. O bien, se cuenta el número de meses completos que no tuvo cobertura acreditable para medicamentos, si la interrupción de la cobertura fue de 63 días o más.
- Luego, Medicare determina el monto de la prima mensual promedio del plan para los planes de medicamentos de Medicare en la nación desde el año anterior (prima base nacional del beneficiario). Para 2027, el monto promedio de la prima es de $41.33.
- Para calcular la multa mensual, Medicare multiplica la cantidad de meses no cubiertos (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 cobertura de la Parte D u otra cobertura acreditable, la multa sería del 14% multiplicado por $41.33, lo que equivale a $5.7862. Que se redondea en $5.79. Esta suma se agregará **a la prima mensual del plan de una persona que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D**. Este monto puede cambiar en 2027.

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

- **La multa puede cambiar cada año** debido a que la prima base nacional del beneficiario puede cambiar cada año.
- **Generalmente, continuará 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 de la Parte D se restablecerá cuando cumpla 65 años. Después de los 65 años, la multa por inscripción tardía de la Parte D se basará solo en los meses en los que no tenga cobertura después del período de inscripción inicial para envejecer en Medicare.

Si no está de acuerdo con la multa por inscripción tardía a la Parte D, usted o su representante pueden solicitar una reconsideración (apelación) de la multa. La reconsideración es llevada a cabo por una organización de revisión independiente que no está relacionada con nosotros. Por lo general, debe solicitar la reconsideración **en el plazo de 60 días** a partir de la fecha de la primera carta que recibió en la que se le informa que debe pagar una multa por inscripción tardía. Sin embargo, si estaba pagando una multa antes de inscribirse en nuestro plan, por lo general no tendrá otra oportunidad para solicitar que se reconsidere esa multa por inscripción tardía.

Sección 5.4 Monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso

Si pierde la elegibilidad para este plan debido a cambios en sus ingresos, algunos miembros deben pagar un cargo adicional para su plan de Medicare, conocido como monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso (IRMAA) de la Parte D. El cargo adicional se calcula usando su ingreso bruto ajustado modificado, como se informó en su declaración de impuestos del Servicio de Impuestos Internos (IRS) de hace 2 años. Si este monto está por encima de cierto monto, pagará el monto estándar de la prima y el IRMAA adicional. Para obtener más información sobre el monto adicional que posiblemente deba pagar conforme a sus ingresos, visite **Medicare.gov/health-drug-plans/part-d/basics/costs.**

Si debe pagar un IRMAA adicional, el Seguro Social, no su plan de Medicare, le enviará una carta en la que se le indicará cuál será ese monto adicional. El monto adicional será retenido de su cheque de beneficios del Seguro Social, de la Junta de jubilación para ferroviarios o de la Oficina de Administración de personal, independientemente de cómo pague siempre su prima del plan, a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir el monto adicional adeudado. Si su cheque de beneficios no es suficiente para cubrir el monto adicional, recibirá una factura de Medicare. **Le debe pagar el IRMAA adicional al gobierno. No se puede pagar con la prima mensual del plan. Si no paga el IRMAA adicional, se cancelará su inscripción en nuestro plan y perderá la cobertura para medicamentos con receta.**

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

Sección 5.5 Monto del Plan de pago de recetas de Medicare

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

La Sección 7 del Capítulo 2 le brinda más información sobre el plan de pago de recetas de Medicare. Si no está de acuerdo con el monto facturado como parte de esta opción de pago, puede seguir los pasos que se indican en el Capítulo 9 para presentar un reclamo o una apelación.

SECCIÓN 6 Más información sobre la prima mensual del plan

Sección 6.1. Su prima mensual del plan no cambiará durante el año

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

Sin embargo, en algunos casos, es posible que pueda dejar de pagar una multa por inscripción tardía, si es que la debe, o es posible que deba comenzar a pagar una multa por inscripción tardía.

- En caso de que deje de recibir Ayuda adicional, deberá pagar la multa por inscripción tardía a la Parte D si cancela su inscripción en el plan y se queda sin la cobertura de la Parte D o sin alguna otra cobertura acreditable de medicamentos durante 63 días consecutivos o más.

Obtenga más información sobre la Ayuda adicional en la Sección 7 del Capítulo 2.

SECCIÓN 7 Mantenga actualizado su registro de membresía del plan

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

Los médicos, hospitales, farmacéuticos y demás proveedores de la red de nuestro plan **utilizan su registro de membresía para saber cuáles son los servicios y medicamentos cubiertos, además de los montos de sus costos compartidos.** Es por ello que es muy importante que nos ayude a mantener actualizada su información.

Si tiene alguno de estos cambios, comuníquese con nosotros:

- Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono
- Cambios en cualquier otra cobertura de salud que tenga (por ejemplo, de su empleador, del empleador de su cónyuge o pareja doméstica, compensación laboral o Medicaid).
- Cualquier reclamación de responsabilidad civil, por ejemplo, por un accidente automovilístico.
- Si ingresa en un hogar de convalecencia.
- Si recibe atención en un hospital o una sala de emergencias que se encuentran fuera del área o fuera de la red.
- Si cambia la parte responsable designada por usted (como un cuidador).
- Si participa en un estudio de investigación clínica (**Nota:** No es obligatorio que informe a nuestro plan sobre los estudios de investigación clínica en los que tenga la intención de participar, pero le recomendamos que lo haga).

Si esta información cambia, infórmenos por teléfono al Departamento de Servicios para Miembros al **602-586-1730** o al **1-877-436-5288**. (Los usuarios de TTY deben llamar al **711**).

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

SECCIÓN 8 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

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

Una vez al año, le enviaremos una carta con una lista de cualquier otra cobertura médica o para medicamentos que conozcamos. Lea atentamente esta información. Si es correcto, no necesita hacer nada. Si la información no es correcta, o si tiene otra cobertura que no está en la lista, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **602-586-1730** o al **1-877-436-5288**. (Los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Es posible que sus otros aseguradores le pidan el número de identificación de miembro de nuestro plan (una vez que haya confirmado su identidad) para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

Cuando usted tiene otro seguro (como otra cobertura de salud grupal del empleador), las normas de Medicare deciden si nuestro plan o su otro seguro paga primero. El seguro que primero paga (el “pagador principal”), paga hasta el máximo de su cobertura. El que paga en

segundo término (el “pagador secundario”), solo paga si quedaron costos sin cubrir de la cobertura principal. Es posible que el pagador secundario no pague todos los costos no cubiertos. Si usted tiene otro seguro, infórmele a su médico, hospital y farmacia.

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

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

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

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

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

CAPÍTULO 2:
Números de teléfono y recursos

SECCIÓN 1 Información de contacto de Mercy Care Advantage

Para obtener ayuda con reclamaciones, facturación o preguntas sobre la tarjeta de miembro, llame o escriba al Departamento de Servicios para Miembros de Mercy Care Advantage. Estaremos encantados de ayudarle.

Departamento de Servicios para Miembros: Información de contacto	
Llame al	**602-586-1730** o **1-877-436-5288** Las llamadas a este número son gratuitas. De 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. El Departamento de Servicios para Miembros también ofrece servicios gratuitos de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	**711** Las llamadas a este número son gratuitas. De 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana.
Por fax	**602-351-2313**
Escriba a	Mercy Care Advantage 4750 S. 44th Place, Suite 150 Phoenix, AZ 85040
Sitio web	**mercycareaz.org**

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

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y la cobertura, o sobre el monto que pagamos por sus servicios médicos o medicamentos de la Parte D. Una apelación es una manera formal de pedirnos 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 medicamentos de la Parte D, consulte el Capítulo 9.

Información de contacto para decisiones de cobertura sobre la atención médica	
Llame al	**602-586-1730** o **1-877-436-5288** Las llamadas a estos números son gratuitas. De 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana.
TTY	**711** Las llamadas a este número son gratuitas. De 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana.
Por fax	**602-351-2313**
Escriba a	Mercy Care Advantage 4750 S. 44th Place, Suite 150 Phoenix, AZ 85040
Sitio web	**mercycareaz.org**

Información de contacto para apelaciones por atención médica	
Llame al	**602-586-1730** o **1-877-436-5288** Las llamadas a estos números son gratuitas. De 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana.
TTY	**711** Las llamadas a este número son gratuitas. De 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana.
Por fax	**602-351-2300**
Escriba a	Mercy Care Advantage Attn: Grievance and Appeals Department 4750 S. 44th Place, Suite 150 Phoenix, AZ 85040

Sitio web	**mercycareaz.org**

Información de contacto para medicamentos de la Parte D en relación con las decisiones de cobertura	
Llame al	**602-586-1730** o **1-877-436-5288** Las llamadas a estos números son gratuitas. De 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana.
TTY	**711** Las llamadas a este número son gratuitas. De 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana.
Por fax	**1-855-230-5544**
Escriba a	Mercy Care Advantage Attn: Part D Coverage Determination 4750 S. 44th Place, Suite 150 Phoenix, AZ 85040
Sitio web	**mercycareaz.org**

Información de contacto para apelaciones sobre los medicamentos de la Parte D	
Llame al	**602-586-1730** o **1-877-436-5288** Las llamadas a estos números son gratuitas. De 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana.
TTY	**711** Las llamadas a este número son gratuitas. De 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana.
Por fax	**1-855-230-5544**
Escriba a	Mercy Care Advantage Attn: Part D Appeals Pharmacy Department 4750 S. 44th Place, Suite 150 Phoenix, AZ 85040
Sitio web	**mercycareaz.org**

Cómo presentar un reclamo sobre su atención médica

Puede presentar un reclamo sobre nosotros o sobre alguno de nuestros proveedores o farmacias de la red, incluso respecto de la calidad de su atención. Este tipo de reclamo no involucra disputas de cobertura o pago. Para obtener más información sobre cómo presentar un reclamo sobre su atención médica, consulte el Capítulo 9.

Información de contacto para reclamos por atención médica	
Llame al	**602-586-1730** o **1-877-436-5288** Las llamadas a este número son gratuitas. De 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana.
TTY	**711** Las llamadas a este número son gratuitas. De 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana.
Por fax	**602-351-2300**
Escriba a	Mercy Care Advantage Attn: Grievance and Appeals 4750 S. 44th Place, Suite 150 Phoenix, AZ 85040 MCA-GA
Sitio web de Medicare	Puede presentar un reclamo sobre Mercy Care Advantage directamente ante Medicare en línea en: **www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx**

Cómo pedirnos 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 una factura del proveedor) que cree que deberíamos pagar, es posible que deba pedirnos un reembolso o el pago de la factura del proveedor. Para obtener más información, consulte el Capítulo 7. No debe pagar los servicios o medicamentos cubiertos por su plan AHCCCS (Medicaid). Si lo hace, no podemos devolverle el dinero. Comuníquese con el número del Departamento de Servicios para Miembros que figura al comienzo de esta sección para obtener más información.

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

Información de contacto para solicitudes de pago	
Llame al	**602-586-1730** o **1-877-436-5288** Las llamadas a este número son gratuitas. De 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana.
TTY	**711** Las llamadas a este número son gratuitas. De 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana.
Por fax	**1-844-910-1530**
Escriba a	Mercy Care Advantage Attn: Enrollment Dept. 4750 S. 44th Place, Suite 150 Phoenix, AZ 85040
Sitio web	**mercycareaz.org**

Información de contacto para solicitudes de pago por los medicamentos de la Parte D	
Llame al	**602-586-1730** o **1-877-436-5288** Las llamadas a este número son gratuitas. De 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana.
TTY	**711** Las llamadas a este número son gratuitas. De 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana.
Por fax	**480-314-6844**
Escriba a	Aetna Pharmacy Management PO Box 52066 Phoenix, AZ 85072-2066
Sitio web	**mercycareaz.org**

SECCIÓN 2 Obtener ayuda de Medicare

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

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

Información de contacto de Medicare	
Llame al	**1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** Las llamadas a este número son gratuitas. Atienden durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	**1-877-486-2048.** Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.
Chat en vivo	Converse en vivo en **Medicare.gov/talk-to-someone**.
Escriba a	Escriba a Medicare a PO Box 1270, Lawrence, KS 66044
Sitio web	**Medicare.gov** • Obtenga información sobre los planes de salud y medicamentos de Medicare en su área, incluido su costo y los servicios que brindan. • Encuentre médicos u otros proveedores de atención médica que participen en Medicare. • Averigüe qué cubre Medicare, incluidos los servicios preventivos (como • pruebas de detección, inyecciones o vacunas, y consultas anuales de “bienestar”). • Obtenga información y formularios de apelaciones de Medicare. • Obtenga información sobre la calidad de la atención brindada por los planes, los hogares de convalecencia, los hospitales, los médicos, las agencias de cuidado médico en el hogar, centros de diálisis, centros de hospicio, centros de rehabilitación para pacientes internados y hospitales de atención a largo plazo. • Busque sitios web y números de teléfono útiles. También puede visitar **Medicare.gov** para informarle a Medicare cualquier reclamo que tenga sobre Mercy Care Advantage. **Para presentar un reclamo ante Medicare,** ingrese en **Medicare.gov/my/medicare-complaint**. Medicare toma sus reclamos seriamente y utilizará esta información para mejorar la calidad del programa de Medicare.

SECCIÓN 3 Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP)

El Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP) es un programa gubernamental con asesores capacitados en todos los estados que ofrece ayuda, información y respuestas gratuitas a sus preguntas sobre Medicare. En Arizona, el SHIP se llama División de Servicios para Personas Adultas y de Edad Avanzada del Departamento de Seguridad Económica.

La División de Servicios para Adultos y Personas de la Tercera Edad del Departamento de Seguridad Económica es un programa estatal independiente (no relacionado con ninguna compañía aseguradora ni plan de salud) que recibe fondos del Gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros de salud, a nivel local y de forma gratuita, a las personas que tienen Medicare.

Los asesores de la División de Servicios para Adultos y Personas de la Tercera Edad del Departamento de Seguridad Económica pueden ayudarlo a que entienda sus derechos en relación con Medicare, a presentar reclamos sobre la atención o el tratamiento médicos y a solucionar problemas con las facturas de Medicare. Los asesores de la División de Servicios para Adultos y Personas de la Tercera Edad del Departamento de Seguridad Económica también pueden ayudarle con preguntas o problemas sobre Medicare y ayudarle a comprender las opciones de los planes de Medicare y a responder preguntas sobre cómo cambiar de plan.

Información de contacto de la División de Servicios para Personas Adultas y de Edad Avanzada del Departamento de Seguridad Económica (SHIP de Arizona)	
Llame al	**602-542-4446** o **1-800-432-4040**
TTY	**711** o **1-800-367-8939**
Escriba a	Department of Economic Security (DES) Division of Aging and Adult Services 1789 W. Jefferson St. Phoenix, AZ 85007
Sitio web	**https://des.az.gov**

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

Una Organización para la mejora de la calidad (QIO) designada atiende a las personas con Medicare en cada estado. En Arizona, la Organización para la mejora de la calidad se llama Livanta.

Livanta está integrado por un grupo de médicos y otros profesionales de salud a los que Medicare les paga por evaluar y ayudar a mejorar la calidad de la atención que se brinda a las personas que tienen Medicare. Livanta es una organización independiente. No tiene ninguna relación con nuestro plan.

Comuníquese con Livanta en cualquiera de estas situaciones:

- Si tiene un reclamo sobre la calidad de la atención que recibió. Algunos ejemplos de problemas relacionados con la calidad de la atención son obtener el medicamento equivocado, pruebas o procedimientos innecesarios o un diagnóstico erróneo.
- Si cree que la cobertura para su hospitalización finaliza demasiado pronto.
- Si cree que la cobertura para atención médica a domicilio, servicios en centros de atención de enfermería especializada o servicios en centros de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) finaliza demasiado pronto.

Información de contacto de Livanta (Organización para la mejora de la calidad de Arizona)	
Llame al	**1-877-588-1123** De 09:00 a. m. a 05:00 p. m., de lunes a viernes. Servicio de correo de voz disponible las 24 horas.
TTY	**1-855-887-6668** Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
Escribir a	Livanta LLC BFCC-QIO 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701-1105
Sitio web	**www.livantaqio.com**

SECCIÓN 5 Seguro Social

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

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

Información de contacto del Seguro Social	
Llame al	**1-800-772-1213** Las llamadas a este número son gratuitas. Atendemos de 08:00 a. m. a 07:00 p. m., de lunes a viernes. Use los servicios telefónicos automáticos del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunas gestiones durante las 24 horas.
TTY	**1-800-325-0778** Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Atendemos de 08:00 a. m. a 07:00 p. m., de lunes a viernes.
Sitio web	**SSA.gov**

SECCIÓN 6 Medicaid

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

En Arizona, el programa de Medicaid se llama Sistema de Contención de Costos de Atención Médica de Arizona (AHCCCS). Mercy Care Advantage es un plan para las personas que están inscritas en Medicare y en AHCCCS (Medicaid).

Mercy Care Advantage es una HMO SNP con un contrato de Medicare Advantage para proporcionar servicios cubiertos de Medicare a beneficiarios de Medicare que estén inscritos en su plan. Mercy Care Advantage cubre todos los servicios cubiertos de Medicare, además de algunos beneficios y servicios no cubiertos por Original Medicare (como servicios dentales preventivos e integrales, servicios de la visión de rutina y exámenes auditivos, entre otros). Debido a que Medicare proporciona cobertura primaria (Medicaid es secundaria), obtendrá la mayor parte de su atención médica a través de Mercy Care Advantage.

Como el proveedor de cobertura secundaria, AHCCCS (Medicaid) puede proporcionar beneficios adicionales no cubiertos por los planes Medicare Advantage. Mercy Care Advantage ayudará a coordinar los servicios cubiertos de AHCCCS (Medicaid) si usted está inscrito en Mercy Care para sus beneficios de AHCCCS (Medicaid). Los miembros inscritos en

otro plan de salud para sus beneficios de AHCCCS (Medicaid) necesitarán contactarse con ese plan.

Si tiene preguntas sobre la ayuda que recibe de Medicaid, comuníquese con AHCCCS (Medicaid) al **602-417-4000** o al **1-800-654-8713**, de 08:00 a. m. a 05:00 p. m., de lunes a viernes (excepto los feriados estatales).

Información de contacto del Sistema de Contención de Costos de Atención Médica de Arizona (AHCCCS)	
Llame al	**602-417-4000** o **1-800-654-8713** 08:00 a. m. a 05:00 p. m., de lunes a viernes (excepto los feriados estatales)
TTY	**1-800-842-6520** Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
Escriba a	AHCCCS Administration 150 N 18th Ave Phoenix, AZ 85007
Sitio web	**www.azahcccs.gov**

La Oficina de Asistencia para Ciudadanos del Defensor del Pueblo de Arizona ayuda a personas inscritas en Medicaid con problemas de servicio o facturación. Pueden ayudarle a presentar una queja o una apelación con nuestro plan.

Información de contacto de la Oficina de Asistencia para Ciudadanos del Defensor del Pueblo de Arizona	
Llame al	**602-277-7292** o **1-800-872-2879** 08:00 a. m. a 05:00 p. m., de lunes a viernes (excepto los feriados estatales)
TTY	**(602) 542-3323 V/TTY**
Escriba a	2020 N. Central Avenue Suite 570 Phoenix, AZ 85004
Sitio web	**www.azoca.gov**

La Oficina del Defensor de los Derechos del Paciente que Recibe Cuidados a Largo Plazo de la División de Servicios para Personas Adultas y de Edad Avanzada de Arizona ayuda a las

personas a obtener información sobre los hogares de convalecencia y a resolver problemas entre los hogares de convalecencia y los residentes o sus familiares.

Información de contacto de la Oficina del Defensor de los Derechos del Paciente que Recibe Cuidados a Largo Plazo de la División de Servicios para Personas Adultas y de Edad Avanzada de Arizona	
Llame al	**602-542-6454** De 08:00 a. m. a 05:00 p. m., de lunes a viernes (excepto los feriados estatales)
TTY	**711**
Escriba a	1789 W. Jefferson Street Mail Drop 6288 Phoenix, AZ 85007
Sitio web	**https://des.az.gov/services/older-adults/long-term-care-ombudsman**

SECCIÓN 7 Programas para ayudar a las personas a pagar los medicamentos con receta

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

Ayuda adicional de Medicare

Debido a que es elegible para Medicaid, califica para la Ayuda adicional de Medicare y la recibe para pagar los costos de su plan de medicamentos con receta. No es necesario que haga nada más para obtener esta Ayuda Adicional.

Si tiene preguntas sobre la Ayuda adicional, llame a los siguientes números:

- Al **1-800-MEDICARE** (**1-800-633-4227**). Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.
- A la Administración del Seguro Social al **1-800-772-1213**, de 08:00 a. m. a 07:00 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-325-0778**.
- Llame a la oficina de Medicaid de su estado al **602-417-4000 o al 1-800-654-8713**.

Si cree que está pagando un monto incorrecto por su medicamento con receta en una farmacia, nuestro plan tiene un proceso para ayudarlo a obtener evidencia de su monto de copago correcto. Si ya tiene evidencia del monto correcto, podemos ayudarlo a compartir esta evidencia con nosotros.

- Debemos aceptar los siguientes documentos como la mejor prueba disponible para confirmar la información de nivel de subsidio por bajos ingresos adecuada para los inscritos en Mercy Care Advantage. Estos documentos pueden ser proporcionados por el inscrito, un farmacéutico, un defensor, un representante, un miembro de la familia u otra persona que actúe en nombre del inscrito; los documentos pueden ser recibidos por correo o fax. Si considera que es elegible para el subsidio por bajos ingresos, pero no puede proporcionar ninguna forma de documentación de mejor prueba disponible tal como se describe abajo, y necesita ayuda para obtener la mejor prueba disponible, contáctese con el Departamento de Servicios para Miembros al número que aparece en su tarjeta de identificación. Nuestra unidad de servicios de inscripción coordinará con Medicare para confirmar su nivel de elegibilidad de bajos ingresos para que podamos actualizar sus registros.

  Si tiene uno de los documentos a continuación, envíe la información por fax o por correo a Mercy Care Advantage a:

  Mercy Care Advantage
  Attn: Inscripción
  4750 S. 44th Place, Suite 150
  Phoenix, AZ 85040
  Fax: **1-844-910-1530**

  Todo documento presentado debe mostrar que su elegibilidad para recibir Medicaid durante un mes, después del mes de junio del año calendario anterior:

  1. copia de la tarjeta de beneficiario de Medicaid que incluye el nombre del beneficiario y la fecha de elegibilidad durante un mes después de junio del año calendario anterior;
  2. copia de un documento del estado que confirme el estado activo en Medicaid durante un mes después de junio del año calendario anterior;
  3. impresión del archivo electrónico de inscripción del estado en el que se muestre su estado en Medicaid durante un mes después de junio del año calendario anterior;
  4. impresión de la pantalla de los sistemas de Medicaid del estado en la que se muestre su estado en Medicaid durante un mes después de junio del año calendario anterior;
  5. otro documento proporcionado por el estado en el que se muestre su estado en Medicaid durante un mes después de junio del año calendario anterior;
  6. una copia de la carta de aprobación de la Administración del Seguro Social (SSA) en el caso de las personas que no se consideren elegibles, pero que soliciten el subsidio por bajos ingresos (LIS) y que sean elegibles para dicho subsidio.

Aceptaremos cualquiera de las formas de prueba de los beneficiarios o farmacéuticos para estableces que un beneficiario está institucionalizado y reúne los requisitos para un costo compartido de cero:

1. Un pago de un centro de atención que muestre el pago de Medicaid para un mes calendario completo del individuo durante un mes después de junio del año calendario anterior.
2. Una copia de un documento del estado que confirme el pago de Medicaid en nombre del individuo al centro de atención para un mes calendario completo después de junio del año calendario anterior.
3. Una impresión de la pantalla del sistema de Medicaid del estado en la que se muestre la situación institucional del individuo, sobre la base de una hospitalización de un mes calendario completo por razones de pago de Medicaid, durante un mes después de junio del año calendario anterior.

- Cuando recibamos las pruebas que demuestren el nivel de copago correcto, actualizaremos nuestro sistema para que pueda abonar el monto de copago correcto cuando obtenga su próximo medicamento con receta. Si el copago que abona es superior a lo que le correspondería pagar, se lo reembolsaremos ya sea con un cheque o con un crédito de copago futuro. Si la farmacia no cobró su copago y usted tiene una deuda, podemos hacer el pago directamente a la farmacia. Si el estado pagó en su nombre, tal vez le paguemos directamente al estado. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al **602-586-1730** o al **1-877-436-5288** (los usuarios de TTY deben 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 los medicamentos con receta, las primas del plan de medicamentos u otros costos de medicamentos. Si se inscribe en un Programa estatal de asistencia farmacéutica (SPAP), la Ayuda adicional de Medicare paga primero.

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

El Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP) ayuda a las personas que tienen VIH/SIDA a acceder a medicamentos contra el VIH que salvan vidas. Los medicamentos de la Parte D de Medicare que también se encuentran en el Formulario del ADAP califican para la ayuda de costo compartido para medicamentos con receta a través del ADAP de Arizona. Para obtener una lista de medicamentos cubiertos, contáctese con el ADAP de Arizona en Arizona Department of Health Services, 150 N. 18th Ave., Phoenix, AZ, 85007. Teléfono: **602-364-3610** o **1-800-334-1540**. **https://adap.directory/arizona**.

Nota: Para ser elegible para el ADAP que funciona en su estado, debe cumplir ciertos criterios, que incluyen el comprobante de residencia del estado y estado del VIH, de ingresos bajos (según lo definido por el estado) y de estado de sin seguro o infraseguro. Si cambia de plan, notifíquele al encargado de inscripción del ADAP para que pueda continuar recibiendo asistencia. Para obtener información acerca de los criterios de elegibilidad, los

medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al **602-364-3610 o al 1-800-334-1540**.

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 para medicamentos actual para ayudarle a administrar los costos que paga de su bolsillo por los medicamentos cubiertos por nuestro plan al distribuirlos a lo largo **del año calendario** (de enero a diciembre). Cualquier persona con un plan de medicamentos de Medicare o un plan de salud con cobertura de medicamentos de Medicare (como un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos) puede usar esta opción de pago. **Esta opción de pago podría ayudarlo a administrar sus gastos, pero no le ofrece descuentos en los costos ni costos más bajos para 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.** La Ayuda adicional de Medicare y la ayuda de su SPAP y ADAP, para aquellos que reúnen los requisitos, son más beneficiosas que la participación en el Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare. Para obtener más información sobre esta opción de pago, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **602-364-3610** o **al 1-800-334-1540** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) o visite **Medicare.gov**.

Información de contacto del Plan de pago de recetas de Medicare	
Llame al	**1-844-843-6264** Las llamadas a este número son gratuitas. Atienden durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana. El Departamento de Servicios para Miembros también ofrece servicios gratuitos de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	**711** Las llamadas a este número son gratuitas, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
Escribir a	Mercy Care Advantage H5580 Medicare Prescription Payment Plan P.O. Box 7 Pittsburgh, PA 15230
Sitio web	**https://www.mercycareaz.org/advantage/part-d.html**

SECCIÓN 8 Junta de Jubilación Ferroviaria (RRB)

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

Junta de jubilación para ferroviarios (RRB) - Información de contacto	
Llame al	**1-877-772-5772** Las llamadas a este número son gratuitas. Presione “0” para hablar con un representante de la RRB de 09:00 a. m. a 03:30 p. m., lunes, martes, jueves y viernes, y de 09:00 a. m. a 12:00 p. m. los miércoles. Presione “1” para acceder a la línea de ayuda automatizada de la RRB y obtener información registrada durante las 24 horas, incluidos fines de semana y días festivos.
TTY	**1-312-751-4701** Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número no son gratuitas.
Sitio web	**https://RRB.gov**

SECCIÓN 9 Obtenga ayuda de las Agencias de Área sobre el Envejecimiento

La Agencia de Área sobre el Envejecimiento (AAA) es una agencia pública o privada sin fines de lucro, designada por el estado para abordar las necesidades e inquietudes de todas las personas mayores a nivel regional y local. Ofrecen servicios en el estado de Arizona. Para obtener más información, llame al **1-888-264-2258** o visite su sitio web en **http://www.aaaphx.org**.

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

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

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

Sección 1.1 Proveedores de la red y servicios cubiertos

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

Sección 1.2 Normas básicas para obtener atención médica y otros servicios que cubrirá nuestro plan

Como un plan de salud de Medicare, Mercy Care Advantage debe cubrir todos los servicios cubiertos por Original Medicare y puede ofrecer otros además de estos en virtud del de la Sección 2 del Capítulo 4.

Mercy Care Advantage cubrirá, por lo general, su atención médica siempre y cuando:

- **La atención que recibe se incluye en la Tabla 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 afección médica, y cumplen con los estándares de práctica médica aceptados.
- **Tenga un proveedor de atención primaria (PCP) de la red que brinde y supervise su atención.** Como miembro de nuestro plan, debe elegir a un PCP de la red (consulte la Sección 2.1 para obtener más información).
    - En la mayoría de los casos, su PCP de la red deberá autorizarlo con antelación (una remisión) antes de que acuda a otros proveedores de la red de nuestro plan, tales como especialistas, hospitales, centros de atención de enfermería especializada o agencias de atención médica a domicilio. Para obtener más información, consulte la Sección 2.3.
    - Las remisiones de su PCP no son necesarias para la atención de emergencia o los servicios de urgencia. Para obtener más información sobre otros tipos de atención que usted puede recibir sin tener la aprobación previa de su PCP, consulte la Sección 2.2.
- **Debe recibir 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 usted debe pagarle al proveedor en su totalidad por los servicios que recibe. Existen 3 excepciones:
    - Nuestro plan cubre la atención de emergencia o los servicios de urgencia que recibe de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información y ver cuáles son los servicios de atención de emergencia o de urgencia, consulte la Sección 3.
    - Si necesita recibir atención médica que Medicare o Medicaid exige que cubra nuestro plan, pero no hay especialistas de nuestra red que brinden esta atención, puede obtenerla de un proveedor fuera de la red al mismo costo compartido que normalmente paga dentro de la red. En esta situación, cubriremos estos servicios como si hubiera recibido la atención de un proveedor de la red. Para obtener información sobre cómo obtener la aprobación para ver a un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.4.
    - Nuestro plan cubre los servicios de diálisis renal que reciba en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando usted está temporalmente fuera del

área de servicio de nuestro plan o cuando su proveedor para este servicio no está disponible o no es posible comunicarse con ellos temporalmente. El costo compartido que paga nuestro plan para diálisis nunca puede ser mayor que el costo compartido en Original Medicare. Si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan y obtiene la diálisis de un proveedor que está fuera de la red de nuestro plan, el costo compartido no puede ser mayor que el costo compartido que paga dentro de la red. Sin embargo, si su proveedor dentro de la red habitual para diálisis no está disponible temporalmente y usted elige obtener servicios dentro de nuestra área de servicio de un proveedor fuera de la red de nuestro plan, su costo compartido para la diálisis puede ser mayor.

SECCIÓN 2 Usar proveedores de la red de nuestro plan para obtener atención médica y otros servicios

Sección 2.1 Debe elegir a un proveedor de atención primaria (PCP) para que brinde y supervise su atención

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

- Cuando es miembro de Mercy Care Advantage, debe elegir a un proveedor del plan para que sea su PCP. El PCP es un médico o profesional de salud que cumple con las exigencias estatales y que está capacitado para brindarle la atención médica básica. Como lo explicamos más adelante, obtendrá atención de rutina o básica de su PCP. Su PCP también coordinará el resto de los servicios cubiertos que se le presten como miembro de nuestro plan. Por ejemplo, si necesita ver a un especialista, generalmente es necesario que su PCP primero lo apruebe (o sea que lo “remita” a un especialista).

- **¿Qué tipo de proveedores pueden actuar como PCP?**

  Mercy Care Advantage considera las siguientes categorías de proveedores como PCP: un médico de familia, de medicina general o de medicina interna.

- **¿Qué función desempeña el PCP en la coordinación de los servicios cubiertos?**

  La coordinación de los servicios cubiertos incluye verificar la atención que recibe y cómo evoluciona, o consultar con otros proveedores del plan sobre esto mismo. Si necesita ciertos tipos de suministros o servicios cubiertos, debe obtener aprobación de su PCP por adelantado (como remitirlo a un especialista).

- **¿Cuál es el rol del PCP en la toma de decisiones o en la obtención de autorización previa, de ser aplicable?**

  Su PCP toma decisiones sobre su atención médica. En algunas situaciones, su PCP deberá obtener la autorización previa (aprobación previa) de Mercy Care Advantage. Dado que el PCP será responsable de brindar y coordinar su atención médica, debe enviar todos sus registros médicos anteriores al consultorio del PCP si es un paciente nuevo.

Cómo elegir un PCP
Si no seleccionó un PCP al momento de la inscripción, le asignaremos un PCP cerca de donde viva. Puede cambiar de PCP en cualquier momento llamando al Departamento de Servicios para Miembros. Puede elegir otro PCP mediante nuestra herramienta de búsqueda en línea del Directorio de proveedores o farmacias disponible en nuestro sitio web en **mercycareaz.org** o si llama al Departamento de Servicios para Miembros para obtener ayuda.

Cómo cambiar de PCP
Usted puede cambiar de PCP por cualquier motivo y en cualquier momento. También existe la posibilidad de que el PCP deje de estar en la red de proveedores de nuestro plan, en cuyo caso usted necesitará elegir a un nuevo PCP.

Si desea cambiar su PCP o le notifican que su PCP dejará nuestra red, puede comunicarse con nuestro Departamento de Servicios para Miembros para obtener ayuda para ubicar y cambiar a un nuevo PCP en su área. Cuando llame, infórmele al Departamento de Servicios para Miembros si está consultando a algún especialista o está recibiendo otros servicios cubiertos que requieran la autorización de su PCP (por ejemplo, servicios de salud a domicilio o equipos médicos duraderos).

El Departamento de Servicios para Miembros se asegurará de que, cuando cambie de PCP, usted pueda seguir recibiendo la atención del especialista así como los demás servicios que estuviese recibiendo. Verificará que el PCP que desea acepte nuevos pacientes. Su cambio de PCP entrará en vigencia el día que lo solicite al Departamento de Servicios para Miembros.

Mercy Care tiene una política de transición de miembros. Coordinamos con Medicare y AHCCCS (Medicaid) para proporcionar aviso oportuno y continuidad de atención a los miembros cuando un proveedor decide dejar la red de nuestro plan. Nuestro proceso de transición ayuda a la administración y transición de sus necesidades de atención médica continuas a otro proveedor de la red. Para obtener más información sobre nuestra política de transición de miembros, contáctese con el Departamento de Servicios para Miembros al número que se encuentra en su identificación de miembro.

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

Puede obtener los servicios que se detallan a continuación sin tener la aprobación de su PCP por adelantado.

- Atención médica de rutina para las mujeres, que incluye exámenes de las mamas, mamografías de detección (radiografías de las mamas), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre y cuando se las administre un proveedor de la red.
- Vacunas antigripales, contra la COVID-19, contra la hepatitis B y contra la neumonía, siempre y cuando se las administre un proveedor de la red.
- Servicios de emergencia proporcionados por proveedores de la red o por proveedores fuera de la red.
- Los servicios de urgencia cubiertos por el plan son servicios que requieren atención médica inmediata (pero no una emergencia) si usted está temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o si no es razonable, teniendo en cuenta su tiempo, el lugar y las circunstancias, recibir este servicio de proveedores de la red. Algunos ejemplos de servicios de urgencia son las enfermedades y lesiones imprevistas o las exacerbaciones inesperadas de afecciones existentes. Las consultas con proveedores de rutina médicamente necesarias (como los controles anuales) no se consideran de urgencia, incluso si usted se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o nuestra red del plan no está disponible temporalmente.
- 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. Si es posible, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **602-364-3610** o al **1-800-334-1540** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) antes de salir del área de servicio para que podamos ayudarlo a organizar una diálisis de mantenimiento mientras está fuera.
- Los miembros de Mercy Care Advantage no necesitan una remisión o autorización previa para acceder a los beneficios dentales, de la vista o de la audición complementarios de MCA cubiertos por los proveedores de la red.

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

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

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

Cuando su PCP crea que usted necesita tratamiento especializado, este le dará una remisión para ver a un especialista de la red u otro proveedor. Una remisión también puede darse para un laboratorio u hospital, para ciertos servicios para pacientes externos, etc. Si hay un especialista específico en la red de Mercy Care Advantage que usted desee usar, hable primero con su PCP para que pueda darle una remisión u obtener autorización previa si la necesita.

Si obtiene una remisión para ver a un especialista por servicios cubiertos y el especialista quiere que usted regrese para recibir más atención, pregunte si necesita una remisión nueva de su PCP antes de recibir más servicios. Si necesita una remisión nueva, el especialista tendrá que llamar a su PCP para solicitar una remisión nueva para cubrir más consultas.

En algunas situaciones, es posible que su PCP necesite obtener la aprobación previa de Mercy Care Advantage. Esto se denomina obtener una “autorización previa”. El consultorio de su PCP puede consultar con el plan de salud para verificar si un servicio requiere autorización previa. Consulte la Sección 2 del Capítulo 4 para obtener información sobre los servicios que requieren autorización previa. Si se requiere autorización previa, su PCP o especialista debe enviar esta solicitud al plan de salud para su revisión. En la solicitud, se debe incluir información que fundamente el motivo por el cual usted necesita el servicio. La solicitud se revisará dentro de los plazos exigidos por Medicare.

Le notificaremos la decisión del plan por escrito. Si se deniega la solicitud, el aviso que le enviemos explicará sus derechos de apelación de Medicare. Si recibe ciertos servicios antes de recibir la autorización previa, ni Mercy Care Advantage ni Original Medicare pagarán los servicios.

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

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

- A pesar de que nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare exige que usted tenga acceso ininterrumpido a los médicos y especialistas calificados.
- Le notificaremos que su proveedor dejará nuestro plan para que tenga tiempo de elegir un proveedor nuevo.
    - Si su proveedor de atención primaria o de salud conductual deja nuestro plan, le notificaremos si visitó a ese proveedor en los últimos 3 años.
    - Si alguno de sus otros proveedores deja nuestro plan, le notificaremos si usted tiene asignado ese proveedor, actualmente recibe atención de ese proveedor o consultó a ese proveedor en los últimos 3 meses.
- Le ayudaremos a elegir un nuevo proveedor calificado dentro de la red para recibir atención continua.
- Si está realizando un tratamiento médico o alguna terapia con su proveedor actual, tiene derecho a solicitar continuar recibiendo el tratamiento o las terapias médicamente necesarias. Trabajaremos con usted para que pueda seguir recibiendo atención.
- Le proporcionaremos información sobre los períodos de inscripción disponibles y las opciones que puede tener para cambiar de plan.
- Cuando un beneficio o un proveedor de la red no estén disponibles o no sean adecuados para satisfacer sus necesidades médicas, organizaremos cualquier beneficio cubierto médicamente necesario fuera de nuestra red de proveedores con costos compartidos dentro de la red. Su PCP deberá obtener un formulario de autorización previa de Mercy Care Advantage para remitirlo a usted a un especialista fuera de la red para recibir tratamiento.
- Si se entera de que su médico o especialista dejará nuestro plan, póngase en contacto con nosotros para que podamos ayudarlo a elegir un nuevo proveedor para 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 está siendo administrada adecuadamente, tiene derecho a presentar un reclamo sobre la calidad de la atención ante la QIO, una queja sobre la calidad de la atención a nuestro plan, o ambas (consulte el Capítulo 9).

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

Si elige consultar a un proveedor fuera de la red sin una remisión de su PCP o una autorización previa del plan, debe pagar los servicios excepto en situaciones limitadas (por ejemplo, atención de emergencia o servicios de urgencia o servicios de diálisis cuando viaja fuera del área de servicio del plan). Ni este plan ni Original Medicare pagará por estos servicios.

Si necesita recibir atención médica que Medicare exige que nuestro plan cubra y los proveedores de nuestra red no pueden brindar, el plan debe coordinar que usted obtenga esta atención de un proveedor fuera de la red. Usted o su PCP deben obtener autorización previa del plan antes de que usted reciba servicios de un proveedor fuera de la red. Para recibir información acerca de cómo obtener aprobación para consultar a un proveedor fuera de la red, hable con su PCP o comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros al **602-586-1730** o al **1-877-436-5288** (TTY **711**). Los representantes están disponibles de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana.

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

Sección 3.1 Obtenga atención si tiene una emergencia médica

Una **emergencia médica** es cuando usted o cualquier persona prudente, con un conocimiento promedio de salud y medicina, creen que presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar perder la vida (y, si es una mujer embarazada, la pérdida de un niño no nacido), la pérdida de una extremidad o de la función de una extremidad, o la pérdida o discapacidad grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección que se agrava rápidamente.

Si tiene una emergencia médica:

- **Busque ayuda lo más rápido posible.** Llame al 911 para pedir ayuda o acuda a la sala de emergencias u hospital más cercano. Pida una ambulancia por teléfono si la necesita. No necesita obtener primero una aprobación o una remisión de su PCP. No es necesario que use un médico de la red. Usted puede obtener atención médica de emergencia cubierta cuando lo necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios, y de cualquier proveedor con una licencia estatal apropiada, incluso si no forma parte de nuestra red.

- **Asegúrese lo antes posible de que le hayan avisado al plan acerca de la emergencia.** Necesitamos hacer el seguimiento de la atención de emergencia que reciba. Usted o alguna otra persona debe llamarnos para avisarnos sobre la atención de emergencia, por lo general, en el plazo de 48 horas. Llame a nuestro Departamento de Servicios para Miembros de Mercy Care Advantage al número que aparece al reverso de su tarjeta de identificación (ID).

Servicios cubiertos en una emergencia médica

La atención médica de emergencia recibida fuera de los Estados Unidos y sus territorios no está cubierta por Mercy Care Advantage, Original Medicare o AHCCCS (Medicaid).

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

Los médicos que le brinden atención de emergencia decidirán cuándo su afección es estable y cuándo termina la emergencia médica.

Una vez que termine la emergencia, tiene derecho a recibir atención de seguimiento para garantizar que su afección continúe estable. Sus médicos seguirán tratándolo hasta que se comuniquen con nosotros y hagamos planes para recibir atención adicional. El plan cubre la atención de seguimiento.

Si recibe atención de emergencia por parte de proveedores fuera de la red, intentaremos que los proveedores de la red se hagan cargo de su atención tan pronto como su afección médica y las circunstancias lo permitan.

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

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

No obstante, una vez que el médico diga que no se trataba de una emergencia, cubriremos la atención adicional *solo* si la recibe de alguna de estas 2 formas:

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

Sección 3.2 Obtenga atención ante una necesidad urgente de recibir servicios

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

Para buscar un centro de atención de urgencia en su área, utilice nuestra herramienta de búsqueda en línea del Directorio de proveedores/farmacias disponible en nuestro sitio web en **mercycareaz.org** o llame a nuestro Departamento de Servicios para Miembros de Mercy Care Advantage al número que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación (ID) para obtener ayuda.

Nuestro plan no cubre servicios de emergencia, servicios de urgencia o cualquier otro servicio que reciba fuera de los Estados Unidos y sus territorios.

Sección 3.3 Obtenga atención durante un desastre

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

Visite **mercycareaz.org** para obtener información sobre cómo recibir la atención necesaria durante un desastre.

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

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

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

Sección 4.1 Si los servicios no están cubiertos por nuestro plan

Mercy Care Advantage cubre todos los servicios médicamente necesarios, como se detalla en la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4. Si recibe servicios que no están cubiertos por nuestro plan, o si recibe servicios fuera de la red sin autorización que no son servicios de emergencia o urgencia, usted es responsable de pagar el costo total de tales servicios.

Para los servicios cubiertos que tienen un límite de beneficios, usted también paga el costo total de los servicios que reciba después de usar la totalidad del beneficio para ese tipo de servicio cubierto.

Su plan AHCCCS (Medicaid) cubrirá el costo de los servicios cubiertos de AHCCCS (Medicaid) y pagará sus montos de coseguro, deducible y copago de Medicare a sus médicos. No debe pagar sus copagos porque es posible que no podamos reembolsárselos. Consulte su Manual para miembros de AHCCCS (Medicaid) para ver información sobre los costos compartidos y los servicios cubiertos por AHCCCS (Medicaid).

Usted es responsable de pagar el costo total de los servicios que no están cubiertos por nuestro plan o AHCCCS (Medicaid), servicios que fueron obtenidos fuera de la red y no fueron autorizados y no están relacionados con una situación de emergencia, o servicios de urgencia o servicios de diálisis cuando viaja fuera del área de servicio del plan. Es importante que hable con su médico antes de recibir cualquier servicio que no esté cubierto.

Para los servicios cubiertos que tienen un límite de beneficios, también paga el costo total de los servicios que reciba después de haber utilizado la totalidad del beneficio para ese tipo de servicio cubierto. Si alcanza un límite de beneficios y debe pagar de su bolsillo, los costos que pague pueden aplicarse al máximo de bolsillo anual de su plan.

SECCIÓN 5 Servicios médicos en un estudio de investigación clínica

Sección 5.1 ¿Qué es un estudio de investigación clínica?

Un estudio de investigación clínica (también denominado un *estudio clínico*) es una manera que tienen los médicos y científicos de probar nuevos tipos de atención médica; por ejemplo, para averiguar la eficacia de un nuevo medicamento contra el cáncer. Ciertos estudios de investigación clínica están aprobados por Medicare. Los estudios de investigación clínica aprobados por Medicare normalmente solicitan voluntarios para participar en el estudio. Mientras participa en un estudio de investigación clínica, puede seguir inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo la atención restante (la atención que no esté relacionada con el estudio) a través de nuestro plan.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Original Medicare paga la mayor parte de los costos por los servicios cubiertos que reciba usted como parte del estudio. Si nos comunica que participa en un ensayo clínico calificado, usted es responsable solo del costo compartido dentro de la red por los servicios que se realizan en ese ensayo. Si usted paga más, por ejemplo, si ya pagó el monto de costo compartido de Original Medicare, le reembolsaremos la diferencia entre lo que pagó y el costo compartido dentro de la red. Deberá proporcionarnos la documentación para demostrarnos cuánto pagó.

Si quiere participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, no es necesario que nos lo informe ni que el plan o el PCP lo aprueben. No es necesario que los proveedores que le brindan atención como parte del estudio de investigación clínica formen parte de la red de nuestro plan. (Esto no se aplica a los beneficios cubiertos que requieren un ensayo clínico o un registro para evaluar el beneficio, incluidos ciertos beneficios que requieren cobertura con desarrollo de evidencia [NCD-CED] y estudios de exenciones sobre dispositivos de 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 los ensayos clínicos calificados por Medicare.

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

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

Una vez que se inscribe en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, Original Medicare cubre los productos y servicios de rutina que reciba como parte del estudio de investigación, incluidos los siguientes:

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

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

> Ejemplo de costo compartido en un ensayo clínico: Supongamos que tiene un análisis de laboratorio que cuesta $100, como parte del estudio de investigación. Su parte de los costos para este análisis es de $20 según Original Medicare, pero el análisis sería de $10 conforme a nuestro plan. En este caso, Original Medicare pagaría $80 por el análisis y usted pagaría el copago de $20 requerido por Original Medicare. Le notificaría a nuestro plan que recibió un servicio de ensayo clínico calificado y enviaría la documentación (como una factura del proveedor) a nuestro plan. Nuestro plan le pagaría directamente $10. Esto hace que su pago neto para la prueba sea de $10, el mismo monto que pagaría según los beneficios de nuestro plan.

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

- Por lo general, Medicare no pagará los productos o servicios nuevos que se estén evaluando en el estudio, a menos que Medicare cubriera dicho producto o servicio incluso si usted no participara en un estudio.
- Los productos o servicios que se proporcionen solo para recabar datos y que no se utilicen en su atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no cubriría las

tomografías computadas (CT) mensuales que se realicen como parte del estudio si su afección médica normalmente requiriese una sola CT.

- Los productos y servicios proporcionados por los patrocinadores de la investigación son gratuitos para las personas que participan en el ensayo.

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

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

SECCIÓN 6 Normas para 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 médica no médica es un centro que provee atención médica para una afección que normalmente se trataría en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o centro de atención de enfermería especializada va en contra de las creencias religiosas de un miembro, cubriremos en su lugar la atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica. Este beneficio se brinda solo para los servicios para pacientes internados de la Parte A (servicios de atención no médica).

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

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

- El tratamiento o la atención médica que **no estén exceptuados** hacen referencia al tratamiento o a la atención médica que son voluntarios y que no son obligatorios según la legislación federal, estatal o local.
- El tratamiento médico **exceptuado** es el tratamiento o la atención médica que no se consideran voluntarios o que son obligatorios según la legislación federal, estatal o local.

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

- El centro que brinde atención debe estar certificado por Medicare.
- Nuestro plan solo cubre aspectos no religiosos de la atención.
- Si obtiene servicios de esta institución que se ofrecen en un centro, se aplicarán las siguientes condiciones:
  - Debe tener una afección médica que le permitiría recibir los servicios cubiertos correspondientes a la atención para pacientes internados en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada.
  - Además, debe obtener la aprobación de nuestro plan por adelantado antes de que lo ingresen en el centro o, de lo contrario, su hospitalización no estará cubierta.

Se aplican límites en la cobertura de la atención para pacientes internados en un hospital de Medicare. Para obtener más información, consulte la tabla de beneficios en el Capítulo 4.

SECCIÓN 7 Normas para la posesión de equipos médicos duraderos

Sección 7.1 Usted no podrá quedarse con ningún equipo médico duradero después de haber realizado cierta cantidad de pagos dentro de nuestro plan

El equipo médico duradero (DME) incluye productos como suministros y equipos de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, sistemas de colchones eléctricos, muletas, suministros para la diabetes, dispositivos para la generación del habla, bombas de infusión intravenosa, nebulizadores y camas de hospital recetadas por un proveedor para usar en el hogar. El miembro siempre será dueño de algunos productos de DME, como prótesis. Deberá alquilar otros tipos de DME.

En Original Medicare, las personas que alquilan ciertos tipos de DME pueden quedarse con dichos equipos después de pagar el copago del producto durante 13 meses. **Como miembro de Mercy Care Advantage, por lo general no tendrá posesión de los DME alquilados, independientemente de la cantidad de copagos que haga por el producto mientras sea miembro de nuestro plan.** No tendrá posesión, incluso si realizó hasta 12 pagos consecutivos por el producto de DME en Original Medicare antes de inscribirse en nuestro plan. En algunas circunstancias limitadas, le transferiremos la propiedad del producto de DME. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al **602-364-3610** o al **1-800-334-1540** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) para obtener más información.

¿Qué sucede con los pagos que realizó por los equipos médicos duraderos si se cambia a Original Medicare?

Si no obtuvo la propiedad del DME mientras estuvo en nuestro plan, deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos después de que cambie a Original Medicare para adquirir la propiedad del producto. Los pagos que realizó mientras estuvo en nuestro plan no cuentan para estos 13 pagos consecutivos.

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

Ejemplo 2: realizó 12 o menos pagos consecutivos por el producto en Original Medicare y luego se unió a nuestro plan. Si no recibió la propiedad del producto mientras estuvo en nuestro plan. Luego, regresa a Original Medicare. Deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos para tener la posesión del producto una vez que se vuelva a unir a Original Medicare. Todos los pagos que ya haya hecho (ya sea a nuestro plan o a Original Medicare) no cuentan.

Sección 7.2 Normas para equipos de oxígeno, suministros y mantenimiento

Si califica para la cobertura de equipos de oxígeno de Medicare, Mercy Care Advantage cubrirá lo siguiente:

- Alquiler de equipos de oxígeno
- Entrega de oxígeno y contenido de oxígeno
- Tubos y accesorios de oxígeno relacionados para la entrega de oxígeno y contenidos de oxígeno
- Mantenimiento y reparación de equipos de oxígeno

Si usted deja Mercy Care Advantage o el equipo de oxígeno ya no es médicamente necesario, debe devolver el equipo.

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

Original Medicare requiere que un proveedor de oxígeno le brinde servicios durante 5 años. Durante los primeros 36 meses usted alquila el equipo. Durante los 24 meses restantes, el proveedor proporciona el equipo y el mantenimiento (usted sigue siendo responsable de los costos compartidos correspondientes para el oxígeno). Después de 5 años puede elegir quedarse con la misma compañía o ir 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 el copago durante los primeros 36 meses. Si se une o abandona nuestro plan, el ciclo de 5 años comienza de nuevo.

CAPÍTULO 4:
Tabla de beneficios médicos
(lo que está cubierto y lo que usted paga)

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

La Tabla de beneficios médicos enumera los servicios cubiertos y detalla cuánto deberá pagar por cada servicio cubierto como miembro de Mercy Care Advantage. En esta sección también se brinda información sobre los servicios médicos que no están cubiertos y se explican los límites de ciertos servicios.

Sección 1.1 Gastos de bolsillo que puede pagar por los servicios cubiertos

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

- **Copago:** El monto fijo que paga cada vez que recibe ciertos servicios médicos. El copago se abona en el momento en que recibe el servicio médico. (La Tabla de beneficios médicos le brinda más información sobre sus copagos).
- **Coseguro:** El porcentaje que paga del costo total de ciertos servicios médicos. El coseguro se paga en el momento en que recibe el servicio médico. (La Tabla de beneficios médicos le brinda más información sobre su coseguro).

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

Nota: Debido a que nuestros miembros también reciben ayuda de Medicaid, muy pocos miembros alcanzan este máximo de gastos que usted paga de su bolsillo. Si es elegible para la ayuda de costos compartidos de Medicare en virtud del AHCCCS (Medicaid), lo más probable es que usted no sea responsable de pagar ningún costo de su bolsillo para el monto máximo que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.

Los planes Medicare Advantage tienen límites en el monto que debe pagar de su bolsillo cada año por los servicios médicos que están cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Este límite se denomina monto máximo que paga de su bolsillo (MOOP) por servicios médicos. **Para el año calendario 2027, el MOOP es de $9,850.**

Los montos que paga por los copagos y los coseguros relativos a los servicios cubiertos se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo. Los montos que paga por los medicamentos de la Parte D no cuentan para el monto máximo que usted paga de su bolsillo. Si alcanza el monto máximo que paga de su bolsillo de $9,850, ya no deberá pagar más costos de su bolsillo durante el resto del año por servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B. No obstante, debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid o cualquier otro tercero pague su prima de la Parte B).

Sección 1.3 Los proveedores no pueden facturarle saldos

Como miembro de Mercy Care Advantage, usted tiene una protección importante porque solo tiene que pagar el monto de su costo compartido cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. Los proveedores no pueden agregar cargos adicionales, lo que se denomina **facturación de saldos**. Esta protección se aplica incluso si le pagamos al proveedor un monto inferior a lo que el proveedor cobra por un servicio, incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.

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

- Si su costo compartido es un copago (una cantidad determinada de dinero, por ejemplo, $15.00), usted paga solo ese monto por cualquier servicio cubierto de un proveedor de la red.
- Si su costo compartido es un coseguro (un porcentaje de los cargos totales), nunca paga más que ese porcentaje. Sin embargo, su costo depende del tipo de proveedor:
    - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor de la red, paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tarifa de reembolso de nuestro plan (esto se establece en el contrato entre el proveedor y nuestro plan).
    - Si obtiene servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red y que participa en Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores participantes. (Nuestro plan cubre servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, por ejemplo, cuando tiene una remisión o para servicios de urgencia o emergencias).

- Si obtiene servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red y que no participa en Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores participantes. (Nuestro plan cubre servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, por ejemplo, cuando tiene una remisión o para servicios de urgencia o emergencias fuera del área de servicio).

- Si cree que un proveedor le ha facturado saldos, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **602-586-1730** o al **1-877-436-5288** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**).

No permitimos que los proveedores le facturen los servicios cubiertos. Les pagamos directamente a nuestros proveedores y lo protegemos a usted de cualquier cargo. Esto es así incluso si le pagamos al proveedor un monto inferior a lo que el proveedor cobra por un servicio. Si recibe una factura de un proveedor, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **602-586-1730** o al **1-877-436-5288** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**).

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

La Tabla de beneficios médicos en las páginas siguientes enumera los servicios que cubre Mercy Care Advantage 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 descritos en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos solo cuando se cumple con los siguientes requisitos de cobertura:

- Sus servicios cubiertos por Medicare y AHCCCS (Medicaid) deben proporcionarse conforme a las pautas de cobertura de Medicare y AHCCCS (Medicaid).
- Sus servicios (incluida la atención médica, los servicios, los suministros, los equipos y los medicamentos de la Parte B) deben ser médicamente necesarios. Médicamente necesario significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.
- Para nuevos inscritos, el plan de atención coordinada de Medicare Advantage (MA) debe brindar un período de transición de 90 días como mínimo. Durante este tiempo, es posible que el plan MA no requiera autorización previa para ningún curso de tratamiento activo, incluso si el curso de tratamiento era por un servicio que comenzó con un proveedor fuera de la red.

- Usted recibe atención por parte de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, la atención que reciba de un proveedor fuera de la red no estará cubierta a menos que se trate de atención de emergencia o urgencia, o a menos que nuestro plan o un proveedor de la red le haya dado una remisión. Esto significa que usted le paga al proveedor en su totalidad por los servicios fuera de la red que recibe.
- Usted tiene un proveedor de atención primaria (un PCP) que brinda y supervisa su atención. En la mayoría de los casos, su proveedor de atención primaria (PCP) deberá autorizarlo con antelación (una remisión) antes de que acuda a otros proveedores de la red de nuestro plan.
- Algunos servicios mencionados en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos solo si su médico u otro proveedor de la red obtienen nuestra aprobación por adelantado (esto suele denominarse autorización previa). Los servicios cubiertos que deben aprobarse por adelantado están marcados en la Tabla de beneficios médicos en negrita y cursiva.
- Si su plan de atención coordinada proporciona aprobación de una solicitud de autorización previa para un curso de tratamiento, la aprobación debe ser válida durante el tiempo en que sea médicamente razonable y necesaria para evitar interrupciones en la atención según los criterios de cobertura, su historia clínica y las recomendaciones del proveedor tratante.

Otra información importante que debe saber sobre su cobertura:

- Está cubierto tanto por Medicare como por AHCCCS (Medicaid). Medicare cubre atención médica y medicamentos con receta. El AHCCCS (Medicaid) cubre su costo compartido para servicios de Medicare, lo que incluye asistencia con su costo compartido de la Parte A y la Parte B de Medicare (copagos y coseguros). El AHCCCS (Medicaid) también cubre servicios que Medicare no cubre, como atención a largo plazo, medicamentos de venta libre, servicios domiciliarios y comunitarios, u otros servicios exclusivos de Medicaid.
- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Original Medicare. (Si desea obtener información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual *Medicare & You 2027* [Medicare y usted para 2027]. Consúltelo en línea en **Medicare.gov** o pida una copia por teléfono al **1-800-MEDICARE** (**1-800-633-4227**). Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.
- Para los servicios preventivos que están cubiertos sin costo por Original Medicare, nosotros también cubrimos los servicios sin costo para usted. No obstante, si también recibe tratamiento o se somete a un control debido a una afección médica existente durante la consulta en la que recibe el servicio preventivo, se aplicará un copago por la atención recibida para tratar dicha afección médica existente.

- Si Medicare agrega cobertura para algún nuevo servicio durante el año 2027, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.
- La siguiente tabla de beneficios describe los beneficios y los costos compartidos de Medicare para el plan Mercy Care Advantage. A continuación de la tabla de beneficios de Mercy Care Advantage encontrará una tabla que describe los beneficios y servicios cubiertos por AHCCCS (Medicaid) y el nivel de su costo compartido de Medicare según su elegibilidad para AHCCCS (Medicaid).
- Si pierde su elegibilidad para el AHCCCS (Medicaid), pero se espera que la recupere dentro de los dos meses, continuaremos proporcionándole todos los beneficios de Medicare cubiertos por el plan Medicare Advantage. No obstante, durante este período, no seguiremos cubriendo los beneficios de Medicaid que estén incluidos en el plan estatal del AHCCCS (Medicaid) aplicable ni pagaremos las primas o el costo compartido de Medicare de los que, de otra manera, el estado sería responsable si no hubiera perdido su elegibilidad para Medicaid. El monto que paga por los servicios cubiertos por Medicare puede aumentar durante este período.

Si es elegible para la ayuda de costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, usted no paga ninguno de los servicios mencionados en la Tabla de beneficios médicos, siempre y cuando cumpla los requisitos de cobertura que se describen arriba.

Información importante sobre beneficios para los inscritos con afecciones crónicas

- Si le diagnostican alguna de las afecciones crónicas indicadas a continuación y cumple determinados criterios, podría ser elegible para recibir beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas.
    - Diabetes, demencia, insuficiencia cardíaca, enfermedad vascular, VIH/SIDA, estado de diálisis, enfermedad hepática terminal y cáncer.
    - Si califica para una de las afecciones crónicas, también debe calificar como miembro con una “enfermedad crónica” según lo definido por las regulaciones de CMS y los criterios de cobertura de nuestro plan para Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (SSBCI).
- Para obtener más detalles, consulte la fila Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas en la Tabla de beneficios médicos a continuación.
- Comuníquese con nosotros para averiguar exactamente para qué beneficios puede ser elegible.

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

*AHCCCS (Medicaid) puede pagar su deducible, coseguro o copago según su nivel de elegibilidad. Consulte la tabla del AHCCCS (Medicaid) que comienza en la página 90.

Tabla de beneficios médicos

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal Una ecografía de detección por única vez para las personas en riesgo. Nuestro plan solo cubre esta prueba de detección si usted tiene ciertos factores de riesgo y recibe una remisión de parte de su médico, auxiliar médico (PA), profesional en enfermería (NP) o especialista en enfermería clínica (CNS).	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para esta prueba de detección preventiva.
Acupuntura para dolor crónico en la región lumbar Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: Se cubren hasta 12 consultas en 90 días en las siguientes circunstancias: A efectos de este beneficio, el dolor crónico en la región lumbar se lo define de la siguiente manera: • Dura 12 semanas o más. • Que no sea específico, es decir, no tiene una causa sistémica identificable (p. ej., no está asociado con una enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.). • No se relacionan con una cirugía • No se asocian con un embarazo. Se cubrirán 8 sesiones adicionales para pacientes que demuestren mejoras. No se pueden administrar más de 20 tratamientos de acupuntura por año. Se debe interrumpir el tratamiento si el paciente no mejora o tiene un retroceso. **Requisitos de proveedores:** Los médicos pueden brindar acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales aplicables. Los auxiliares médicos (PA), los profesionales en enfermería (NP)/especialistas en enfermería clínica (CNS) y el personal auxiliar pueden proporcionar servicios de acupuntura si	0% o 20% del costo por los servicios de acupuntura cubiertos por Medicare.* Este servicio tiene un deducible de $283 de la Parte B de Medicare para cierto tipo de servicios cubiertos por Medicare, tal como se describe en la Sección 1.2 de este Capítulo. Estos son los montos de costos compartidos de 2026 y es posible que cambien para 2027. Mercy Care Advantage proporcionará tarifas actualizadas tan pronto como se publiquen.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
cumplen con todos los requisitos estatales pertinentes y tienen lo siguiente: • Un título de maestría o doctorado en acupuntura o medicina oriental de una institución 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 mancomunidad (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos o del Distrito de Columbia. El personal auxiliar que proporcione acupuntura debe estar bajo el nivel adecuado de supervisión de un médico, PA o NP/CNS, requerido por nuestras regulaciones. ***Los servicios pueden requerir autorización previa o una remisión de su médico.***	
Servicios de ambulancia Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sea para una situación de emergencia o que no sea de emergencia, incluyen servicios de ambulancia terrestre y aérea con aeronaves de ala fija o rotatoria hasta el centro apropiado más cercano que puede brindar atención solo si se trata de un miembro cuya afección médica es tal que cualquier otro medio de transporte podría poner en peligro la salud de la persona o si está autorizado por el plan. Si los servicios de ambulancia cubiertos no son para una situación de emergencia, se debe documentar que la afección del miembro es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro la salud de la persona y que el traslado en ambulancia es médicamente necesario.	0% o 20% del costo para los beneficios de ambulancia cubiertos por Medicare por viajes de ida y viajes de ida y vuelta.* Este servicio tiene un deducible de $283 de la Parte B de Medicare para cierto tipo de servicios cubiertos por Medicare, tal como se describe en la Sección 1.2 de este Capítulo. Estos son los montos de costos compartidos de 2026 y es posible que cambien para 2027. Mercy Care Advantage proporcionará tarifas actualizadas tan pronto como se publiquen.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Consulta anual de bienestar Si ha tenido la Parte B por más de 12 meses, puede tener una consulta anual de bienestar para establecer o actualizar un plan de prevención personalizado basado en los factores de riesgo y salud actuales. Está cubierta una vez cada 12 meses. **Nota**: Su primera consulta anual de bienestar no puede realizarse dentro de los 12 meses de su consulta preventiva *Bienvenido a Medicare*. Sin embargo, no necesita haber realizado una consulta de *Bienvenido a Medicare* para tener cobertura para las consultas anuales de bienestar después de haber tenido la Parte B durante 12 meses.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para consultas anuales de bienestar.
Medición de la masa ósea Para las personas calificadas (generalmente, personas en riesgo de pérdida de la masa ósea o de osteoporosis), están cubiertos los siguientes servicios cada 24 meses o con mayor frecuencia si se considera médicamente necesario: procedimientos para determinar la densidad ósea, detectar la pérdida de masa ósea o determinar la calidad ósea (incluye la lectura de los resultados por parte del médico).	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la medición de la masa ósea cubierta por Medicare.
Prueba de detección de cáncer de mama (mamografías) Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Una mamografía inicial entre los 35 y 39 años. • Una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres de 40 años o más. • Exámenes clínicos de mamas una vez cada 24 meses.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para mamografías de control cubiertas.
Servicios de rehabilitación cardíaca Programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicios, educación y asesoramiento que están cubiertos para miembros que cumplen con determinadas condiciones con una remisión del médico. Nuestro plan cubre estos programas integrales si ha tenido al menos una de estas afecciones: • Ataque cardíaco en los últimos 12 meses	0% o 20% del costo para servicios de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare.* Este servicio tiene un deducible de $283 de la Parte B de Medicare para

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• Cirugía de revascularización coronaria • 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 un stent coronario (un procedimiento que se usa para mantener una arteria abierta) • Trasplante de corazón o corazón y pulmón • Insuficiencia cardíaca crónica estable Limitaciones de cobertura: Puede recibir hasta 36 sesiones de rehabilitación cardíaca. Puede tener 2 sesiones por día (cada una con una duración de 1 hora) y el programa puede durar hasta 36 semanas. Si califica, es posible que pueda obtener 36 sesiones más que se pueden distribuir durante un período más extenso. ***Los servicios pueden requerir autorización previa o una remisión de su médico.***	cierto tipo de servicios cubiertos por Medicare, tal como se describe en la Sección 1.2 de este Capítulo. Estos son los montos de costos compartidos de 2026 y es posible que cambien para 2027. Mercy Care Advantage proporcionará tarifas actualizadas tan pronto como se publiquen.
Consulta para reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (tratamiento para las enfermedades cardiovasculares) Cubrimos una consulta por año con su médico de atención primaria para ayudarle a disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Durante esta consulta, su médico puede analizar el uso de aspirina (si corresponde), medir su presión arterial y brindarle consejos para asegurarse de que usted esté comiendo de manera saludable.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo para el tratamiento conductual intensivo de enfermedades cardiovasculares.
Pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas al riesgo elevado de enfermedades cardiovasculares) una vez cada 5 años (60 meses).	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los análisis para detectar enfermedades cardiovasculares que se cubre una vez cada 5 años.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Prueba de detección de cáncer de cuello de útero y de vagina Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses para todas las mujeres. • Una prueba de Papanicolaou cada 12 meses si tiene alto riesgo de cáncer vaginal o de cuello uterino, o si está en edad de tener hijos y ha tenido una prueba de Papanicolaou con resultado anormal en los últimos 3 años.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos preventivos cubiertos por Medicare.
Servicios de quiropráctica Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: Cubrimos solo la manipulación de la columna vertebral para corregir una subluxación vertebral. ***Los servicios cubiertos por Medicare para la manipulación de la columna para corregir la subluxación pueden requerir autorización previa.***	0% o 20% del costo de la visita quiropráctica cubierta por Medicare.* Este servicio tiene un deducible de $283 de la Parte B de Medicare para cierto tipo de servicios cubiertos por Medicare, tal como se describe en la Sección 1.2 de este Capítulo. Estos son los montos de costos compartidos de 2026 y es posible que cambien para 2027. Mercy Care Advantage proporcionará tarifas actualizadas tan pronto como se publiquen.
Prueba de detección de cáncer colorrectal Las siguientes pruebas de detección están cubiertas: • La colonoscopia no tiene límite mínimo o máximo de edad y se cubre una vez cada 120 meses (10 años) para pacientes que no son de alto riesgo o cada 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para pacientes que no tienen alto riesgo de padecer cáncer colorrectal y una vez cada 24 meses para pacientes de	No se requiere 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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
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 padecer cáncer colorrectal y está cubierta cuando han pasado al menos 59 meses después del mes en que se realizó la última colonografía por tomografía computarizada de detección o cuando han pasado 47 meses después del mes en el 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. • Sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 120 meses para los pacientes que no son de alto riesgo después de haber recibido una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para los pacientes con 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 • ADN multiobjetivo en heces para pacientes de 45 a 85 años que no cumplan criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Pruebas de biomarcadores en sangre para pacientes de 45 a 85 años que no cumplan con los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de detección de seguimiento después de una prueba de detección de cáncer colorrectal no invasiva en heces cubierta por Medicare arroje un resultado positivo. • Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una sigmoidoscopia flexible de detección planificada o una colonoscopia de detección que implica la extracción de tejido u otro material, u otro procedimiento realizado en relación con la prueba de detección, como resultado de esta y en la misma consulta clínica.	durante la colonoscopia o la sigmoidoscopia flexible, el examen de detección se convierte en un examen de diagnóstico y está sujeto a un coseguro del 10% del monto aprobado por Medicare para los servicios de sus médicos. En un entorno hospitalario para pacientes externos, también le debe pagar al hospital un coseguro del 10%. No se aplica el deducible de la Parte B. 0% o 20% del costo del enema de bario cubierto por Medicare.*

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios dentales En general, los servicios dentales preventivos (como limpieza, exámenes dentales de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Original Medicare. Sin embargo, Medicare paga los servicios dentales en una cantidad limitada de circunstancias, específicamente cuando ese servicio es una parte integral de un tratamiento específico de una afección médica primaria de la persona. Los ejemplos incluyen reconstrucción de mandíbula después de una fractura o lesión, extracciones de dientes realizadas en preparación para el tratamiento de radiación para cáncer que involucra la mandíbula o exámenes bucales antes del trasplante de órganos. Además, cubrimos lo siguiente:	Copago de $0 para beneficios cubiertos por Medicare.
Servicios dentales preventivos y de diagnóstico • Limpieza (hasta 1 cada 6 meses a partir de la última fecha de servicio) • Radiografías dentales (1 cada 12 meses desde la última fecha de servicio) • Tratamiento con flúor (hasta 1 cada 6 meses a partir de la última fecha de servicio) • Examen oral (hasta 1 cada 6 meses a partir de la última fecha de servicio)	Copago de $0 para beneficios dentales preventivos (no se aplica el límite de cobertura de $5,000).
Servicios dentales integrales • Empastes, endodoncias y **ciertas** coronas (restauradores) • Servicios de prostodoncia relacionados con prótesis removibles Se excluyen: Servicios relacionados con tratamientos dentales de emergencia; ciertos procedimientos protésicos como puentes e implantes dentales y la preparación quirúrgica para este tipo de procedimientos o su reparación; ortodoncia; protectores bucales; y servicios relacionados con el tratamiento de la articulación temporomandibular (TMJ) crónica. **Nota**: Estos servicios pueden estar cubiertos a través de sus beneficios del AHCCCS (Medicaid).	Copago de $0 para beneficios dentales integrales hasta un límite de cobertura del plan de $5,000 cada año calendario.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Prueba de detección de depresión Cubrimos un examen de detección de depresión por año. La prueba de detección debe realizarse en un establecimiento de atención primaria que pueda brindar remisiones o tratamiento de seguimiento.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para una consulta anual para la prueba de detección de depresión.
Prueba de detección de diabetes Cubrimos esta prueba (incluidas pruebas de glucosa en ayunas) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: Presión arterial alta (hipertensión), antecedentes de niveles de triglicéridos y colesterol anormales (dislipidemia), obesidad o antecedentes de niveles elevados de azúcar en sangre (glucosa). Los exámenes también pueden ser cubiertos si cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso y tener antecedentes familiares de diabetes. Puede ser elegible para realizarse hasta 2 pruebas de detección de diabetes cada 12 meses después de la fecha de su prueba de detección de diabetes más reciente.	No se requiere 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 la diabetes Para todas las personas que tienen diabetes (quienes utilizan insulina y quienes no), los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Suministros para controlar la glucosa en sangre: Glucómetro, tiras reactivas para análisis de glucosa en sangre, dispositivos de punción y lancetas, y soluciones de control de glucosa para verificar la precisión de las tiras reactivas y de los glucómetros. • Para las personas que padecen diabetes y pie diabético grave: Un par de zapatos terapéuticos a medida por año calendario (con los zapatos se incluyen las plantillas ortopédicas) y 2 pares adicionales de plantillas ortopédicas, o un par de zapatos profundos y 3 pares de plantillas ortopédicas (con los zapatos no se incluyen las plantillas ortopédicas extraíbles que no están hechas a medida) incluida la colocación.	0% o 20% del costo para suministros para el control de la diabetes, zapatos terapéuticos o plantillas y capacitación para el autocontrol de la diabetes cubiertos por Medicare.*

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• Capacitación para el autocontrol de la diabetes en ciertas condiciones. • Para las personas con diabetes o que presentan riesgo de padecer diabetes: Las pruebas de glucosa en plasma en ayunas y los kits para pruebas de sangre en el hogar están cubiertos según sea necesario. • El medidor de glucosa, las tiras reactivas y las lancetas son los productos TRUE/Trivadia® preferidos cubiertos por Mercy Care Advantage. • Los medidores y suministros continuos de glucosa FreeStyle Libre® y Dexcom® están cubiertos y se consideran productos preferidos.	
Equipos médicos duraderos (DME) y suministros relacionados (Para obtener una definición de equipo médico duradero, consulte el Capítulo 12 y el Capítulo 3) Los productos cubiertos incluyen, entre otros, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, camas de hospital recetadas por un proveedor para usar en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos para la generación del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores y andadores. Cubrimos todo DME que sea médicamente necesario cubierto por Original Medicare. Si nuestro proveedor en su área no tiene una marca o fabricante en particular, puede preguntarle si puede pedirlo especialmente para usted. ***Los servicios pueden requerir autorización previa o una remisión de su médico.***	0% o 20% del costo por equipos médicos duraderos cubiertos por Medicare.* El costo compartido para la cobertura del equipo de oxígeno de Medicare es el 0% o el 20% del costo, cada mes. Este servicio tiene un deducible de $283 de la Parte B de Medicare para cierto tipo de servicios cubiertos por Medicare, tal como se describe en la Sección 1.2 de este Capítulo. Estos son los montos de costos compartidos de 2026 y es posible que cambien para 2027. Mercy Care Advantage proporcionará tarifas actualizadas tan pronto como se publiquen.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
	Su costo compartido no cambiará después de estar inscrito durante 36 meses.
Atención de emergencia La atención de emergencia hace referencia a los servicios que: • Son brindados por un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia, y • Son necesarios para evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia. Una emergencia médica es cuando usted o cualquier persona prudente, con un conocimiento promedio de salud y medicina, creen que presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar perder la vida (y, si es una mujer embarazada, la pérdida de un niño no nacido), la pérdida de una extremidad o la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección que se agrava 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. No se cubren fuera de los Estados Unidos o sus territorios. Comuníquese con el plan para obtener más detalles.	0% o 20% del costo (hasta $115) por consultas en la sala de emergencias cubiertas por Medicare.* Si es ingresado en el hospital en un plazo de 3 días, usted paga $0 por la consulta en la sala de emergencias. Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita cuidado para paciente internado después de que su afección de emergencia se estabiliza, debe trasladarse a un hospital de la red para que su atención continúe cubierta *O BIEN* debe obtener una autorización de nuestro plan para recibir este atención en el hospital fuera de la red y su costo será el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Programas educativos sobre salud y bienestar **Programa de bienestar AllThrive 365:** Las actividades, las clases y la información se ofrecen por teléfono o en diferentes lugares en toda el área de servicio: • Clases de acondicionamiento físico: Acceso a clases de acondicionamiento físico como yoga y entrenamiento con peso. • Programa para dejar de fumar: con un entrenador de Quit. • Educación nutricional: con un nutricionista certificado que se especializa en la planificación de comidas y el control del peso. Prevención y educación de diabetes: Con un educador de diabetes para aprender sobre la prevención o el manejo de esta enfermedad.	No paga nada para clases proporcionadas a través del proveedor de la red que administra este beneficio.
Servicios auditivos Las evaluaciones auditivas de diagnóstico y las relacionadas con el equilibrio que realiza su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico se cubren como atención para pacientes externos cuando las recibe de un médico, un audiólogo u otro proveedor calificado. • Nuestro plan cubre un examen auditivo de rutina (hasta 1 cada año calendario). • Nuestro plan cubre las correcciones y evaluaciones de los audífonos. • Nuestro plan paga hasta $1,900 cada cuatro años por audífonos para ambos oídos combinados.	0% o 20% del costo para los exámenes auditivos de diagnóstico cubiertos por Medicare.* Copago de $0 por exámenes auditivos de rutina. Copago de $0 hasta un límite de cobertura del plan de $1,900 para audífonos cada cuatro años. Copago de $0 para correcciones y evaluaciones de los audífonos.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Prueba de detección de VIH Para personas que solicitan una prueba de detección de VIH o que están en mayor riesgo de infección por el VIH, cubrimos lo siguiente: • Una prueba de detección cada 12 meses. Si está embarazada, cubrimos lo siguiente: • Hasta 3 pruebas de detección durante el embarazo.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para pruebas de detección de VIH preventivas cubiertas por Medicare.
Atención médica a domicilio Antes de recibir los servicios de salud a domicilio, un médico debe certificar que usted necesita estos servicios y solicitará que una agencia de atención médica a domicilio le brinde estos servicios. El requisito es que usted no pueda salir de su casa, lo que significa que hacerlo implica un gran esfuerzo. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios de enfermería especializada o de un auxiliar de atención médica a domicilio en forma intermitente o de medio tiempo (se cubrirán en función del beneficio de atención médica a domicilio; los servicios de enfermería especializada y de un auxiliar de atención médica a domicilio combinados deben totalizar menos de 8 horas por día y 35 horas por semana). • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Servicios médicos y sociales. • Equipos y suministros médicos. ***Servicios que requieren autorización previa.***	No paga nada.
Terapia de infusión intravenosa en el hogar El tratamiento de infusión en el hogar implica la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a una persona en su casa. Los componentes necesarios para realizar la infusión en el hogar incluyen el medicamento (por ejemplo, antivirales o	0% o 20% del costo del tratamiento de infusión en el hogar cubierta por Medicare.*

Servicio cubierto	Lo que usted paga
inmunoglobulina), el equipo (por ejemplo, una bomba) y los suministros (por ejemplo, tubos y catéteres). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, brindados de acuerdo con nuestro plan de atención. • Capacitaciones y educación para pacientes que no están cubiertos de otra manera por el beneficio del equipo médico duradero. • Supervisión remota. • Servicios de supervisión para la prestación de terapia y medicamentos de infusión en el hogar brindados por un proveedor calificado de terapia de infusión en el hogar. ***Los servicios pueden requerir autorización previa o una remisión de su médico.***	
Atención en un hospicio Usted es elegible para el beneficio de hospicio cuando su médico y el director médico del hospicio le hayan dado un pronóstico terminal que certifique que tiene una enfermedad terminal y 6 meses o menos de vida 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 poseemos, controlamos o en los que tenemos un interés financiero. El médico del hospicio puede ser un proveedor de la red o fuera de la red.	Cuando se inscribe en un programa de hospicio certificado por Medicare, Original Medicare, y no Mercy Care Advantage, paga los servicios de hospicio y sus servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su pronóstico terminal.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Medicamentos para controlar síntomas y aliviar el dolor. • Cuidados paliativos a corto plazo. • Atención a domicilio. Cuando es ingresado 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 se relacionan con su pronóstico terminal:** Original Medicare (en lugar de nuestro plan) le pagará a su proveedor de hospicio por sus servicios de hospicio y cualquier servicio de la Parte A y la Parte B relacionado con su pronóstico terminal. Mientras esté en el programa de hospicio, su proveedor de hospicio le facturará a Original Medicare por los servicios que Original Medicare cubre. Se le facturará el costo compartido de Original Medicare. **Para los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare que no se relacionan con su pronóstico terminal:** Si necesita servicios que no sean de emergencia y que no se necesiten con urgencia cubiertos por la Parte A o B de Medicare que no estén relacionados con su pronóstico terminal, el costo de estos servicios depende de si consulta a un proveedor de la red de nuestro plan y sigue las normas del plan (por ejemplo, si existe el requisito de obtener una autorización previa). • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red y sigue las normas del plan para obtener el servicio, solo paga el monto del 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 según Original Medicare. **Para los servicios cubiertos por Mercy Care Advantage, pero no cubiertos por la Parte A o B de Medicare:** Mercy Care Advantage continuará cubriendo los servicios	

Servicio cubierto	Lo que usted paga
cubiertos por el plan que no están cubiertos por la Parte A o B, ya sea que estén relacionados o no con su pronóstico terminal. Usted paga el monto del 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 se relacionan con su afección terminal que requiere atención en hospicio, usted paga el costo compartido. Si están relacionados con su afección terminal que requiere atención en hospicio, usted paga el costo compartido de Original Medicare. Los medicamentos nunca están cubiertos por el hospicio y nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte la Sección 9.4 del Capítulo 5). **Nota:** Si necesita atención que no sea de hospicio (atención que no está relacionada con su pronóstico terminal), comuníquese con nosotros para coordinar los servicios. Nuestro plan cubre los servicios de consulta con hospicios (una única vez) para una persona que padece una enfermedad terminal y no ha optado por el beneficio de hospicios.	
Inmunizaciones Los servicios de la Parte B cubiertos por Medicare incluyen los siguientes: • Vacunas contra la neumonía • Vacunas antigripales, una vez cada temporada de la influenza/gripe, en otoño e invierno, con vacunas antigripales/contra la influenza adicionales si son médicamente necesarias • Vacunas contra la hepatitis B si nunca ha recibido una serie completa, no conoce su historial de vacunación o tiene cualquier otra afección que lo ponga en riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B • Vacunas contra la COVID-19 • Otras vacunas si su salud está en peligro y si cumplen con las normas de cobertura de la Parte B de Medicare	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, gripe/influenza, hepatitis B y la COVID-19.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
También cubrimos la mayoría de las demás vacunas para adultos en virtud de los beneficios de cobertura para medicamentos de la Parte D. Para obtener más información, consulte la Sección 8 del Capítulo 6.	
Atención para pacientes internados en un hospital Incluye servicios hospitalarios de cuidados agudos, de rehabilitación, de atención a largo plazo y de otros tipos para pacientes internados en un hospital. La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día en que formalmente ingresa al hospital con una orden del médico. El día anterior a su alta médica es su último día como paciente internado. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario) • Comidas, incluidas dietas especiales • Servicios de enfermería permanentes • Costos de las unidades de cuidados especiales (por ejemplo, unidades de cuidados intensivos o coronarios) • Medicamentos • Pruebas de laboratorio. • Radiografías y otros servicios radiológicos • Suministros médicos y quirúrgicos necesarios • Uso de aparatos, como sillas de ruedas • Costos de la sala de operaciones y de recuperación • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje • Servicios por abuso de sustancias tóxicas para pacientes internados En determinadas condiciones, están cubiertos los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, páncreas y riñón, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinos/múltiples vísceras. Si necesita un trasplante, organizaremos la revisión de su caso en un centro de trasplantes aprobado por Medicare, que decidirá si usted es candidato para un trasplante. Los	Copago de $0 o $1,736 por cada internación en hospital u hospitalización cubierta por Medicare.* Estos son los montos de costos compartidos de 2026 y es posible que cambien para 2027. Mercy Care Advantage proporcionará tarifas actualizadas tan pronto como se publiquen. Si obtiene autorización para recibir atención para pacientes internados en un hospital fuera de la red una vez que se ha estabilizado la afección que causó la emergencia, el costo que le corresponde pagar es el costo compartido que debería pagar en un hospital de la red.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
proveedores de trasplante pueden ser locales o fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de trasplante dentro de la red se encuentran fuera del patrón de atención de la comunidad, puede elegir un lugar cerca, siempre y cuando los proveedores locales de trasplante estén dispuestos a aceptar la tarifa de Original Medicare. Si Mercy Care Advantage brinda servicios de trasplante en un lugar fuera del patrón de atención para trasplantes en su comunidad y usted elige llevar a cabo el trasplante en un lugar alejado, coordinaremos o pagaremos los costos de transporte y alojamiento correspondientes para usted y un acompañante. El centro de trasplante debe identificar al acompañante como el cuidador. El cuidador es la persona que se hará responsable de garantizar que la atención postrasplante a largo plazo del miembro se proporcione de acuerdo con las pautas del centro de trasplante, lo que incluye la administración de terapia inmunosupresora, terapia enteral o parenteral y cumplimiento de precauciones de inmunosupresión. Generalmente, se trata de un miembro de la familia. • Sangre: incluidos almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y de concentrado de glóbulos rojos comienza a partir de la primera pinta de sangre que usted necesite. Debe pagar por las 3 primeras pintas de sangre que reciba en un año calendario o donar la sangre usted mismo o pedirle a alguien más que done. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta de sangre. • Servicios médicos. ***Los servicios pueden requerir autorización previa o una remisión de su médico.*** **Nota:** para ser paciente internado, el proveedor debe hacer una orden por escrito para que lo ingresen de manera formal como paciente internado en el hospital. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente externo. Si no está seguro de si es un	

Servicio cubierto	Lo que usted paga
paciente internado o externo, consulte con el personal del hospital. • Obtenga más información en la hoja de datos de Medicare *Beneficios hospitalarios de Medicare* disponible en **Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf** o llame al **1-800-MEDICARE** (**1-800-633-4227**). Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.	
Servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico Los servicios cubiertos incluyen servicios de salud mental que requieren hospitalización. • Excepto en casos de emergencia, su médico debe informar al plan que usted ingresará al hospital. • Límite de por vida de 190 días en un hospital psiquiátrico. • El límite de 190 días no se aplica a los servicios de salud mental que se brindan en la unidad psiquiátrica de un hospital general. • Una vez que se usan los 190 días de los beneficios de salud conductual para pacientes internados cubiertos por Medicare, los miembros del Sistema de atención a largo plazo de Arizona (ALTCS) de Mercy Care pueden recibir servicios de salud conductual a través de proveedores de Mercy Care. • Si tiene cobertura a través de otro plan ALTCS, necesitará obtener servicios de salud conductual a través de ese plan. Conforme al ALTCS, no hay límites en la cantidad de días cubiertos en un hospital psiquiátrico. ***Los servicios pueden requerir autorización previa o una remisión de su médico.***	Copago de $0 o $1,736 por cada internación o estadía en el hospital para pacientes internados cubierta por Medicare.* Estos son los montos de costos compartidos de 2026 y es posible que cambien para 2027. Mercy Care Advantage proporcionará tarifas actualizadas tan pronto como se publiquen.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Hospitalización: Servicios cubiertos recibidos en un hospital o SNF durante una hospitalización no cubierta Si ha agotado sus beneficios para paciente internado o si la hospitalización no es razonable y necesaria, no cubriremos su hospitalización. En algunos casos, cubriremos ciertos servicios que recibe mientras está en el hospital o en el centro de atención de enfermería especializada (SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios médicos • Análisis de diagnóstico (como los análisis de laboratorio) • Tratamiento con radiografías, radio e isótopos, incluidos los servicios y materiales de los técnicos • Vendajes quirúrgicos • Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones. • Dispositivos ortésicos y protésicos (salvo los dentales) que sustituyen una parte o la totalidad de un órgano interno del cuerpo (incluso tejido contiguo), o bien una parte o la totalidad del funcionamiento de un órgano interno del cuerpo que no funciona bien o que permanentemente no funciona, incluso la sustitución o reparación de dichos dispositivos • Soportes para piernas, brazos, espalda y cuello; bragueros y piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos ajustes, reparaciones y reemplazos necesarios debidos a la rotura, al desgaste, a la pérdida o a un cambio en el estado físico del paciente • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla ***Los servicios pueden requerir autorización previa o una remisión de su médico.***	0% o 20% para servicios de atención médica cubierta por Medicare.*
Comidas Después de cada alta de una hospitalización, usted es elegible para recibir un envío de 14 comidas empaquetadas. • La selección de las comidas será coordinada antes del alta.	No paga nada.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• La variedad de comidas incluye opciones aptas para afecciones crónicas. • Las comidas serán entregadas en su domicilio. Para obtener más información sobre el acceso a este beneficio, llame al Departamento de Servicios para Miembros o visite **mercycareaz.org**.	
Terapia médica nutricional Este beneficio es para las personas con diabetes, enfermedad renal (del riñón) (pero no con tratamiento de diálisis) o después de un trasplante de riñón con una remisión del médico. Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento individual durante el primer año que recibe los servicios de tratamiento médico nutricional en virtud de Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier plan de Medicare Advantage u Original Medicare) y 2 horas cada año después de eso. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambia, es posible que pueda obtener más horas de tratamiento con una remisión del médico. El médico debe recetar estos servicios y renovar la remisión todos los años si hay que continuar el tratamiento en el siguiente año calendario.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para servicios de terapia médica nutricional cubiertos por Medicare.
Programa de prevención de diabetes de Medicare (MDPP) **Los servicios del MDPP están cubiertos para personas elegibles conforme a los planes de salud de Medicare.** El MDPP es una intervención estructurada para el cambio conductual de la salud que proporciona capacitación práctica en cambios alimenticios a largo plazo, aumento de la actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar desafíos con el fin de sostener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio del MDPP.
Medicamentos de la Parte B de Medicare Nuestro plan aplica el tratamiento escalonado de medicamentos con recetas de la Parte B a ciertas categorías de medicamentos cubiertos de la Parte B.	0% o 20% del costo para los medicamentos para quimioterapia cubiertos por la Parte B de

Servicio cubierto	Lo que usted paga
La Parte B de Original Medicare cubre estos medicamentos. Los miembros de nuestro plan obtienen cobertura para estos medicamentos a través de nuestro plan. Entre los medicamentos cubiertos, se incluyen los siguientes: • Medicamentos que, generalmente, el paciente no se autoadministra y que se aplican por medio de una inyección o infusión cuando usted recibe los servicios de médicos, en un hospital para pacientes externos o en un centro quirúrgico ambulatorio. • Insulina administrada a través de un producto de equipo médico duradero (como una bomba de insulina médicamente necesaria). • Otros medicamentos que se administran con equipo médico duradero (por ejemplo, nebulizadores) autorizados por nuestro plan. • El medicamento para el Alzheimer, Leqembi® (nombre genérico lecanemab) se administra por vía intravenosa. Además de los costos de los medicamentos, es posible que necesite tomografías y pruebas adicionales antes o durante el tratamiento que podrían sumarse a los costos generales. Consulte a su médico qué tomografías y pruebas puede necesitar como parte del tratamiento. • Factores de la coagulación que se aplica usted mismo mediante una inyección si tiene hemofilia. • Medicamentos inmunosupresores/para trasplantes: Medicare cubre los tratamientos con medicamentos para trasplantes si Medicare pagó su trasplante de órgano. Debe tener la Parte A en el momento del trasplante cubierto y la Parte B en el momento en que obtenga los medicamentos inmunosupresores. La cobertura para medicamentos de la Parte D de Medicare incluye medicamentos inmunosupresores si la Parte B no los cubre. • Medicamentos inyectables para la osteoporosis si usted no puede salir de su casa, tiene una fractura ósea que el médico confirma que se relacionó con la osteoporosis posmenopáusica y no puede administrarse usted mismo el medicamento.	Medicare y otros medicamentos cubiertos de la Parte B.* Algunos medicamentos de la Parte B de Medicare están sujetos a un tratamiento escalonado.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• Algunos antígenos: Medicare cubre los antígenos si un médico los prepara y una persona debidamente capacitada (que podría ser usted, el paciente) los administra bajo la supervisión adecuada. • Determinados medicamentos orales para el tratamiento del cáncer: Medicare cubre algunos medicamentos orales para el tratamiento del cáncer que usted toma por la boca si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable o si el medicamento es un profármaco (una forma oral de un medicamento que, al ingerirse, se descompone en el mismo ingrediente activo que se encuentra en el medicamento inyectable) del medicamento inyectable. A medida que haya disponibles nuevos medicamentos orales contra el cáncer, la Parte B podría cubrirlos. Si la Parte B no los cubre, la Parte D sí lo hará. • Medicamentos orales para las náuseas: Medicare cubre los medicamentos orales para las náuseas que utiliza como parte de un régimen quimioterapéutico para el cáncer si se administran antes de las 48 horas de la quimioterapia, a las 48 horas de la quimioterapia o dentro de este plazo o se utilizan como reemplazo terapéutico completo para un medicamento intravenoso para las náuseas. • Determinados medicamentos orales para la enfermedad renal terminal (ESRD) cubiertos por la Parte B de Medicare • Medicamentos calcimiméticos y quelantes de fosfato bajo el sistema de pago de la ESRD, incluido el medicamento intravenoso Parsabiv® y el medicamento oral Sensipar®. • Determinados medicamentos para autodiálisis en su hogar, incluidos heparina, el antídoto para la heparina, cuando sea médicamente necesario, y anestésicos tópicos. • Fármacos estimuladores de la eritropoyesis: Medicare cubre la eritropoyetina inyectable si tiene enfermedad renal terminal (ESRD) o si necesita este medicamento para tratar la anemia relacionada con ciertas otras afecciones (como Epogen®, Procrit ®, Retacrit®, Aranesp®, Epoetin Alpha).	

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• Inmunoglobulinas intravenosas para el tratamiento a domicilio de deficiencias inmunitarias primarias • Nutrición parenteral y enteral (alimentación por vía intravenosa o por sonda). El siguiente enlace lo dirigirá a una lista de medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos al tratamiento escalonado: **mercycareaz.org/advantage/part-b.html**. También cubrimos algunas vacunas en la Parte B y la mayoría de las vacunas para adultos en virtud de los beneficios de cobertura para medicamentos de la Parte D. En el Capítulo 5, se explica el beneficio para medicamentos de la Parte D y se indican las normas que deben seguirse a fin de recibir cobertura para las recetas. Lo que usted paga por los medicamentos de la Parte D a través de nuestro plan se explica en el Capítulo 6. ***Los servicios pueden requerir autorización previa o una remisión de su médico.***	
Prueba de detección de obesidad y tratamiento para fomentar la pérdida de peso continua Si usted tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos asesoramiento intensivo para ayudarlo a perder peso. Este asesoramiento está cubierto si usted lo recibe en un establecimiento de atención primaria, donde se puede coordinar con su plan integral de prevención. Para obtener más información, consulte con su especialista o médico de atención primaria.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de obesidad y tratamientos preventivos.
Servicios del programa de tratamiento para el consumo de opioides Los miembros de nuestro plan con un trastorno por el consumo de opioides (OUD) pueden obtener cobertura de servicios para tratar dicho trastorno mediante un Programa de tratamiento por opioides (OTP), que incluye los siguientes servicios:	0% o 20% del costo de los servicios de tratamiento para el trastorno relacionado con el consumo de opioides cubiertos por la Parte B de Medicare.*

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• Medicamentos agonistas y antagonistas de los opioides aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA) para el tratamiento asistido por medicamentos (MAT) • Suministro y administración de medicamentos MAT (si corresponde) • Asesoramiento ante el consumo de sustancias • Terapia individual y grupal • Análisis de toxicología • Actividades de admisión • Evaluaciones periódicas ***Servicios que requieren autorización previa.***	
Exámenes de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Radiografías • Tratamiento de radiación (radio e isótopos) que incluye materiales de los técnicos y suministros. • Suministros quirúrgicos, por ejemplo vendajes. • Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones. • Análisis de laboratorio. • Sangre: incluidos almacenamiento y administración. La cobertura de sangre total y de concentrado de glóbulos rojos comienza a partir de la cuarta pinta de sangre que usted necesite; debe pagar por las 3 primeras pintas de sangre que reciba en un año calendario o donar la sangre usted mismo o pedirle a alguien más que done. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta de sangre utilizada. • Pruebas de diagnóstico que no sean de laboratorio, como tomografías computadas (CT), resonancias magnéticas (MRI), electrocardiogramas (EKG) y tomografías por emisión de positrones (PET), cuando su médico u otro	0% o 20% del costo por servicios de laboratorio, procedimientos y análisis de diagnóstico, radiografías, servicios radiológicos o servicios de radiología terapéutica cubiertos por Medicare.* Este servicio tiene un deducible de $283 de la Parte B de Medicare para cierto tipo de servicios cubiertos por Medicare, tal como se describe en la Sección 1.2 de este Capítulo. Estos son los montos de costos compartidos de 2026 y es posible que cambien para 2027.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
proveedor de atención médica así las indique para tratar un problema médico. • Otros exámenes de diagnóstico para pacientes externos. ***Los servicios pueden requerir autorización previa o una remisión de su médico.***	Mercy Care Advantage proporcionará tarifas actualizadas tan pronto como se publiquen.
Observación en el hospital para pacientes externos Los servicios de observación son servicios hospitalarios para pacientes externos que se ofrecen para determinar si usted necesita que lo ingresen como paciente internado o si le pueden dar el alta. Para que se cubran servicios de observación hospitalaria para pacientes externos, deben cumplir los criterios de Medicare y considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación solo están cubiertos cuando se ofrecen a través de la orden de un médico u otra persona autorizada por la ley de licencia estatal y los reglamentos del personal del hospital para admitir a los pacientes en el hospital o pedir pruebas para pacientes externos. **Nota:** A menos que el proveedor haya dejado por escrito una orden de admisión como paciente internado, usted es un paciente externo y paga los montos del costo compartido por servicios hospitalarios para pacientes externos. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente externo. Si no estás seguro de si es un paciente externo, pregúntele al personal del hospital. Obtenga más información en la hoja de datos de Medicare *Beneficios hospitalarios de Medicare* disponible en: **Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf** o llame al **1-800-MEDICARE** (**1-800-633-4227**). Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**. ***Los servicios pueden requerir autorización previa o una remisión de su médico.***	0% o 20% del costo por los servicios de observación cubiertos por Medicare en hospitales para pacientes externos. Este servicio tiene un deducible de $283 de la Parte B de Medicare para cierto tipo de servicios cubiertos por Medicare, tal como se describe en la Sección 1.2 de este Capítulo. Estos son los montos de costos compartidos de 2026 y es posible que cambien para 2027. Mercy Care Advantage proporcionará tarifas actualizadas tan pronto como se publiquen.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios hospitalarios para pacientes externos Cubrimos los servicios médicamente necesarios que se le hayan brindado en el departamento de pacientes externos de un hospital para el diagnóstico y tratamiento de una enfermedad o lesión. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios en un departamento de emergencias o una clínica para pacientes externos, como servicios de observación o cirugía para pacientes externos • Pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital • Atención de salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que el tratamiento con internación podría ser requerido sin esta atención • Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital • Suministros médicos como entablillados y yesos • Algunos medicamentos y productos biológicos que no se puede autoadministrar **Nota:** A menos que el proveedor haya dejado por escrito una orden de admisión como paciente internado, usted es un paciente externo y paga los montos del costo compartido por servicios hospitalarios para pacientes externos. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente externo. Si no estás seguro de si es un paciente externo, pregúntele al personal del hospital. ***Los servicios pueden requerir autorización previa o una remisión de su médico.***	0% o 20% del costo para servicios hospitalarios para pacientes externos cubiertos por Medicare* Este servicio tiene un deducible de $283 de la Parte B de Medicare para cierto tipo de servicios cubiertos por Medicare, tal como se describe en la Sección 1.2 de este Capítulo. Estos son los montos de costos compartidos de 2026 y es posible que cambien para 2027. Mercy Care Advantage proporcionará tarifas actualizadas tan pronto como se publiquen.
Atención psiquiátrica para pacientes externos Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: Servicios de salud mental proporcionados por un psiquiatra o médico autorizado por el estado, psicólogo clínico, asistente social clínico (CSW), especialista en enfermería clínica (CNS), consejero profesional autorizado (LPC), terapeuta	0% o 20% del costo por cada consulta para terapia individual o terapia grupal con un psiquiatra cubierta por Medicare.*

Servicio cubierto	Lo que usted paga
matrimonial y familiar autorizado (LMFT), profesional en enfermería (NP), auxiliar médico (PA) u otro profesional de atención de salud mental calificado según Medicare, de conformidad con lo permitido por la legislación estatal aplicable. ***Los servicios pueden requerir autorización previa o una remisión de su médico.***	0% o 20% del costo por cada consulta para terapia individual cubierta por Medicare con un proveedor de salud mental.* 0$ por cada consulta para terapia grupal cubierta por Medicare con un proveedor de salud mental.* Este servicio tiene un deducible de $283 de la Parte B de Medicare para cierto tipo de servicios cubiertos por Medicare, tal como se describe en la Sección 1.2 de este Capítulo. Estos son los montos de costos compartidos de 2026 y es posible que cambien para 2027. Mercy Care Advantage proporcionará tarifas actualizadas tan pronto como se publiquen.
Servicios de rehabilitación para pacientes externos Los servicios cubiertos incluyen fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y del lenguaje. Los servicios de rehabilitación para pacientes externos son brindados en varios entornos para pacientes externos, como departamentos ambulatorios de hospitales, consultorios de terapeutas independientes y Centros de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF).	0% o 20% del costo para consultas de fisioterapia, terapia ocupacional o terapia del lenguaje y del habla cubiertas por Medicare.*

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Los servicios pueden requerir autorización previa o una remisión de su médico.	Este servicio tiene un deducible de $283 de la Parte B de Medicare para cierto tipo de servicios cubiertos por Medicare, tal como se describe en la Sección 1.2 de este Capítulo. Estos son los montos de costos compartidos de 2026 y es posible que cambien para 2027. Mercy Care Advantage proporcionará tarifas actualizadas tan pronto como se publiquen.
Servicios para trastornos por abuso de sustancias para pacientes externos Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: Servicios de salud mental por abuso de sustancias prestados por un psiquiatra o médico autorizado por el estado, psicólogo clínico, asistente social clínico, especialista en enfermería clínica, profesional en enfermería, auxiliar médico u otro profesional de atención de salud mental calificado según Medicare, de conformidad con lo permitido por la legislación estatal aplicable. ***Los servicios pueden requerir autorización previa o una remisión de su médico.***	0% o 20% del costo para consultas individuales o grupales cubiertas por Medicare para el tratamiento de pacientes externos por abuso de sustancias. Este servicio tiene un deducible de $283 de la Parte B de Medicare para cierto tipo de servicios cubiertos por Medicare, tal como se describe en la Sección 1.2 de este Capítulo. Estos son los montos de costos compartidos de 2026 y es posible que

Servicio cubierto	Lo que usted paga
	cambien para 2027. Mercy Care Advantage proporcionará tarifas actualizadas tan pronto como se publiquen.
Cirugía para pacientes externos, incluidos los servicios brindados en centros hospitalarios para pacientes externos y centros quirúrgicos ambulatorios **Nota:** Si va a ser sometido a una cirugía en un centro hospitalario, consulte con el proveedor para saber si será considerado paciente internado o externo. A menos que el proveedor realice por escrito una orden de admisión como paciente internado en el hospital, usted es un paciente externo y paga los montos del costo compartido para la cirugía para pacientes externos. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente externo. ***Los servicios requieren autorización previa o una remisión de su médico.***	0% o 20% del costo por cada consulta a un centro hospitalario para pacientes externos o un centro de cirugía ambulatoria cubierta por Medicare.* Este servicio tiene un deducible de $283 de la Parte B de Medicare para cierto tipo de servicios cubiertos por Medicare, tal como se describe en la Sección 1.2 de este Capítulo. Estos son los montos de costos compartidos de 2026 y es posible que cambien para 2027. Mercy Care Advantage proporcionará tarifas actualizadas tan pronto como se publiquen.
Beneficio de productos de venta libre (OTC) El beneficio incluye una asignación mensual de $85 para ciertos medicamentos de venta libre y productos de salud y bienestar personal. Los productos están disponibles en tiendas CVS Pharmacy® permitidas. También puede pedir productos en línea o por teléfono.	Copago de $0 por hasta $85 por mes en productos cubiertos. El beneficio mensual no se acumula (debe utilizarse cada mes).

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Información importante para los miembros: • El beneficio de OTC se puede utilizar una vez al mes si recurre al servicio de entrega a domicilio, es decir, si hace el pedido por teléfono o en línea. Sin embargo, puede utilizarse ilimitadamente en cualquier tienda CVS Pharmacy® permitida durante el mes. • Si recibe menos de $85 en productos, el monto no utilizado no se transferirá al mes siguiente. • Si no utiliza la asignación mensual de $85 en un mes calendario determinado, no podrá solicitar productos para ese mes en una fecha posterior. • Si tiene problemas con los productos que recibió por correo o no recibió su pedido, debe comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros de Mercy Care Advantage dentro de los 30 días del problema para recibir un reemplazo del pedido. • Si tiene problemas para conseguir sus productos en una tienda CVS Pharmacy® permitida, debe comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros de Mercy Care Advantage dentro de los 30 días posteriores al incidente para obtener ayuda. • Los productos son solo para uso personal del miembro. **Nota:** No se establecen límites en cuanto a la cantidad de productos que puede pedir. Sin embargo, hay productos seleccionados que solo están disponibles una vez al año. Estos productos están marcados con un (❶) en el catálogo. **Para obtener más información, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros.**	
Servicios de hospitalización parcial y servicios intensivos para pacientes externos La *hospitalización parcial* es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo, brindado como un servicio hospitalario para pacientes externos o en un centro comunitario de salud mental, que es más intenso que la	0% o 20% del costo para servicios del programa de hospitalización parcial cubiertos por Medicare.*

Servicio cubierto	Lo que usted paga
atención recibida en el consultorio de su médico, terapeuta, terapeuta matrimonial y familiar autorizado (LMFT) o asesor profesional autorizado, y es una alternativa a la hospitalización como paciente internado. El *servicio intensivo para pacientes externos* es un programa estructurado de tratamiento activo de terapia de salud conductual (mental) suministrado en un departamento para pacientes externos 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 recibida en el consultorio del médico, terapeuta, terapeuta matrimonial y familiar con licencia (LMFT), o consejero profesional con licencia, pero menos intenso que la hospitalización parcial. ***Los servicios pueden requerir autorización previa o remisión de su médico.***	Este servicio tiene un deducible de $283 de la Parte B de Medicare para cierto tipo de servicios cubiertos por Medicare, tal como se describe en la Sección 1.2 de este Capítulo. Estos son los montos de costos compartidos de 2026 y es posible que cambien para 2027. Mercy Care Advantage proporcionará tarifas actualizadas tan pronto como se publiquen.
Servicios médicos/profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Servicios quirúrgicos o de atención médica médicamente necesarios que recibe en un consultorio médico, centro quirúrgico ambulatorio certificado, departamento para pacientes externos de un hospital o cualquier otra ubicación. • Consulta, diagnóstico y tratamiento a cargo de un especialista. • Exámenes auditivos y relacionados con el equilibrio realizados por nuestro PCP, si el médico así lo indica para determinar si usted necesita tratamiento médico. • Ciertos servicios de telesalud, entre ellos, los siguientes: Servicios del programa intensivo para pacientes externos; servicios del médico de atención primaria; sesiones individuales para servicios especializados de salud mental; sesiones individuales para servicios psiquiátricos y servicios dentales de Medicare.	0% o 20% del costo por consulta con un médico de atención primaria cubierta por Medicare.* 0% o 20% del costo por cada consulta con un especialista cubierta por Medicare.* Este servicio tiene un deducible de $283 de la Parte B de Medicare para cierto tipo de servicios cubiertos por Medicare, tal como se describe en la Sección 1.2 de este Capítulo.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
○ Tiene la opción de recibir estos servicios mediante una consulta presencial o por telesalud. Si decide recibir uno de estos servicios mediante telesalud, debe recurrir a un proveedor de la red que ofrezca los servicios por este medio. • Algunos servicios de telesalud, incluidos la consulta, el diagnóstico y el tratamiento por parte de un médico o profesional para pacientes en ciertas áreas rurales y otros lugares aprobados por Medicare. • Servicios de telesalud para consultas mensuales relacionadas con una enfermedad renal terminal para miembros que se realizan diálisis en el hogar, en una clínica para diálisis renal de un hospital o de un hospital con acceso crítico, centro para diálisis renal o el hogar del miembro. • Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar síntomas de un accidente cerebrovascular, sin importar su ubicación. • Servicios de telesalud para miembros con trastornos por abuso de sustancias o coocurrencia de trastornos de salud mental, sin importar su ubicación. • Servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento de trastornos de salud mental si se cumple lo siguiente: • Controles virtuales (por ejemplo, por teléfono o videoconferencia) con su médico durante 5 a 10 minutos **si cumple con las siguientes condiciones**: ○ No es un paciente nuevo. ○ El control no está relacionado con una consulta en el consultorio de los últimos 7 días. ○ La revisión no deriva en una visita al consultorio en un plazo de 24 horas o en la siguiente cita disponible lo antes posible. • Evaluación del video o las imágenes que envía a su médico y la interpretación y el seguimiento por parte de	Estos son los montos de costos compartidos de 2026 y es posible que cambien para 2027. Mercy Care Advantage proporcionará tarifas actualizadas tan pronto como se publiquen.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
su médico dentro de las 24 horas **en caso de que ocurra lo siguiente:** o No es un paciente nuevo. o La evaluación no está relacionada con una consulta en el consultorio de los últimos 7 días. o La evaluación no deriva en una consulta en el consultorio en un plazo de 24 horas o en la siguiente cita disponible lo antes posible. • Consulta que su médico tiene con otros médicos por teléfono, Internet o historia clínica electrónica. • Una segunda opinión antes de la cirugía.	
Servicios de podiatría Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (por ejemplo, dedo en martillo o espolones calcáneos). • Atención de rutina de los pies para los miembros que padecen determinadas afecciones médicas que comprometen las extremidades inferiores. • El plan cubre una consulta de rutina complementaria cada tres meses. ***Los servicios cubiertos por Medicare requieren autorización previa o una remisión de su médico.*** ***No se requiere autorización previa para las consultas complementarias de podología.***	0% o 20% del costo para cada consulta de podiatría cubierta por Medicare.* Las consultas de podiatría que cubre Medicare son para el cuidado médicamente necesario de los pies. Usted no paga nada para hasta 1 consulta de podiatría de rutina complementaria cada tres meses. Este servicio tiene un deducible de $283 de la Parte B de Medicare para cierto tipo de servicios cubiertos por Medicare, tal como se describe en la Sección 1.2 de este Capítulo. Estos son los montos de costos compartidos de

Servicio cubierto	Lo que usted paga
	2026 y es posible que cambien para 2027. Mercy Care Advantage proporcionará tarifas actualizadas tan pronto como se publiquen.
Profilaxis preexposición (PrEP) para la prevención del VIH Si usted no tiene el VIH, pero su médico u otro profesional de atención médica determinan que tiene un mayor riesgo de contraerlo, cubrimos los medicamentos para la profilaxis previa a la exposición (PrEP) y los servicios relacionados. Si reúne los requisitos, los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Medicamentos de PrEP orales o inyectables aprobados por la FDA, incluido el cargo por la inyección del medicamento, si corresponde • Hasta 8 sesiones de asesoramiento individual (incluida la evaluación del riesgo de VIH, la reducción del riesgo de VIH y la adherencia a la medicación) cada 12 meses. • Hasta 8 pruebas de detección de VIH cada 12 meses. • Prueba de detección del virus de la hepatitis B una sola vez.	No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio de la PrEP.
Exámenes de detección de cáncer de próstata Para los hombres de 50 años o más, los servicios cubiertos incluyen lo siguiente una vez cada 12 meses: • Tacto rectal • Análisis del antígeno prostático específico (PSA)	No se requiere coseguro, copago ni deducible para un análisis del antígeno prostático específico (PSA) anual.
Dispositivos protésicos y ortésicos y suministros relacionados Dispositivos (no dentales) que reemplazan una función o parte del cuerpo parcial o totalmente. Estos incluyen, entre otros, la prueba o colocación de dispositivos protésicos y ortésicos o la capacitación sobre su uso; bolsas de colostomía y productos	0% o 20% del costo para dispositivos protésicos cubiertos por Medicare.* 0% o 20% del costo por suministros médicos

Servicio cubierto	Lo que usted paga
directamente relacionados con el cuidado de la colostomía, marcapasos, férulas, zapatos protésicos, miembros artificiales y prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico para después de una mastectomía). Se incluyen determinados suministros relacionados con dispositivos ortésicos y protésicos, y también la reparación o sustitución de estos dispositivos. Además, se proporciona cierto grado de cobertura después de la extracción de cataratas o de una cirugía de cataratas (para obtener más detalles, consulte *Atención de la vista* más adelante en esta tabla). ***Los servicios requieren autorización previa o una remisión de su médico.***	relacionados con dispositivos protésicos, entablillados y otros dispositivos cubiertos por Medicare.* Este servicio tiene un deducible de $283 de la Parte B de Medicare para cierto tipo de servicios cubiertos por Medicare, tal como se describe en la Sección 1.2 de este Capítulo. Estos son los montos de costos compartidos de 2026 y es posible que cambien para 2027. Mercy Care Advantage proporcionará tarifas actualizadas tan pronto como se publiquen.
Servicios de rehabilitación pulmonar Los programas intensivos de rehabilitación pulmonar están cubiertos para miembros que padecen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD) de moderada a grave y tienen una remisión del médico que atiende su enfermedad respiratoria crónica, para comenzar una terapia de rehabilitación pulmonar. ***Los servicios requieren autorización previa o una remisión de su médico.***	0% o 20% del costo para servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare.* Este servicio tiene un deducible de $283 de la Parte B de Medicare para cierto tipo de servicios cubiertos por Medicare, tal como se describe en la Sección 1.2 de este Capítulo.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
	Estos son los montos de costos compartidos de 2026 y es posible que cambien para 2027. Mercy Care Advantage proporcionará tarifas actualizadas tan pronto como se publiquen.
Pruebas de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol Cubrimos una prueba de detección de consumo excesivo de alcohol para adultos (incluidas mujeres embarazadas) que abusan del alcohol pero que no son dependientes. Si el resultado de la prueba de detección de abuso de alcohol es positivo, usted puede obtener hasta 4 sesiones breves de asesoramiento personales por año (si demuestra ser competente y estar alerta durante el asesoramiento) brindado por un médico o profesional de atención primaria calificado en un establecimiento de atención primaria.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para beneficios preventivos para pruebas de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol cubiertos por Medicare.
Prueba de detección de cáncer de pulmón con tomografía computada de dosis baja (LDCT) Para personas que califiquen, 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 de tabaquismo de, al menos, 20 paquetes por año y que fuman actualmente, que han dejado de fumar en el plazo de los últimos 15 años, que reciben una orden para una LDCT durante una consulta de asesoramiento y toma de decisiones compartida sobre la detección de cáncer de pulmón que cumple con los criterios de Medicare para dichas consultas y que fue realizada por un médico o profesional no médico calificado. *Para poder realizarse una prueba de detección de cáncer de pulmón después de una prueba de detección inicial con una*	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta de asesoramiento y de toma de decisiones compartidas cubierta por Medicare o para la LDCT.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
LDCT: los miembros deben recibir una orden para realizarse una prueba de detección de cáncer de pulmón con una LDCT, que puede proporcionar un médico o profesional no médico calificado durante cualquier consulta apropiada. Si un médico o profesional no médico calificado elige realizar una consulta de asesoramiento y de toma de decisiones compartidas para realizar una prueba de detección de cáncer de pulmón con LDCT posterior, la consulta debe cumplir con los criterios de Medicare para dichas consultas.	
Prueba de detección de 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 solicita una y usted cumple una de las siguientes condiciones: • Está en alto riesgo porque usa o ha usado drogas inyectables ilícitas. • Recibió una transfusión de sangre antes de 1992. • Nació entre 1945 y 1965. Si nació entre 1945 y 1965 y no se considera de alto riesgo, cubrimos una prueba de detección una vez. Si corre un alto riesgo (por ejemplo, ha seguido consumiendo drogas inyectables ilícitas desde que su anterior prueba de detección de hepatitis C dio negativo), cubrimos pruebas de detección anuales.	No hay coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección del virus de la hepatitis C cubiertas por Medicare.
Prueba de detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) y asesoramiento para prevenir las ITS Cubrimos las pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) como clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas de detección están cubiertas para las mujeres embarazadas y para ciertas personas que se encuentran en un mayor riesgo de infecciones por ITS cuando el proveedor de atención primaria las solicita. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertas etapas durante el embarazo.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para beneficios preventivos para pruebas de detección de ETS y asesoramiento para prevenirlas cubiertos por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
También cubrimos hasta 2 sesiones personales súper intensivas de asesoramiento conductual de 20 a 30 minutos por año, para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de infecciones por ETS. Solo cubrimos estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo si son proporcionadas por un proveedor de atención primaria y se realizan en un establecimiento de atención primaria, como en el consultorio de un médico.	
Servicios para tratar enfermedades renales Las enfermedades renales y los servicios de diálisis incluyen lo siguiente: • Servicios educativos sobre la enfermedad renal para enseñar sobre el cuidado del riñón y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas sobre su cuidado. En el caso de los miembros con enfermedad renal crónica en la etapa IV, cuando son remitidas por su médico, cubrimos hasta 6 sesiones de servicios educativos sobre la enfermedad renal de por vida. • Tratamientos de diálisis para pacientes externos (incluso tratamientos de diálisis cuando está 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 posible comunicarse con ellos temporalmente). • Tratamientos de diálisis para pacientes internados (si es ingresado en el hospital como paciente internado para recibir atención especial). • Preparación para autodiálisis (incluye su preparación y la de cualquier otra persona que le ayude con los tratamientos de diálisis en su hogar). • Equipos y suministros para autodiálisis en su hogar. • Determinados servicios de apoyo a domicilio (por ejemplo, cuando sea necesario, recibir visitas por parte de trabajadores capacitados y especializados en diálisis para verificar cómo va con la autodiálisis en su hogar, para ayudar en casos de emergencia y para revisar su equipo para diálisis y el suministro de agua). Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos por la Parte B de Medicare. Para obtener información sobre la	0% o 20% del costo para servicios educativos sobre diálisis renal o enfermedad renal cubiertos por Medicare.* Este servicio tiene un deducible de $283 de la Parte B de Medicare para cierto tipo de servicios cubiertos por Medicare, tal como se describe en la Sección 1.2 de este Capítulo. Estos son los montos de costos compartidos de 2026 y es posible que cambien para 2027. Mercy Care Advantage proporcionará tarifas actualizadas tan pronto como se publiquen.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
cobertura de los medicamentos de la Parte B, consulte **Medicamentos de la Parte B de Medicare** en esta tabla**.**	
Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (SNF) (Para obtener una definición de cuidado en un centro de atención de enfermería especializada, consulte el Capítulo 12. que suele denominarse SNF). • 100 días de límite por cada período de beneficios. • No se requiere hospitalización previa. • Si se encuentra inscrito en el Sistema de atención a largo plazo de Arizona (ALTCS), no hay límite para la cantidad de días cubiertos. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario) • Comidas, incluidas dietas especiales • Servicios de enfermería especializada • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Medicamentos administrados como parte del plan de atención (Esto incluye sustancias naturalmente presentes en el organismo, como los factores de la coagulación de la sangre). • Sangre: incluidos almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y de concentrado de glóbulos rojos comienza a partir de la cuarta pinta de sangre que usted necesite; debe pagar por las 3 primeras pintas de sangre que reciba en un año calendario, donar la sangre usted mismo o pedirle a alguien más que done. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta de sangre utilizada. • Suministros médicos y quirúrgicos que habitualmente proveen los SNF • Análisis de laboratorio que habitualmente se realizan en los SNF • Radiografías y otros servicios de radiología que habitualmente se realizan en los SNF • Uso de aparatos, como sillas de ruedas, que habitualmente proveen los SNF • Servicios de médicos o profesionales	En 2026, los montos de costo compartido de Medicare para cada período de beneficios son $0 o lo siguiente: No paga nada para los días 1 a 20; coseguro de $217 por día para los días 21 a 100.* Estos son los montos de costo compartido de 2026 y es posible que cambien para el 2027. Mercy Care Advantage le proporcionará las tarifas actualizadas tan pronto como se publiquen.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Generalmente, la atención en los SNF la obtiene en los centros de la red. En determinadas condiciones que se detallan más adelante, es posible que pueda pagar los costos compartidos dentro de la red para un centro que no sea un proveedor de la red, si dicho centro acepta los montos de pago de nuestro plan. • Un hogar de convalecencia o una comunidad de atención continua para los jubilados donde estaba viviendo justo antes de ir al hospital (siempre que brinde los servicios de un centro de atención de enfermería especializada). • Un SNF donde su cónyuge o pareja de hecho estén viviendo en el momento en que usted se retire del hospital. ***Los servicios pueden requerir autorización previa o remisión de su médico.***	
Servicios para dejar de fumar y consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco) El asesoramiento para dejar de fumar y consumir tabaco está cubierto para pacientes externos y hospitalizados que cumplan los siguientes criterios: • Consumen tabaco, independientemente de si presentan signos o síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco. • Son competentes y están alerta durante el asesoramiento. • Un médico calificado u otro profesional reconocido por Medicare brinda asesoramiento. Cubrimos 2 intentos de abandono del tabaco por año (cada intento puede incluir un máximo de 4 sesiones intermedias o intensivas, y el paciente puede recibir hasta 8 sesiones por año).	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos para dejar de fumar y de consumir tabaco cubiertos por Medicare.
Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas Para ser elegible para SSBCI, los miembros deben tener una o más de las siguientes afecciones crónicas: Diabetes, demencia, insuficiencia cardíaca, enfermedad vascular,	No paga nada.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
VIH/SIDA u otras afecciones elegibles que no se enumeran aquí. Si califica para una de las afecciones crónicas, también debe calificar como miembro con una "enfermedad crónica" según lo definido por las regulaciones de los CMS y los criterios de cobertura de nuestro plan para Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (SSBCI). Tarjeta Flex de $85 por mes para miembros que califiquen para productos personales de salud y bienestar, y productos alimenticios saludables cubiertos.	
Tratamiento de ejercicios supervisados (SET) El programa de SET está cubierto para miembros con enfermedad arterial periférica (PAD) sintomática y una remisión para la PAD del médico responsable del tratamiento de dicha enfermedad. La cobertura incluye hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas, siempre y cuando se cumplan los requisitos del programa de SET. El programa de SET debe tener las siguientes características: • Incluir sesiones de entre 30 y 60 minutos, compuestas por un programa de entrenamiento con ejercicios terapéuticos para PAD en pacientes con claudicación. • Proporcionarse en un entorno hospitalario para pacientes externos o en el consultorio médico. • Ser brindado por personal auxiliar calificado necesario para garantizar que los beneficios superen los daños y capacitado en tratamiento de ejercicios para la PAD. • Debe estar bajo la supervisión directa de un médico, auxiliar médico (PA) o profesional en enfermería (NP)/especialistas en enfermería clínica (CNS) que deben estar capacitados en técnicas básicas y avanzadas de soporte vital. El programa de SET puede estar cubierto por más de 36 sesiones, durante 12 semanas, con la posibilidad de extenderlo por 36 sesiones adicionales durante un período prolongado si el proveedor de atención médica considera que es médicamente necesario. ***Los servicios pueden requerir autorización previa o una remisión de su médico.***	0% o 20% del costo para las sesiones cubiertas por Medicare.*

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios de transporte Nuestro plan cubre servicios de transporte de rutina hasta 12 viajes de ida o de vuelta o 6 viajes de ida y vuelta cada año calendario. **Solo puede usar este servicio de transporte para acceder a los siguientes beneficios complementarios de Mercy Care Advantage:** • Servicios dentales • Audífonos • Productos de venta libre en puntos de venta de farmacias CVS seleccionadas • Podiatría • Beneficios de la vista • SSBCI • Programas de bienestar o Educación sobre diabetes o Hacer ejercicio o Nutrición o Sesiones para dejar de fumar **Para proporcionarle el mejor servicio, le pedimos que presente un aviso con 3 días de antelación para solicitudes de transporte cuando sea posible. Si llama el mismo día de la cita, es posible que no podamos organizar el servicio de transporte para usted a tiempo para su cita. Tal vez tenga que reprogramar su cita o pedirle a un familiar o amigo que lo lleve.**	No paga nada.
Servicios de urgencia Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata y que no es una emergencia es un servicio de urgencia si usted está temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o, incluso si está dentro del área de servicio de nuestro plan, no es razonable, debido a sus horarios, ubicación y circunstancias, recibir este servicio de proveedores de la red. Nuestro plan debe cubrir los servicios de urgencia y solo cobrarle el costo compartido dentro de la red. Algunos ejemplos de servicios de urgencia son las enfermedades y lesiones imprevistas o las exacerbaciones inesperadas de afecciones existentes. Las consultas con proveedores de rutina médicamente necesarias (como los controles anuales) no se consideran de urgencia, incluso si	0% o 20% (hasta $40) del costo para consultas de servicios de urgencia cubiertas por Medicare.*

Servicio cubierto	Lo que usted paga
usted se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o nuestra red del plan no está disponible temporalmente. El costo compartido para los servicios de urgencia proporcionados fuera de la red es el mismo que paga para dichos servicios prestados dentro de la red. No se cubren fuera de los Estados Unidos o sus territorios. Comuníquese con el plan para obtener más detalles.	
Atención de la vista Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Servicios de médicos para pacientes externos para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones de los ojos, incluido el tratamiento de la degeneración macular relacionada con la edad. Original Medicare no cubre exámenes de la vista de rutina (refracción de la vista) para anteojos o lentes de contacto. • Para las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma, cubrimos una prueba de detección de glaucoma cada año. Las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma son las personas con antecedentes familiares de glaucoma, las personas diabéticas, los afroamericanos de 50 años o más y los hispanoamericanos de 65 años o más. • Para las personas con diabetes, se cubre una prueba de detección de retinopatía diabética por año. • Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluya la colocación de una lente intraocular. Si necesita 2 operaciones de cataratas por separado, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía y comprar 2 pares de anteojos después de la segunda cirugía. • Un examen de la vista complementario de rutina por año. • Límite de cobertura del plan de $300 para anteojos (lentes de contacto; anteojos [lentes y monturas]) cada año. ***Los servicios cubiertos por Medicare requieren autorización previa o una remisión de su médico.*** ***No se requiere autorización previa para los servicios complementarios de la vista.***	0% o 20% del costo por exámenes para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones oculares cubiertos por Medicare, incluida la prueba anual de detección de glaucoma para personas en riesgo. Copago de $0 para un par de anteojos (lentes y monturas) o lentes de contacto cubiertos por Medicare después de una cirugía de cataratas.* Copago de $0 por hasta un examen de la vista de rutina complementario por año como máximo.*

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Consulta preventiva Bienvenido a Medicare Nuestro plan cubre la consulta preventiva única *Bienvenido a Medicare*. La consulta incluye una revisión de su salud, como así también educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita (incluidas ciertas pruebas de detección y vacunas) y remisiones a otro tipo de atención si fuera necesario. **Importante:** Cubrimos la consulta preventiva *Bienvenido a Medicare* solo dentro de los primeros 12 meses de tener la Parte B de Medicare. Cuando solicite la cita, informe al consultorio del médico que quiere programar su consulta preventiva *Bienvenido a Medicare*.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta preventiva *Bienvenido a Medicare*.

Arizona Health Care Cost Containment System (Sistema de contención de costos de atención médica de Arizona)
Beneficios del plan de necesidades especiales de Medicare Advantage para miembros con doble elegibilidad
Beneficios para 2027

Para poder comprender mejor sus opciones de atención médica, la siguiente tabla registra los cargos por ciertos servicios con el Sistema de Contención de Costos de Atención Médica de Arizona (Medicaid) como una persona que tiene tanto Medicare como Medicaid.

Su responsabilidad de costo compartido de Medicare se basa en su nivel de elegibilidad de Medicaid.

- Beneficiario calificado de Medicare (QMB): $0. Su plan de salud de Medicaid pagará sus montos de costo compartido de Medicare, a menos que se indique lo contrario más adelante.
- No QMB con las Partes A y B de Medicare: su plan de salud de Medicaid pagará sus montos de costo compartido de Medicare solo cuando el beneficio también esté cubierto por Medicaid.

PROGRAMAS DE MEDICAID DE CUIDADO AGUDO Y A LARGO PLAZO (1)	Como QMB con doble elegibilidad en el AHCCCS, usted paga lo siguiente:	Como miembro que no QMB con doble elegibilidad del AHCCCS, usted paga lo siguiente:
Hospitalización para pacientes internados	$0	$0
Hospitalización con atención de salud conductual para pacientes internados	$0	$0
Servicios en centro de atención de enfermería	$0	$0
Consulta de atención médica a domicilio	$0	$0
Consultas al médico de atención primaria (PCP)	$0	$0 por consultas de bienestar y de $0 a $4 por otras consultas en función de la elegibilidad (2) para personas de 21 años o más (2). $0 para personas de 20 años o menos.
Consulta con un médico especialista	$0	$0 por consultas de bienestar y de $0 a $4 por otras consultas en función de la elegibilidad (2) para personas de 21 años o más. $0 para personas de 20 años o menos.
Servicios cubiertos por Medicare, incluida la administración de casos crónicos/complejos, etc.	$0	$0 para personas de 20 años o menos. *Sin cobertura para personas de 21 años o más.*
Consultas de quiropráctica	$0	$0 para personas de 20 años o menos; $0 a $2.30 para personas de 21 años o más en función de la elegibilidad (2), hasta 20 consultas médicamente necesarias a partir del 1 de octubre de cada año (se pueden autorizar consultas adicionales si son médicamente necesarias).
Visitas de servicio de podiatría	$0	$0
Visitas de atención de salud conductual para pacientes externos	$0	$0

PROGRAMAS DE MEDICAID DE CUIDADO AGUDO Y A LARGO PLAZO (1)	Como QMB con doble elegibilidad en el AHCCCS, usted paga lo siguiente:	Como miembro que no QMB con doble elegibilidad del AHCCCS, usted paga lo siguiente:
Visitas de atención por abuso de sustancias tóxicas para pacientes externos	$0	$0
Visitas en centros quirúrgicos ambulatorios o centros hospitalarios para pacientes externos	$0	De $0 a $3 en función de la elegibilidad (2) para personas de 21 años o más. $0 para personas de 20 años o menos.
Servicios de ambulancia	$0	$0
Servicios de emergencia	$0	$0
Visitas de atención de urgencia	$0	De $0 a $4 en función de la elegibilidad (2) para personas de 21 años o más. $0 para personas de 20 años o menos.
Consulta de terapia del habla/fisioterapia/terapia ocupacional para pacientes externos	$0	De $0 a $3 en función de la elegibilidad (2) para personas de 21 años o más. $0 para personas de 20 años o menos.
Equipo médico duradero	$0	$0
Dispositivos protésicos	$0	$0: *Prótesis controlada por microprocesador para miembro inferior o articulación no cubierta para personas de 21 años o más.*
Suministros y capacitación para el autocontrol de la diabetes (cuando se proporcionan como parte de una consulta con el PCP)	$0	$0
Consulta a trabajadores de salud comunitarios (CHW)	$0	$0
Exámenes de diagnóstico, radiografías y servicios de laboratorio (incluidos servicios de diagnóstico y de pruebas para la COVID-19)	$0	$0

PROGRAMAS DE MEDICAID DE CUIDADO AGUDO Y A LARGO PLAZO (1)	Como QMB con doble elegibilidad en el AHCCCS, usted paga lo siguiente:	Como miembro que no QMB con doble elegibilidad del AHCCCS, usted paga lo siguiente:
Prueba de detección de cáncer colorrectal	$0	$0
Vacunas antigripales y contra la neumonía	$0	$0
Mamografías	$0	$0
Prueba de Papanicolaou y examen pélvico	$0	$0
Examen de detección de cáncer de próstata	$0	$0
Diálisis renal o tratamiento nutricional para pacientes con enfermedad renal terminal	$0	$0
Medicamentos con receta (3)	$0	De $0 a $2.30 en función de la elegibilidad (2) para personas de 21 años o más. $0 para personas de 20 años o menos.
Exámenes auditivos, exámenes auditivos de rutina y evaluaciones para colocación de audífonos	$0 para personas de 20 años o menos. *Sin cobertura para personas de 21 años o más.*	$0 para personas de 20 años o menos. *Sin cobertura para personas de 21 años o más.*
Audífonos	$0 para personas de 20 años o menos. *Sin cobertura para personas de 21 años o más.*	$0 para personas de 20 años o menos. *Sin cobertura para personas de 21 años o más.*
Implantes cocleares	$0	$0
Examen de la vista de rutina, anteojos, lentes de contacto, lentes y monturas	$0 para personas de 20 años o menos. *Sin cobertura para personas de 21 años o más, excepto después de una cirugía de cataratas.*	$0 para personas de 20 años o menos. *Sin cobertura para personas de 21 años o más.*

PROGRAMAS DE MEDICAID DE CUIDADO AGUDO Y A LARGO PLAZO (1)	**Como QMB con doble elegibilidad en el AHCCCS, usted paga lo siguiente:**	**Como miembro que no QMB con doble elegibilidad del AHCCCS, usted paga lo siguiente:**
Examen de la vista de rutina, anteojos, lentes de contacto, lentes y monturas	$0 para personas de 20 años o menos. *Sin cobertura para personas de 21 años o más, excepto después de una cirugía de cataratas.*	$0 para personas de 20 años o menos. *Sin cobertura para personas de 21 años o más.*
Servicios dentales de emergencia para adultos	$0 para personas de 21 años o más. *Servicios sujetos al límite de $1,000 por cada período de 12 meses que comienza el 1 de octubre de cada año.*	$0 para personas de 21 años o más. *Servicios sujetos al límite de $1,000 por cada período de 12 meses que comienza el 1 de octubre de cada año.*
Transporte médicamente necesario que no sea de emergencia	$0	$0
SOLO PROGRAMAS DE MEDICAID DE CUIDADO A LARGO PLAZO (1)	**Como miembro que no es QMB con doble elegibilidad QMB con doble elegibilidad, usted paga:**	**Como miembro que no es QMB con doble elegibilidad en el AHCCCS, usted paga:**
Servicios en centro de atención de enfermería	Costo compartido según lo determine el AHCCCS.	Costo compartido según lo determine el AHCCCS.
Servicios de cuidados paliativos	$0. *Sujeto al límite de 600 horas por cada período de 12 meses que comienza el 1 de octubre de cada año.*	$0. *Sujeto al límite de 600 horas por cada período de 12 meses que comienza el 1 de octubre de cada año.*
Servicios basados en el hogar y la comunidad	Contribución de los miembros según lo determine el AHCCCS.	Contribución de los miembros según lo determine el AHCCCS.

SOLO PROGRAMAS DE MEDICAID DE CUIDADO A LARGO PLAZO (1)	Como miembro que no es QMB con doble elegibilidad QMB con doble elegibilidad, usted paga:	Como miembro que no es QMB con doble elegibilidad en el AHCCCS, usted paga:
Servicios dentales preventivos para adultos (4)	$0 para personas de 21 años o más. *Servicios sujetos al límite de $1,000 por cada período de 12 meses que comienza el 1 de octubre de cada año.*	$0 para personas de 21 años o más. *Servicios sujetos al límite de $1,000 por cada período de 12 meses que comienza el 1 de octubre de cada año.*

(1) Los programas de cuidados agudos de Medicaid incluyen Cuidados Completos del AHCCCS (ACC), Autoridades Regionales de Salud Conductual (RBHA) de ACC y el Plan de Salud Integral del Departamento de Seguridad Infantil de Mercy Care (DCS CHP de Mercy Care). Los programas de Medicaid de cuidado a largo plazo incluyen Discapacidades Físicas y Edad Avanzada (E-PD) y División de Discapacidades del Desarrollo (DDD).

(2) Consulte el sitio web del AHCCCS para obtener información adicional relacionada con el costo compartido del beneficiario y los copagos y beneficios.

(3) Los montos de copago de la Parte D de Medicare son responsabilidad exclusiva del beneficiario. Los planes de salud del AHCCCS no pueden ayudar con el pago de estos montos, salvo en el caso de medicamentos de salud conductual para aquellos beneficiarios con una enfermedad mental grave (SMI) que utilicen fondos permitidos que no sean del Title XIX/XXI.

(4) Además de los servicios dentales de emergencia para adultos descriptos anteriormente.

SECCIÓN 3 Servicios cubiertos fuera de Mercy Care Advantage

En la tabla de la Sección 4.1, se muestran los beneficios que pueden estar cubiertos por su plan de AHCCCS (Medicaid) que no están cubiertos por Mercy Care Advantage. Consulte el Manual para miembros del AHCCCS (Medicaid) para obtener una descripción completa de los servicios cubiertos y no cubiertos.

SECCIÓN 4 Servicios que no están cubiertos por Medicare

En esta sección se describen los servicios que Medicare excluye.

La tabla que se encuentra a continuación describe algunos servicios y productos que no están cubiertos por Medicare bajo ninguna circunstancia o que están cubiertos por nuestro plan o Medicare o Medicaid solo en determinadas circunstancias específicas.

Si recibe servicios que están excluidos (no cubiertos), deberá pagarlos usted mismo, excepto en los casos específicos que se detallan a continuación. Incluso si recibe los servicios excluidos en un centro de emergencia, los servicios excluidos siguen sin estar cubiertos y nuestro plan no los pagará. La única excepción es si el servicio se apela y se decide, mediante una apelación, que es un servicio médico que debería haberse pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hayamos tomado sobre no prestar cobertura para un servicio médico, consulte la Sección 6.3 del Capítulo 9).

Servicios no cubiertos por Medicare	Con cobertura en circunstancias específicas
Acupuntura	Disponible para las personas que padecen dolor crónico en la región lumbar en determinadas circunstancias.
Cirugía o procedimientos estéticos	Se cubren en casos de una lesión accidental o para mejorar el funcionamiento de un miembro deformado Se cubren todas las etapas de reconstrucción de mama después de una mastectomía, así como también la de la mama no afectada, para producir una apariencia simétrica
Cuidado asistencial El cuidado asistencial es la atención personal que no requiere de la atención continua de personal médico o paramédico capacitado, como la atención que le ayuda con las actividades de la vida diaria, como bañarse o vestirse.	No cubiertos en ninguna situación

Servicios no cubiertos por Medicare	Con cobertura en circunstancias específicas
Procedimientos quirúrgicos y médicos, equipos y medicamentos experimentales Los productos y procedimientos experimentales son aquellos determinados por Original Medicare que, generalmente, no son aceptados por la comunidad médica.	Pueden estar cubiertos por Original Medicare en virtud de un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o nuestro plan (Para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica, consulte la Sección 5 del Capítulo 3).
Cargos que cobren los familiares directos o los integrantes de su familia por la atención brindada	No cubiertos en ninguna situación
Atención de enfermería de tiempo completo en el hogar	No cubiertos en ninguna situación
Servicios de salud a domicilio	Medicare cubre la atención de enfermería especializada a tiempo parcial o intermitente médicamente necesaria.
Servicios de empleada doméstica que incluyen ayuda básica en el hogar, incluso tareas domésticas sencillas o preparación de comidas livianas.	No cubiertos en ninguna situación
Servicios de un naturoterapeuta (emplean tratamientos naturales o alternativos)	No cubiertos en ninguna situación
Atención dental que no es de rutina	Se puede cubrir la atención dental requerida para tratar una enfermedad o lesión como atención para pacientes internados o externos.
Zapatos ortopédicos o dispositivos de apoyo para los pies	Se cubren los zapatos que forman parte de una pierna ortopédico y que se incluyen en el costo de la pierna. Se cubren los zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas que padecen pie diabético
Objetos personales en su habitación del hospital o centro de atención de enfermería especializada, por ejemplo, un teléfono o televisor	No cubiertos en ninguna situación
Habitación privada en el hospital	Solo se cubre cuando es médicamente necesario

Servicios no cubiertos por Medicare	Con cobertura en circunstancias específicas
Procedimientos para invertir la esterilización y suministros de anticonceptivos sin receta	No cubiertos en ninguna situación
Atención de quiropráctica de rutina	Se cubre la manipulación de la columna para corregir una subluxación.
Queratotomía radial, cirugía LASIK y otros dispositivos de ayuda para baja visión	Un par de anteojos con marcos estándar (o un juego de lentes de contacto) cubiertos después de cada cirugía de cataratas en la que se implante una lente intraocular.
Servicios considerados no razonables ni necesarios, según las normas de Original Medicare	No cubiertos en ninguna situación

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

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

Debido a que usted es elegible para Medicaid, califica para la Ayuda adicional de Medicare y la recibe para pagar los costos de su plan de medicamentos con receta. Debido a que participa en el programa de Ayuda adicional, es posible que haya información que no se aplique a su caso en esta Evidencia de cobertura sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D. Le enviamos un inserto separado, que se denomina "Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs" (Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta), también conocida como "Low Income Subsidy Rider" o "LIS Rider" (Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS), que le informa sobre la cobertura para sus medicamentos. Si no tiene este folleto, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **602-364-3610** o al **1-800-334-1540** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) y solicite la cláusula adicional de LIS.

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

Consulte la Tabla 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.

Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos con receta están cubiertos por sus beneficios del AHCCCS (Medicaid). En nuestra Lista de medicamentos, se le explica cómo puede obtener información sobre su cobertura de medicamentos del AHCCCS (Medicaid).

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

- Debe pedirle a un proveedor (médico, dentista u otra persona autorizada a dar recetas) que le emita una receta, que debe ser válida en virtud de la ley estatal aplicable.

- La persona autorizada a dar recetas no debe estar en las Listas de exclusión o preclusión de Medicare.
- Por lo general, debe utilizar una farmacia de la red para obtener su receta (consulte la Sección 2) o puede obtener su receta a través del servicio de pedido por correo de su plan.
- Su medicamento debe estar en la Lista de medicamentos de nuestro plan (consulte la Sección 3).
- El medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. Una "indicación médicamente aceptada" es un uso del medicamento que está aprobado por la FDA, o avalado por ciertas referencias. (Consulte la Sección 3 para obtener información sobre cómo obtener una indicación médicamente aceptada).
- Es posible que su medicamento requiera la aprobación de nuestro plan en función de ciertos criterios antes de que aceptemos cubrirlo. (Consulte la Sección 4 para obtener más información).

SECCIÓN 2 Obtener su receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedidos por correo de nuestro plan

En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta están cubiertos *solo* si los obtiene en las farmacias de la red de nuestro plan. (Consulte la Sección 2.5 para obtener información sobre cuándo cubrimos las recetas que se obtienen en farmacias fuera de la red).

Una farmacia de la red es una farmacia que tiene un contrato con nuestro plan para proporcionar sus medicamentos cubiertos. El término "medicamentos cubiertos" significa todos los medicamentos de la Parte D que se encuentran en la Lista de medicamentos de nuestro plan.

Sección 2.1 Farmacias de la red

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

Para buscar una farmacia de la red, visite su Directorio de farmacias, visite nuestro sitio web **mercycareaz.org** o llame al Departamento de Servicios para Miembros al **602-364-3610** o al **1-800-334-1540** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**).

Puede ir a cualquiera de las farmacias de la red.

Si su farmacia abandona la red

Si la farmacia que usa abandona la red de nuestro plan, tendrá que encontrar una nueva farmacia en la red. Para buscar otra farmacia en su área, obtenga ayuda del Departamento de Servicios para Miembros al **602-364-3610** o al **1-800-334-1540** (los usuarios de TTY deben

llamar al **711**) o use el *Directorio de farmacias*. También puede encontrar esta información en nuestro sitio web en **mercycareaz.org**.

Farmacias especializadas

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

- Farmacias que proveen medicamentos para tratamientos de infusión en el hogar.
- Farmacias que proveen medicamentos para las personas que residen en un centro de atención a largo plazo (LTC). Usualmente, una institución LTC (tal como un hogar de ancianos) tiene su propia farmacia. Si tiene dificultades para obtener sus medicamentos de la Parte D en un centro de LTC, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **602-364-3610** o al **1-800-334-1540** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**).
- Farmacias que brinden servicios al Programa de salud para la población india estadounidense urbana o tribal, del Servicio de Salud Indígena (no está disponible en Puerto Rico). Salvo en caso de emergencia, solo los indios estadounidenses o los nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias dentro de la red.
- Farmacias que entregan medicamentos recetados restringidos por la FDA a ciertas localidades o que requieran de manejo especial, coordinación de proveedores o educación sobre su uso. Para buscar una farmacia especializada, visite su *Directorio de farmacias* en **mercycareaz.org/advantage/part-d.html** o llame al Departamento de Servicios para Miembros al **602-364-3610** o al **1-800-334-1540** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**).

Sección 2.2 Servicio de envío por correo de nuestro plan

Para determinados tipos de medicamentos, puede utilizar los servicios de pedido por correo de la red de nuestro plan. Por lo general, los medicamentos proporcionados a través del servicio de pedido por correo son medicamentos que toma con regularidad para tratar una enfermedad crónica o una afección médica prolongada. Los medicamentos que no están disponibles a través del servicio de pedidos por correo de nuestro plan están marcados con “NM” en nuestra Lista de medicamentos.

El servicio de pedido por correo de nuestro plan le permite solicitar un suministro de **100 días como máximo**.

Para obtener los formularios de pedido e información sobre cómo obtener sus medicamentos con receta por correo, llame a Atención al Cliente de CVS Caremark al **1-844-843-6264** (TTY: **1-800-231-4403**). O puede registrarse en línea con CVS Caremark en caremark.com. Una vez registrado, podrá solicitar resurtidos, renovar sus recetas y verificar el estado de su pedido.

Por lo general, el pedido a la farmacia de pedidos por correo se le entregará en menos de 10 días. Si la farmacia de pedidos por correo prevé que el pedido se retrasará, le notificarán al respecto. Si necesita solicitar un pedido rápido a causa de un retraso en el pedido por correo, puede comunicarse con Atención al cliente para analizar las opciones, que pueden incluir obtenerlos en una farmacia minorista local o acelerar el método de envío. Proporcione al representante su número de identificación y el/los número(s) de receta médica. Si desea una entrega de sus medicamentos al segundo día o al día siguiente, puede solicitarlo a un representante de Atención al Cliente si paga un cargo adicional. Comuníquese con Atención al Cliente de CVS Caremark al **1-844-843-6264** (TTY **1-800-231-4403**) y ellos comenzarán a procesar un pedido de reemplazo. Las llamadas a estos números son gratuitas.

Nuevas recetas que la farmacia recibe directamente del consultorio de su médico.
La farmacia surtirá automáticamente y entregará las nuevas recetas que recibe de los proveedores de atención médica, sin consultar con usted en primer lugar, si se cumplen los siguientes requisitos:

- Utilizó los servicios de pedido por correo con este plan en el pasado.
- O se inscribió para la entrega automática de todas las recetas nuevas recibidas directamente de los proveedores de atención médica. Puede solicitar el envío automático de todas las recetas nuevas en cualquier momento.

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

Si utilizó el pedido por correo antes y no desea que la farmacia surta y envíe automáticamente cada medicamento con receta nuevo, inicie sesión en su cuenta de Caremark.com o llame a Atención al Cliente de CVS Caremark al **1-844-843-6264** (TTY **1-800-231-4403**) para comunicarse con nosotros.

Si usted nunca utilizó nuestro servicio de pedido por correo o decide interrumpir el surtido automático de nuevas recetas, la farmacia se comunicará con usted cada vez que reciba una nueva receta de un proveedor de atención médica para determinar si desea que el medicamento se surta y envíe inmediatamente. Es importante que responda cada vez que la farmacia se comunique con usted, para informarles si deben enviar, retrasar o cancelar la nueva receta.

Para dejar de recibir las entregas automáticas de nuevos medicamentos con receta que obtuvo directamente del consultorio de su proveedor de atención médica, comuníquese con nosotros; para ello, inicie sesión en su cuenta Caremark.com o llame a Atención al Cliente de CVS Caremark al **1-844-843-6264** (TTY **1-800-231-4403**).

Resurtidos de recetas médicas de pedido por correo. Para la nueva obtención automática de sus medicamentos, usted tiene la opción de inscribirse en un programa automático para obtener medicamentos [*optional:* llamado *[insert name of auto-refill program]*]. De acuerdo con este programa, empezamos a procesar su próximo resurtido automáticamente cuando nuestros registros nos indican que está próximo a quedarse sin su medicamento. La farmacia se comunicará con usted antes del envío de cada resurtido para asegurarse de que necesite más medicamento, y usted puede cancelar los resurtidos si tiene suficiente medicamento o si el medicamento ha cambiado.

Si no desea utilizar nuestro programa de resurtido automático, pero aún desea que la farmacia de pedidos por correo le envíe su medicamento con receta, comuníquese con su farmacia *15* días antes de que su medicamento con receta se le termine. Esto garantizará que reciba su pedido a tiempo.

Para cancelar la participación en la que se preparan automáticamente la obtención de medicamentos de pedidos por correo, contáctenos por teléfono a Atención al Cliente de CVS Caremark al **1-844-843-6264** (TTY **1-800-231-4403**).

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

Sección 2.3 ¿Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo?

Nuestro plan ofrece 2 maneras de recibir un suministro a largo plazo (también llamado suministro extendido) de medicamentos de mantenimiento en el Formulario de nuestro plan. (Los medicamentos de mantenimiento son los que toma regularmente para una afección crónica o de tratamiento a largo plazo).

1. Algunas farmacias minoristas de nuestra red le permitirán obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento al monto del costo compartido del pedido por correo. En su *Directorio de farmacias* en **mercycareaz.org/ find-a-provider**, se detallan las farmacias de la red que pueden proporcionar suministros a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros al **602-364-3610** o al **1-800-334-1540** (los usuarios de TTY deben 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

Por lo general, cubrimos los medicamentos que se obtienen en una farmacia fuera de la red *solo* si no puede utilizar una farmacia de la red. También contamos con farmacias de la red fuera del área de servicio, en las que puede obtener los medicamentos con receta como miembro de nuestro plan. **Consulte primero con el Departamento de Servicios para Miembros al 602-364-3610** o al **1-800-334-1540** (**los usuarios de TTY deben llamar al 711**) para ver si hay una farmacia de la red cerca.

Estas son las circunstancias en las que cubriríamos la obtención de medicamentos con receta en una farmacia fuera de la red:

- El medicamento con receta se necesita por una emergencia médica o atención de urgencia.
- No puede conseguir un medicamento cubierto cuando lo necesita porque no hay farmacias de la red abiertas las 24 horas a una distancia en vehículo razonable.
- La receta es para un medicamento agotado en una farmacia de la red accesible o una de pedido por correo (inclusive los medicamentos caros o únicos).
- Si es evacuado o desplazado, de alguna otra manera, de su casa debido a una catástrofe federal u otra declaración de emergencia de salud pública.
- Una vacuna o un medicamento se administra en el consultorio de su médico.
- Si viaja fuera del área de servicio (dentro de los Estados Unidos) y se le acaban los medicamentos, los pierde o se enferma y no puede acceder a una farmacia de la red.

Generalmente, si debe usar una farmacia fuera de la red, deberá pagar el costo total (y no su costo compartido normal) en el momento en que surta la receta. Puede solicitarnos que le reembolsemos la parte que nos corresponde pagar del costo del medicamento. (En la Sección 2 del Capítulo 7, se explica cómo puede solicitar un reembolso al plan). Es posible que deba pagar la diferencia entre lo que paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia dentro de la red.

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

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

Nuestro plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos* (Formulario). En esta *Evidencia de Cobertura*, **la llamaremos "Lista de medicamentos" en breve.**

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 medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare. Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, los beneficios del AHCCCS (Medicaid) cubren algunos medicamentos con receta. Contáctese con el Departamento de Servicios para Miembros su plan AHCCCS (Medicaid) para obtener información sobre estos medicamentos.

Generalmente cubriremos un medicamento en la Lista de Medicamentos del plan siempre y cuando usted siga las demás normas de cobertura explicadas en este capítulo y el medicamento se use para una indicación médicamente aceptada. Una indicación médicamente aceptada es el uso del medicamento que cumpla con *uno* de los siguientes requisitos:

- Esté aprobado por la FDA para el diagnóstico o la afección para la cual ha sido recetado.
- O bien, esté respaldado por ciertas referencias, como la American Hospital Formulary Service Drug Information y el sistema de información DRUGDEX Micromedex.

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

Un medicamento de marca es un medicamento con receta que se vende con un nombre de marca registrada de propiedad de un fabricante de medicamentos. Los productos biológicos son medicamentos que son más complejos que los medicamentos habituales. En la Lista de medicamentos, cuando nos referimos a “medicamentos”, esto podría referirse a un medicamento o a un producto biológico.

Un medicamento genérico es un medicamento con receta que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Los productos biológicos tienen alternativas que se denominan biosimilares. Por lo general, los medicamentos genéricos y los biosimilares funcionan igual de bien que el de marca o el producto biológico original, pero suelen ser más económicos. Hay medicamentos genéricos sustitutos disponibles para muchos medicamentos de marca y alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son biosimilares intercambiables y, de acuerdo con la ley estatal, se pueden sustituir por el producto biológico original en la farmacia sin la necesidad de una receta nueva, al igual que los medicamentos genéricos pueden sustituirse por medicamentos de marca.

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

¿Qué no está en la "Lista de Medicamentos"?

Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, los beneficios del AHCCCS (Medicaid) cubren algunos medicamentos con receta. Estos medicamentos adicionales no están en la Lista de medicamentos de Mercy Care Advantage. Contáctese con el Departamento de Servicios para Miembros su plan AHCCCS (Medicaid) para obtener información sobre estos medicamentos. Nuestro plan no cubre todos los medicamentos con receta.

- En algunos casos, la ley no permite que ningún plan de Medicare cubra ciertos tipos de medicamentos. (Consulte la Sección 7 para obtener más información).
- En otros casos, hemos decidido no incluir un medicamento particular en la "Lista de Medicamentos".
- En algunos casos, puede obtener un medicamento que no figura en nuestra Lista de medicamentos. (Consulte el Capítulo 9 para obtener más información).

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

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

- Consulte la Lista de medicamentos más reciente que le enviamos de forma electrónica.
- Visite el sitio web de nuestro plan (**mercycareaz.org**). La Lista de medicamentos en el sitio web siempre es la más actualizada.
- Llame al Departamento de Servicios para Miembros al **602-364-3610** o al **1-800-334-1540** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) para averiguar si un medicamento en particular está en la Lista de medicamentos de nuestro plan o solicite una copia de la lista.
- Use nuestra "Herramienta de beneficios en tiempo real" en **Caremark.com** para buscar medicamentos en la Lista de medicamentos y así obtener una estimación de lo que usted pagará y saber si hay medicamentos alternativos en la Lista de medicamentos que podrían tratar la misma afección. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros al **602-364-3610** o al **1-800-334-1540** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**).

SECCIÓN 4 Hay restricciones en la cobertura de ciertos medicamentos

Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?

Para ciertos medicamentos recetados, hay reglas especiales que restringen cómo y cuándo el plan los cubre. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrollaron estas normas para alentarles a usted y a su proveedor a utilizar los medicamentos de la forma más eficaz. Para averiguar si alguna de estas restricciones se aplica a un medicamento que está tomando o desea tomar, consulte la Lista de medicamentos.

Si un medicamento seguro y de bajo costo funciona médicamente tan bien como uno de mayor costo, las normas de nuestro plan están destinadas a alentarlos a usted y a su proveedor a usar esa opción más económica.

Note que a veces un medicamento recetado podría aparecer más de una vez en nuestra Lista de Medicamentos. Esto se debe a que los mismos medicamentos pueden variar en función de la concentración, la cantidad o la forma del medicamento con receta por su proveedor de atención médica, y es posible que se apliquen diferentes restricciones o costos compartidos a las diferentes versiones del medicamento (por ejemplo, 10 mg en comparación con 100 mg; uno por día en comparación con 2 por día; comprimido en comparación con líquido).

Sección 4.2 ¿Qué tipo de restricciones?

Si hay una restricción para su medicamento, por lo general significa que usted o su proveedor tengan que seguir pasos adicionales para que nosotros cubramos el medicamento. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al **602-364-3610** o al **1-800-334-1540** (los usuarios de TTY pueden llamar al **711**) para saber qué pueden hacer usted o su proveedor para obtener cobertura para el medicamento. **Si quiere que renunciemos a una restricción para usted, deberá usar el proceso de decisión de cobertura y pedirnos que hagamos una excepción.** Podemos estar o no de acuerdo en eliminar la restricción. (Consulte el Capítulo 9).

Cómo obtener la aprobación del plan por adelantado

Para ciertos medicamentos, usted o su proveedor necesitan obtener la aprobación del plan, según criterios específicos, antes de que acordemos pagar el medicamento para usted. Esto se denomina **autorización previa**. Se pone en marcha para garantizar la seguridad para los medicamentos y ayudar a guiar el uso adecuado de ciertos medicamentos. Si no obtiene esta aprobación, es posible que su medicamento no esté cubierto por nuestro plan. Los criterios de autorización previa de nuestro plan se pueden obtener por teléfono si llama al Departamento de Servicios para Miembros al **602-364-3610** o al **1-800-334-1540** (los

usuarios de TTY deben llamar al **711**) o en nuestro sitio web **mercycareaz.org/advantage/materials-forms.html#0**.

Cómo probar un medicamento diferente primero

Este requisito hace que usted trate de utilizar medicamentos menos costosos, pero generalmente igual de eficaces, antes de que nuestro plan le brinde cobertura para otro medicamento. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma afección y el medicamento A cuesta menos, nuestro plan puede requerir que pruebe el medicamento A primero. Si el medicamento A no le da ningún resultado, nuestro plan cubrirá el medicamento B. Este requisito se denomina **tratamiento escalonado**. Los criterios de tratamiento escalonado de nuestro plan se pueden obtener si llama al Departamento de Servicios para Miembros al **602-364-3610** o al **1-800-334-1540** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) o en nuestro sitio web en **mercycareaz.org/advantage/materials-forms.html#0**.

Límites de cantidad

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

SECCIÓN 5 ¿Qué pasa si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera en que usted quisiera?

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

- El medicamento puede no estar cubierto en absoluto. O tal vez una versión genérica del medicamento tenga cobertura, pero la versión de marca que desea tomar no está cubierta.
- El medicamento está cubierto pero hay reglas adicionales o restricciones de cobertura.

Si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o está restringido, esto es lo que puede hacer:

- Puede obtener un suministro temporal del medicamento.
- Puede cambiar a otro medicamento.

- Puede solicitar una **excepción** y pedirle al plan que cubra el medicamento o que retire las restricciones del medicamento.

Puede obtener un suministro temporal

En determinadas circunstancias, 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 ha estado tomando ya **no debe estar en la Lista de Medicamentos del plan** O **ahora debe tener algún tipo de restricción**.

- **Si es un miembro nuevo,** cubriremos un suministro temporal del medicamento durante los primeros **90 días** de su membresía en nuestro plan**.**
- **Si usted estuvo en nuestro plan el año pasado,** cubriremos un suministro temporal del medicamento durante los primeros **90 días** del año calendario.
- Este suministro temporal será para un máximo de 31 días. Si su receta está indicada para menos días, permitiremos surtidos múltiples hasta llegar a un máximo de un suministro para 31 días del medicamento. El medicamento con receta debe obtenerse en una farmacia de la red. (Note que la farmacia de cuidados a largo plazo podría suministrar el medicamento en menores cantidades a la vez para evitar el malgasto).
- **Para los miembros que han estado en nuestro plan durante más de 90 días y residen en un centro de atención a largo plazo y necesitan un suministro de inmediato:** Cubriremos un suministro para 31 días de emergencia de un medicamento particular, o menos si su receta está indicada para menos días. Esto es complementario al suministro temporal mencionado anteriormente.
- **Para miembros actuales que han cambiado su nivel de atención** (por ejemplo, le han dado el alta del hospital para que regrese a su hogar o lo han admitido en un centro de atención a largo plazo o le han dado el alta de uno): Su farmacia puede obtener una anulación de hasta un suministro para 31 días de Mercy Care Advantage. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al número que se encuentra impreso en la portada posterior de este folleto para obtener más información.

Si tiene preguntas sobre un suministro temporal, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **602-364-3610** o al **1-800-334-1540** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**).

Mientras esté utilizando un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando su suministro temporal se termine. Tienes dos opciones:

Opción 1: Puede cambiar a otro medicamento

Hable con su proveedor sobre si hay un medicamento diferente cubierto por el plan que pueda funcionar con la misma eficacia para usted. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al **602-364-3610** o al **1-800-334-1540** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) para solicitar una Lista de medicamentos cubiertos que tratan la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que funcione para usted.

Opción 2: Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden pedirle al plan que haga una excepción para usted y cubra el medicamento de la manera que desea que esté cubierto. Si su proveedor dice que existen razones médicas que justifican que nos pida una excepción, su proveedor puede ayudarle a solicitar una excepción.. Por ejemplo, usted puede pedirle a nuestro plan que cubra un medicamento, aunque no esté en la Lista de medicamentos de nuestro plan. O bien, puede pedirle a nuestro plan que haga una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.

Si usted es un miembro actual y un medicamento que toma será eliminado del Formulario o restringido de alguna manera para el próximo año, le informaremos sobre cualquier cambio antes del nuevo año. Puede solicitar una excepción antes del próximo año y le daremos una respuesta dentro de las siguientes 72 horas después de recibir su solicitud (o la declaración de apoyo de la persona autorizada a dar recetas). Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura antes de que el cambio entre en vigor.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, consulte la Sección 7.4 del Capítulo 9 para saber qué hacer. Explica los procedimientos y plazos establecidos por Medicare para asegurar que su solicitud sea manejada de manera puntual y justa.

Sección 5.1 Puede cambiar a otro medicamento

Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que cree que es muy alto, hable con su proveedor. Podría haber un medicamento diferente en un nivel de costo compartido inferior que podría funcionar igual de bien para usted. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al **602-364-3610** o al **1-800-334-1540** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) para solicitar una Lista de medicamentos cubiertos que tratan la misma afección

médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que funcione para usted.

Puede solicitar una excepción

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

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, la Sección 7.4 del Capítulo 9 le indica qué hacer. Explica los procedimientos y plazos establecidos por Medicare para asegurar que su solicitud sea manejada de manera puntual y justa.

SECCIÓN 6 La “Lista de Medicamentos” puede cambiar durante el año

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

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

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

Información sobre los cambios en la cobertura de medicamentos

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

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

Aviso general anticipado de que el patrocinador del plan puede realizar ciertas sustituciones inmediatas de medicamentos genéricos y biosimilares: Para sustituir

inmediatamente los medicamentos de marca o productos biológicos por, respectivamente, nuevos medicamentos terapéuticamente equivalentes o nuevos medicamentos genéricos autorizados, o nuevos productos biológicos intercambiables o nuevos productos biológicos sin marca (o para cambiar los niveles o las restricciones, o ambos, aplicados si el medicamento relacionado permanece en el formulario), los patrocinadores del plan que de otro modo cumplan con los requisitos deben incluir este texto:

- **Agregar nuevos medicamentos a la Lista de medicamentos y eliminar inmediatamente 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 de inmediato un medicamento similar de la Lista de medicamentos, moverlo a un nivel de costo compartido diferente, agregar nuevas restricciones o ambas cosas. La versión del medicamento que agregamos tendrá las mismas restricciones o menos.
    - Solo realizaremos estos cambios si agregamos una nueva versión genérica de un medicamento de marca o si agregamos determinadas versiones biosimilares nuevas de un producto biológico original que ya estaba en la Lista de medicamentos.
    - Podemos hacer estos cambios de inmediato y notificárselo más tarde, incluso si toma el medicamento que retiramos o en el que hacemos cambios. Si toma el medicamento similar en el momento que hacemos el cambio, le informaremos sobre cualquier cambio específico realizado.
- **Eliminar medicamentos no seguros y otros medicamentos en la Lista de medicamentos que se retiran del mercado.**
    - A veces, un medicamento puede considerarse no seguro o retirarse del mercado por otro motivo. Si esto ocurre, podemos eliminar inmediatamente el medicamento de la Lista de medicamentos. Si toma ese medicamento, se lo informaremos después de que realicemos el cambio.
- **Hacer otros cambios a los medicamentos en la Lista de medicamentos.**
    - Es posible que hagamos otros cambios una vez que el año haya comenzado y que afecten los medicamentos que está tomando. Por ejemplo, nos basamos en las advertencias de la FDA o 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 de 31 días del medicamento que toma.

Si hacemos cualquiera de estos cambios en cualquiera de los medicamentos que toma, hable con la persona autorizada a dar recetas sobre las opciones que funcionen mejor para usted, incluso cambiar a un medicamento diferente para tratar su afección o solicitar una decisión de cobertura para satisfacer cualquier nueva restricción sobre el medicamento que está tomando. Usted y la persona autorizada a dar recetas pueden solicitarnos una excepción para que sigamos cubriendo el medicamento o la versión del medicamento que ha estado tomando. Para obtener más información sobre cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción, consulte el Capítulo 9.

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

Podríamos hacer ciertos cambios en la Lista de Medicamentos que no están descritos arriba. En estos casos, el cambio no se aplicará a su caso si está tomando el medicamento cuando se realice el cambio; sin embargo, estos cambios probablemente lo afectarán a partir del 1 de enero del próximo año del plan si permanece en el mismo plan.

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

- Imponemos una nueva restricción respecto del uso de su medicamento.
- Eliminamos su medicamento de la Lista de medicamentos.

Si tiene lugar alguno de estos cambios con respecto a un medicamento que usted toma (excepto por el retiro del mercado, el reemplazo de un medicamento de marca por un medicamento genérico u otro cambio indicado en las secciones anteriores), el cambio no afectará su uso ni lo que usted paga como la parte del costo que le corresponde hasta el 1 de enero del próximo año.

No le informaremos sobre este tipo de cambio directamente durante el año actual del plan. Necesitará verificar la Lista de Medicamentos para el próximo año del plan (cuando la lista está disponible durante el periodo de inscripción abierta) para ver si hay algún cambio que le afecte durante el próximo año del plan.

SECCIÓN 7 Tipos de medicamentos que no cubrimos

Se *excluyen* algunos tipos de medicamentos con receta. Esto significa que Medicare no paga por estos medicamentos.

Si apela y se determina que el medicamento solicitado no está excluido en virtud de la Parte D, lo pagaremos o lo cubriremos. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión, consulte el Capítulo 9). Si el medicamento excluido por nuestro plan también es excluido por AHCCCS (Medicaid), deberá pagarlo usted mismo.

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

- La cobertura de medicamentos recetados de la Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que estaría cubierto bajo la Parte A o la Parte B de Medicare.
- Nuestro plan no cubre un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos o sus territorios.
- Nuestro plan no puede cubrir el uso *para una indicación no autorizada* cuando el uso no está respaldado por ciertas referencias, como la American Hospital Formulary Service Drug Information y el de información DRUGDEX Micromedex. El *uso para una indicación no autorizada* es el uso de un medicamento de manera distinta a la indicada en su etiqueta, tal como lo aprueba la FDA.

Además, por ley, las siguientes categorías de medicamentos que se detallan más abajo no están cubiertas por Medicare. Sin embargo, algunos de estos medicamentos pueden estar cubiertos para usted por la cobertura para medicamentos de AHCCCS (Medicaid). Contáctese con el Departamento de Servicios para Miembros su plan AHCCCS (Medicaid) para obtener información sobre estos medicamentos.

- Medicamentos sin receta (también denominados medicamentos de venta libre)
- Medicamentos utilizados para estimular la fertilidad.
- Medicamentos utilizados para el alivio de la tos o los síntomas del resfriado.
- Medicamentos para fines estéticos o para promover el crecimiento del cabello.
- Vitaminas con receta y productos minerales, salvo las vitaminas prenatales y preparaciones de flúor.
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil.
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la anorexia, la pérdida de peso o el aumento de peso.
- Medicamentos ambulatorios para los cuales el fabricante busca que las pruebas asociadas o los servicios de control sean adquiridos exclusivamente del fabricante como condición de venta

Si recibe **Ayuda adicional de Medicare** para pagar sus medicamentos con receta, la Ayuda adicional no pagará los medicamentos que normalmente no están cubiertos. Si tiene cobertura de medicamentos a través del AHCCCS (Medicaid), el programa de Medicaid de su estado puede cubrir algunos medicamentos que, normalmente, no están cubiertos dentro de un plan de medicamentos de Medicare. Contacte a su programa estatal de Medicaid para determinar qué cobertura de medicamentos recetados podría estar disponible para usted. (Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto de Medicaid en la Sección 6 del Capítulo 2).

SECCIÓN 8 Cómo surtir una receta

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

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

Si la farmacia no recibe la información necesaria, **es posible que usted deba pagar el costo total del medicamento con receta cuando lo retire.** Puede **pedirnos** luego **que le reembolsemos** nuestra parte del costo. Consulte la Sección 2 del Capítulo 7 para obtener información sobre cómo solicitar el reembolso a nuestro plan.

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

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

Si ingresa en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada para una hospitalización que cubre nuestro plan, generalmente cubriremos el costo de los medicamentos con receta durante la hospitalización. Una vez que salga del hospital o de la institución de cuidados especializados, nuestro plan cubrirá los medicamentos recetados siempre y cuando cumplan con todas nuestras reglas de cobertura descritas en este capítulo.

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

Usualmente una institución de cuidados a largo plazo (LTC) (tal como un hogar de ancianos) tiene su propia farmacia o una farmacia que le suministra medicamentos para todos sus residentes. Si reside en un centro LTC, podría recibir sus medicamentos con receta a través de la farmacia del centro o de la que el centro usa, siempre y cuando sea parte de nuestra red.

Consulte el *Directorio de farmacias* en **mercycareaz.org/find-a-provider** para saber si la farmacia del centro de LTC o la que usa forman parte de nuestra red. Si no es así, o si necesita más información o ayuda, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **602-364-3610** o **1-800-334-1540** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Si está en una

institución LTC, debemos asegurar que usted pueda recibir rutinariamente sus beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias LTC.

Si usted es residente de un centro de LTC 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 para medicamentos del plan de un empleador o grupo de jubilados

Si tiene otra cobertura para medicamentos a través de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge o pareja de hecho), comuníquese con el **administrador de beneficios de ese grupo.** Pueden ayudarle a determinar cómo su cobertura actual de medicamentos recetados trabajará con nuestro plan.

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

Nota especial sobre la cobertura acreditable:

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

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

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

Sección 9.4 Si está en un hospicio certificado por Medicare

El centro de cuidados terminales y nuestro plan no cubren el mismo medicamento al mismo tiempo. Si usted está inscrito en un hospicio de Medicare y requiere ciertos medicamentos (p. ej., medicamentos contra las náuseas, laxantes, analgésicos o ansiolíticos) que no están cubiertos por su hospicio porque no están relacionados con su enfermedad terminal o sus afecciones relacionadas, antes de que nuestro plan pueda cubrir el medicamento, este debe ser notificado por la persona autorizada a dar recetas o por su hospicio de que el medicamento no está relacionado. Para prevenir retrasos en recibir estos medicamentos que

deberían estar cubiertos por nuestro plan, pídale al proveedor del hospicio o a la persona autorizada a dar recetas que le notifique antes de obtener su medicamento con recta.

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

SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad y administración de los medicamentos

Llevamos a cabo revisiones sobre la utilización de medicamentos para nuestros miembros, para asegurarnos de que reciban cuidados seguros y apropiados.

Hacemos una revisión cada vez que usted obtiene un medicamento con receta. También revisamos nuestros registros regularmente. Durante estas revisiones, buscamos detectar problemas tales como:

- Posibles errores en los medicamentos.
- Medicamentos que podrían ser innecesarios porque está tomando otro medicamento recetado para tratar la misma afección médica.
- Medicamentos que pueden no ser seguros o apropiados debido a su edad o sexo.
- Ciertas combinaciones de medicamentos que podrían hacerle daño si se toman al mismo tiempo.
- Recetas de medicamentos que contienen ingredientes a los cuales usted es alérgico.
- Posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que toma.
- Cantidades peligrosas de medicamentos opioides para el dolor.

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

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

Tenemos un programa que ayuda a asegurar que los miembros usen opioides recetados con seguridad y otros medicamentos que, con frecuencia, se usan de manera indebida. Este programa se denomina Programa de administración de medicamentos (DMP). Si usa medicamentos opioides que obtiene de varias personas autorizadas a dar recetas o farmacias, o si recientemente tuvo una sobredosis de opioides, podemos hablar con las

personas autorizadas a dar recetas para asegurarnos de que el uso de sus medicamentos opioides sea apropiado y médicamente necesario. Si, al trabajar con las personas autorizadas a dar recetas, decidimos que el uso de los medicamentos opioides o las benzodiazepinas con receta puede no ser seguro para usted, podemos limitar la forma en que puede obtener esos medicamentos. Si lo colocamos en nuestro DMP, las limitaciones pueden ser las siguientes:

- Requerirle que obtenga todas sus recetas de medicamentos opioides o benzodiacepinas en determinadas farmacias.
- Requerirle que obtenga todas sus recetas de medicamentos opioides o benzodiacepinas de determinadas personas autorizadas a dar recetas.
- Limitar la cantidad de medicamentos opiáceos o benzodiazepinas que cubriremos para usted.

Si decidimos limitar la forma en que obtiene estos medicamentos o cuánto puede obtener, le enviaremos una carta por adelantado. En la carta, se le explicará si limitamos la cobertura de estos medicamentos para usted o si usted deberá obtener las recetas para estos medicamentos solo de una persona autorizada a dar recetas o una farmacia específicas. Tendrá la oportunidad de decirnos qué personas autorizadas a dar recetas o farmacias prefiere usar y cualquier otra información que considere importante que conozcamos. Después de que haya tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos, le enviaremos otra carta en la que confirmaremos la limitación. Si cree que cometimos un error o si no está de acuerdo con nuestra decisión o con la limitación, usted y la persona autorizada a dar recetas tienen derecho a apelar. Si apela, revisaremos su caso y le comunicaremos una nueva decisión. Si continuamos denegándole alguna parte de su solicitud relacionada con las limitaciones que se aplican a su acceso a los medicamentos, enviaremos su caso automáticamente a un revisor independiente fuera de nuestro plan. Para obtener información sobre cómo solicitar una apelación, consulte el Capítulo 9.

No se lo incluirá en nuestro DMP si tiene ciertas afecciones médicas, como dolor relacionado con el cáncer o anemia drepanocítica, si está recibiendo atención en un hospicio, cuidados paliativos, atención para el final de la vida o si vive en un centro de atención a largo plazo.

Sección 10.2 Manejo del tratamiento farmacológico (MTM) para ayudar a los miembros a administrar medicamentos

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

Algunos miembros que tienen ciertas enfermedades crónicas y toman medicamentos que exceden una cantidad específica de costos de medicamentos, o que están en un DMP para ayudarlos a usar los opioides de forma segura, pueden obtener los servicios de un programa de MTM. Si califica para el programa, un farmacéutico u otro profesional de la salud llevarán a cabo una revisión integral de todos sus medicamentos. Durante la revisión, usted 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 por escrito que incluye una lista recomendada de lo que debe hacer, que incluye los pasos que debe seguir para obtener los mejores resultados de sus medicamentos. También obtendrá una lista de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que está tomando, cuánto está tomando y cuándo, y la razón por la que los está tomando. Además, los miembros en el programa de MTM recibirán información sobre la eliminación segura de medicamentos con receta que son sustancias controladas.

Es buena idea hablar con su médico sobre su lista recomendada de lo que debe hacer y la lista de medicamentos. Lleve el resumen con usted a su consulta o en cualquier momento que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica. También lleve su lista de medicamentos al día y con usted (por ejemplo, con su identificación) si acude al hospital o a la sala de emergencias.

Si tenemos un programa que se ajusta a sus necesidades, le inscribiremos automáticamente en el programa y le enviaremos la información. Si decide no participar, notifíquenos y lo retiraremos. Si tiene preguntas sobre este programa, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **602-364-3610** o al **1-800-334-1540** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**).

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

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

Usamos el término “medicamento” en este capítulo para referirnos a un medicamento recetado de la Parte D. No todos los medicamentos son medicamentos de la Parte D. Algunos medicamentos están excluidos de la cobertura de la Parte D por ley. Algunos de los medicamentos excluidos de la cobertura de la Parte D están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare o el AHCCCS (Medicaid).

Para comprender la información de pago, usted necesita saber qué medicamentos están cubiertos, dónde obtener sus medicamentos con receta y cuáles son las normas a seguir cuando usted recibe sus medicamentos cubiertos. El Capítulo 5 explica estas normas. Cuando utilice la “Herramienta de beneficios en tiempo real” de nuestro plan para buscar la cobertura para medicamentos (**medicareplanrx.com/jccf/mca_formulary_27.html**), el costo mostrado refleja un valor estimativo de los costos que paga de su bolsillo que se espera que pague. También puede obtener la información proporcionada en la “Herramienta de beneficios en tiempo real” por teléfono si llama al Departamento de Servicios para Miembros al **602-364-3610** o al **1-800-334-1540** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**).

¿Cómo obtener información sobre los costos de los medicamentos si recibe Ayuda adicional para los costos de los medicamentos con receta de la Parte D?

Debido a que usted es elegible para Medicaid, cumple los requisitos para recibir Ayuda adicional de Medicare para cubrir los costos de su plan de medicamentos con receta. Debido a que usted tiene Ayuda adicional, es posible que parte de la **información en esta** *Evidencia de cobertura* **sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D no se aplique en su caso**. Le enviamos un encarte por separado, que se denomina *Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs* (Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben Ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta), también conocida como *Low Income Subsidy Rider* o *LIS Rider* (Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS), que le informa sobre la cobertura para sus medicamentos. Le enviamos por correo la cláusula adicional de

LIS el 25 de septiembre de 2025. Si no tiene este folleto, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **602-364-3610** o al **1-800-334-1540** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) y solicite la cláusula adicional de LIS.

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

Existen 3 tipos de costos que paga de su bolsillo por los medicamentos cubiertos de la Parte D que se le puede pedir que pague:

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

Sección 1.2 Cómo Medicare calcula su gasto de bolsillo

Medicare tiene normas sobre lo que cuenta y lo que no cuenta para los gastos que usted paga de su bolsillo. Estas son las normas que debemos seguir para mantener un registro de los costos que paga de su bolsillo.

Estos pagos <u>se incluyen</u> en los costos que paga de su bolsillo.

Los costos que paga de su bolsillo **incluyen** los pagos que se indican a continuación (siempre y cuando formen parte de los medicamentos cubiertos de la Parte D y usted haya seguido las normas 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 de cobertura inicial.
- Cualquier pago que efectuó durante este año calendario como miembro de un plan de medicamentos de Medicare diferente antes de inscribirse en nuestro plan.
- Los pagos que familiares o amigos hayan hecho por sus medicamentos.
- Cualquier pago realizado por sus medicamentos de la ayuda adicional de Medicare, de un empleador o plan de salud sindical, 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 en situaciones catastróficas:

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

Estos pagos no están incluidos en sus gastos de bolsillo

Sus gastos de bolsillo **no incluyen** ninguno de estos tipos de pago:

- Medicamentos que compra fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Medicamentos que nuestro plan no cubre.
- Medicamentos obtenidos en una farmacia fuera de la red que no cumple con los requisitos del plan para cobertura fuera de la red.
- Los 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 con receta (por ejemplo, compensación laboral).
- Pagos realizados por los fabricantes de medicamentos en virtud del Programa de descuentos del fabricante.

Recordatorio: Si alguna otra organización como las mencionadas antes paga parte o la totalidad de los costos que paga de su bolsillo por los medicamentos, usted debe informarlo a nuestro plan por teléfono al Departamento de Servicios para Miembros al **602-364-3610** o **1-800-334-1540** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**).

Seguimiento de los gastos totales de bolsillo

- La *Explicación de beneficios* (EOB) *de la Parte D* que recibe incluye el monto total actual de los costos que paga de su bolsillo. Cuando ese monto alcance los $2,400, la *EOB de la Parte D* le indicará que ha salido de la Etapa de cobertura inicial y ha pasado a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos**. Consulte la Sección 3.1 para ver qué puede hacer para asegurarse de que nuestros expedientes de lo que ha gastado estén completos y actualizados.

SECCIÓN 2 Etapas de pago de medicamentos para los miembros de Mercy Care Advantage

Hay **3 etapas de pago de medicamentos** para su cobertura de medicamentos en virtud de Mercy Care Advantage. La cantidad que paga por cada receta depende de la etapa en la que se encuentra cuando obtiene o repite su receta. Los detalles de cada etapa se explican en este capítulo. Las etapas son:

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

SECCIÓN 3 Su *Explicación de beneficios de la Parte D* explica en qué etapa de pago se encuentra

Nuestro plan registra los costos de sus medicamentos recetados y los pagos que usted ha hecho cuando despacha o repite sus recetas en la farmacia. De esta forma, podemos decirle cuándo ha pasado de una etapa de pago a la siguiente. Realizamos un seguimiento de 2 tipos de costos:

- **Gastos de bolsillo:** Esta es la cantidad que pagó. Esto incluye lo que pagó cuando recibió un medicamento cubierto de la Parte D, cualquier pago que haya hecho por los medicamentos algún familiar o amigo suyo, y cualquier pago de sus medicamentos hecho por la Ayuda adicional de Medicare, o por planes de salud del empleador o del sindicato, el Servicio de Salud Indígena, programas de ayuda con medicamentos para el SIDA y organizaciones de caridad.
- **Costos totales de los medicamentos:** Este es el total de todos los pagos realizados por sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Incluye lo que el plan pagó, lo que usted pagó y lo que otros programas u organizaciones pagaron por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

Si obtuvo uno o más medicamentos con receta a través de nuestro plan durante el mes anterior, le enviaremos una *EOB de la Parte D*. La *Explicación de cobertura (EOB) de la Parte D* incluye lo siguiente:

- **Información para ese mes**. Este informe ofrece detalles de pago sobre las recetas que usted ha surtido el mes anterior. Muestra los costos totales de medicamentos, lo que el plan ha pagado, y lo que usted y otros han pagado por usted.
- **Los totales para el año desde el 1 de enero.** Muestra el total de costos de medicamentos y pagos totales en medicamentos desde el comienzo del año.

- **Información sobre el precio de los medicamentos.** Se muestra el precio total del medicamento e información sobre los cambios en el precio desde que se obtiene el medicamento por primera vez para cada reclamación de medicamento con receta de la misma cantidad.
- **Medicamentos con receta alternativos de menor costo disponibles.** Esto incluye información sobre otros medicamentos disponibles con costo compartido menor por cada reclamación de medicamentos con receta, si corresponde.

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

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

- **Muestre su tarjeta de miembro cada vez que obtenga medicamentos con receta.** Esto nos ayuda a asegurar que sepamos qué medicamentos con receta obtiene y lo que paga.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** Es posible que, en ocasiones, usted deba pagar el costo total de un medicamento con receta. En estos casos, no obtendremos automáticamente la información que necesitamos para dar seguimiento a los gastos que usted paga de su bolsillo. Para ayudarnos a mantener un registro de los costos que paga de su bolsillo, proporciónenos copias de sus recibos. **Estos son ejemplos de cuándo debe darnos 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 proporcionados bajo un programa de asistencia al paciente de un fabricante de medicamentos.
    - 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 se le factura por un medicamento cubierto, puede pedirle a nuestro plan que pague la parte que nos corresponde del costo. Para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo, vaya a la Sección 2 del Capítulo 7.
- **Envíenos información sobre los pagos que terceros hacen por usted.** Los pagos realizados por otras personas u organizaciones también se tienen en cuenta para los costos que paga de su bolsillo. Por ejemplo, en los costos que paga de su bolsillo se

tienen en cuenta los pagos realizados por un Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP), por el Servicio de Salud Indígena y por las organizaciones benéficas. Lleve un registro de estos pagos y nos lo envíe para que podamos hacer un seguimiento de sus costos.

- **Revise el informe que le enviamos por escrito.** 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 al Departamento de Servicios para Miembros al **602-364-3610** o al **1-800-334-1540** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Asegúrese de guardar estos informes.

SECCIÓN 4 La Etapa del deducible

No hay deducible para *Mercy Care Advantage*. Usted comienza en la Etapa de cobertura inicial cuando obtiene el primer medicamento con receta para el año. Consulte la Sección 5 para obtener información sobre su cobertura en la Etapa de cobertura inicial.

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

SECCIÓN 5 La Etapa de cobertura inicial

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

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

Sus opciones de farmacia

El monto que usted paga por un medicamento depende de si lo obtiene de las siguientes farmacias:

- Una farmacia minorista de la red.
- Una farmacia que no está en la red de nuestro plan. Cubrimos medicamentos con receta obtenidos en farmacias fuera de la red solamente en situaciones limitadas. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para saber cuándo cubriremos un medicamento con receta obtenido en una farmacia fuera de la red.
- La farmacia de pedidos por correo de nuestro plan.

Para obtener más información sobre estas opciones de farmacia y obtener sus medicamentos con receta, consulte el Capítulo 5 y el Directorio de farmacias de nuestro plan en **mercycareaz.org/find-a-provider**.

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

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

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

Nivel	**Costos compartidos estándar dentro de la red para minoristas** (hasta un suministro de 31 días)	**Costos compartidos de pedidos por correo** (hasta un suministro de 31 días)	**Costos compartidos de cuidados a largo plazo (LTC)** (hasta un suministro de 31 días)	**Costos compartidos fuera de la red** (La cobertura se limita a ciertas situaciones; consulte el Capítulo 5 para obtener más detalles). (Hasta un suministro de 31 días).
Medicamentos genéricos (incluidos los de marca considerados genéricos)	$0/$1.65/$5.80 (cada receta)	$0/$1.65/$5.80 (cada receta)	$0/$1.65/$5.80 (cada receta)	$0/$1.65/$5.80 (cada receta)
Todos los demás medicamentos	$0/$5.00/$14.40 (cada receta)	$0/$5.00/$14.40 (cada receta)	$0/$5.00/$14.40 (cada receta)	$0/$5.00/$14.40 (cada receta)

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

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

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

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

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

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

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

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

Nivel	**Costo compartido minorista estándar (dentro de la red)** (Un suministro para 100 días como máximo)	**Costo compartido para pedido por correo** (Un suministro para 100 días como máximo)
Medicamentos genéricos (incluidos los de marca considerados genéricos)	$0/$1.65/$5.80 (Cada receta)	$0/$1.65/$5.80 (Cada receta)
Todos los demás medicamentos	$0/$5.00/$14.40 (Cada receta)	$0/$5.00/$14.40 (Cada receta)

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

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

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

Le informaremos cuando alcance este monto. Consulte la Sección 1.3 para obtener más información sobre cómo Medicare calcula los costos que paga de su bolsillo.

SECCIÓN 6 La Etapa de cobertura en situaciones catastróficas

En la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, no debe pagar nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted ingresa a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas cuando los costos que paga de su bolsillo alcanzan el límite de $2,400 para el año calendario. Una vez que está en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, se quedará en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.

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

Mensaje importante sobre lo que usted paga por las vacunas: Algunas vacunas se consideran beneficios médicos y están cubiertas por la Parte B. Otras se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas en la Lista de medicamentos de nuestro plan. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D sin costo para usted. Visite la Lista de medicamentos de nuestro plan o llame al Departamento de Servicios para Miembros al **602-364-3610** o al **1-800-334-1540** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) para obtener detalles sobre la cobertura y los costos compartidos sobre 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 para el costo de **la administración de la vacuna**. (A veces se le denomina administración de la vacuna).

Los costos de una vacuna de la Parte D dependen de 3 factores:

1. **Si una organización llamada Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP) recomienda la vacuna para adultos.**
    - La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos son recomendadas por el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP) y no tienen costo alguno para usted.
2. **Dónde obtiene la vacuna.**
    - La vacuna en sí puede ser dispensada por una farmacia o brindada por el consultorio del médico.
3. **Quién le administra la vacuna.**

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

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

- Cuando recibe una vacuna, es posible que tenga que pagar el costo total tanto de la vacuna como del servicio del proveedor que se la administra. Puede solicitarle a nuestro plan que le devuelva la parte que le corresponde pagar del costo. Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, esto significa que se le reembolsará el costo total que pagó.
- En otras ocasiones, cuando recibe una vacuna, solo paga su parte del costo según lo que cubre su beneficio de la Parte D. Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, usted no paga nada.

A continuación, se presentan 3 ejemplos de cómo podría recibir una vacuna de la Parte D.

Situación 1: La vacuna de la Parte D se recibe en la farmacia de la red. (Tener esta opción o no depende de dónde viva usted. Algunos estados no permiten que las farmacias administren ciertas vacunas).

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

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

- Cuando reciba la vacuna, es posible que tenga que pagar el costo total tanto de la vacuna en sí como del costo de administración del proveedor.
- Entonces, podrá pedirle a nuestro plan que le pague la parte que le corresponde del costo mediante 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. En el caso de otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará el monto que pagó menos cualquier copago por la vacuna (incluida la administración).

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

- Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, no pagará nada por la vacuna.
- Para otras vacunas de la Parte D, usted paga a la farmacia su copago por la vacuna en sí.
- Cuando su médico le administre la vacuna, es posible que tenga que pagar el costo total por este servicio.
- Entonces, podrá pedirle a nuestro plan que le pague la parte que le corresponde del costo mediante los procedimientos del Capítulo 7.
- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, se le reembolsará el monto total que pagó.

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

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

Nuestros proveedores de la red le facturan directamente a nuestro plan los servicios y medicamentos cubiertos; usted no debe recibir una factura por los servicios o medicamentos cubiertos. Si recibe una factura por el costo total de la atención médica o los medicamentos que recibió, envíenos la factura para que podamos realizar el reembolso. Cuando nos envíe la factura, la examinaremos y decidiremos si se deben cubrir los servicios y medicamentos. Si decidimos que deben ser cubiertos, le pagaremos al proveedor directamente.

Si ya pagó por un servicio o producto de Medicare cubierto por el plan, puede pedirle a nuestro plan que le devuelva el dinero (por lo general, la acción de devolver el dinero se denomina **reembolso**). Es su derecho que nuestro plan le reembolse cada vez que usted haya pagado más del monto que le corresponde de los costos por servicios médicos o medicamentos que están cubiertos por el plan. Es posible que haya plazos que deberá cumplir para obtener el reembolso. Consulte la Sección 2 de este capítulo. Cuando nos envíe la factura que ya pagó, la examinaremos y decidiremos si los servicios o medicamentos deben ser cubiertos. Si decidimos que deben tener cobertura, le reembolsaremos los costos de los servicios o los medicamentos.

También habrá ocasiones en las que recibirá una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que recibió o por más de su parte del costo compartido. Primero, intente resolver el problema de facturación con el proveedor. Si eso no funciona, envíenosla en lugar de pagarla. Examinaremos la factura y decidiremos si los servicios deben ser cubiertos. Si decidimos que deben ser 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 está contratado, usted aún tiene derecho a recibir el tratamiento.

Ejemplos de situaciones en las que puede que necesite solicitarle a nuestro plan que le reembolse o que pague una factura que recibió:

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

- Puede recibir servicios de emergencia o de urgencia de cualquier proveedor, independientemente de que este sea parte de nuestra red o no. En estos casos, pida al proveedor que le facture a nuestro plan.
- Si usted paga el monto total en el momento de recibir la atención, pídanos que le reembolsemos la parte que nos corresponde del costo. Envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que efectuó.
- Es posible que reciba una factura del proveedor que le pida que pague un monto que usted considera que no debe. Envíenos esa factura junto con la documentación de cualquier pago que ya haya efectuado.
    - Si al proveedor se le debe algo, le pagaremos directamente.
    - Si ya pagó más de lo que le corresponde pagar del costo del servicio, determinaremos cuánto debía y le reembolsaremos la parte del costo que nos correspondía.

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

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

- Usted solo debe pagar el monto del costo compartido cuando recibe servicios cubiertos. Los proveedores no pueden agregar cargos adicionales, lo que se denomina **facturación de saldos**. Esta protección (que usted nunca paga más que el monto de su costo compartido) se aplica aun cuando le pagamos al proveedor un monto inferior a lo que el proveedor cobra por un servicio, incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor. No permitimos que los proveedores le facturen los servicios cubiertos. Les pagamos directamente a nuestros proveedores y lo protegemos a usted de cualquier cargo. Esto es así incluso si le pagamos al proveedor un monto inferior a lo que el proveedor cobra por un servicio.
- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red cuyo monto usted considera que es más de lo que debe pagar, envíenosla. Nos pondremos en contacto con el proveedor directamente y resolveremos el problema de facturación.

- Si ya le pagó una factura a un proveedor de la red, pero cree que pagó demasiado, envíenosla junto con la documentación de cualquier pago que haya hecho. Pídanos 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

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

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

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

Si acude a una farmacia fuera de la red, es posible que la farmacia no pueda presentarnos la reclamación directamente. Si esto sucede, usted deberá pagar el costo total de sus medicamentos con receta.

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

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

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

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

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

Es posible que tenga que pagar el costo total del medicamento recetado si descubre que, por algún motivo, no está cubierto.

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

Cuando nos envíe una solicitud de pago, revisaremos su solicitud y decidiremos si se debe cubrir el servicio o medicamento. A esto se lo denomina tomar una **decisión de cobertura**. Si decidimos que deben ser cubiertos, pagaremos la parte que nos corresponde del costo del servicio o medicamento. Si rechazamos su solicitud de pago, usted puede apelar nuestra decisión. En el Capítulo 9, se incluye información sobre cómo presentar una apelación.

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

Puede solicitarnos que le reembolsemos mediante el envío de una solicitud por escrito. Si envía una solicitud por escrito, envíe su factura y la documentación de cualquier pago que haya realizado. Es buena idea hacer una copia de su factura y de los recibos para sus registros. **Debe enviarnos su reclamación dentro de los *365 días* posteriores** a la fecha en que recibió el servicio o el producto, o dentro de los 3 años en caso del medicamento.

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

Mercy Care Advantage
Attn: Member Services
4750 S. 44th Place, Suite 150
Phoenix, AZ 85040

Para reclamaciones de la Parte D, envíenos su solicitud de pago junto con cualquier factura o recibo a la siguiente dirección:

Medicare Part D Paper Claim
P.O. Box 52066
Phoenix, AZ 85072-2066

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

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

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento están cubiertos y que usted ha cumplido todas las normas, pagaremos nuestra parte del costo por el servicio o medicamento. Si ya pagó por el servicio o medicamento, le enviaremos por correo su reembolso de la parte que nos corresponde del costo. Si pagó el costo total de un medicamento, es posible que no se le reembolse el monto total que pagó (por ejemplo, si obtuvo un medicamento en una farmacia fuera de la red o si el precio en efectivo que pagó es más alto que nuestro precio negociado). Si aún no ha pagado por el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo el pago directamente al proveedor.
- Si decidimos *no* cubrir la atención médica o el medicamento, o si usted *no* cumplió todas las normas, no pagaremos la parte que nos corresponde del costo de la atención o del medicamento. Le enviaremos una carta explicando las razones por las que no enviamos el pago y sus derechos para apelar esa decisión.

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

Si usted piensa que cometimos un error al rechazar su solicitud de pago o con el monto que estamos pagando, puede presentar una apelación. Si usted presenta una apelación, significa que nos está pidiendo que cambiemos la decisión que tomamos al rechazar su solicitud de pago. El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Para obtener detalles sobre cómo presentar esta apelación, consulte el Capítulo 9.

CAPÍTULO 8:
Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales

Sección 1.1 Debemos proporcionarle información de una manera que sea conveniente para usted y compatible con sus sensibilidades culturales (en otros idiomas además de español, en braille, en tamaño de letra grande o en otros formatos alternativos, etc.)

Nuestro plan está obligado a garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se presten de forma culturalmente competente y sean accesibles a todos los inscritos, incluidos los que tienen un dominio limitado del inglés, una capacidad limitada de lectura, una incapacidad auditiva o un origen cultural y étnico diverso. Entre los ejemplos de cómo nuestro plan puede cumplir con estos requisitos de accesibilidad se incluyen, entre otros, proveer servicios de traducción, servicios de interpretación, teletipos o TTY (teléfono o teléfono de teletipo).

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

Nuestro plan cuenta con servicios de interpretación gratuitos disponibles para responder las preguntas de los miembros que no hablan inglés. Podemos proporcionarle determinados materiales escritos en otros idiomas además de inglés y español. También podemos proporcionarle información en braille, en tamaño de letra grande o en otros formatos alternativos, sin costo alguno, si lo necesita. Tenemos la obligación de brindarle información sobre los beneficios de nuestro plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted. Para obtener información nuestra de una manera que sea conveniente para usted, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **602-364-3610** o al **1-800-334-1540** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**).

Our plan has free interpreter services available to answer questions from non-English speaking members. We can provide certain written materials in languages other than English

and Spanish. We can also give you materials in braille, in large print, or other alternate formats at no cost if you need it. Tenemos la obligación de brindarle información sobre los beneficios de nuestro plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted. To get information from us in a way that works for you, call Member Services at **602-364-3610** or **1-800-334-1540** (TTY users call **711**).

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

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

Si no hay proveedores de una especialidad disponibles en la red de nuestro plan, es responsabilidad de nuestro plan localizar proveedores especializados fuera de la red que le proporcionen 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 el servicio que necesita, llame al plan para obtener información sobre dónde puede obtener este servicio al costo compartido dentro de la red.

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

Si tiene algún problema para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted, para consultar a un especialista en salud de la mujer o para buscar un especialista de la red, llame para presentar una queja ante el Departamento de Servicios para Miembros al **602-364-3610** o al **1-800-334-1540** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). También puede presentar un reclamo ante Medicare por teléfono al **1-800-MEDICARE** (**1-800-633-4227**) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles al **1-800-368-1019** o, si es usuario de TTY, al **1-800-537-7697**.

If you have any trouble getting information from our plan in a format that's accessible and appropriate for you, seeing a women's health specialist or finding a network specialist, call to file a grievance with Member Services at **602-364-3610** or **1-800-334-1540** (TTY users call **711**). You may also file a complaint with Medicare by calling **1-800-MEDICARE** (**1-800-633-4227**) or directly with the Office for Civil Rights **1-800-368-1019** or TTY **1-800-537-7697**.

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

Tiene derecho a elegir un proveedor de atención primaria (PCP) de la red del plan que brinde y coordine los servicios cubiertos. También tiene derecho a consultar con un especialista en salud de la mujer (como un ginecólogo) sin necesidad de una remisión.

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

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

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

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

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

¿Cómo protegemos la privacidad de su información de salud?

- Nos aseguramos de que personas no autorizadas no vean ni cambien sus registros.
- Excepto por las circunstancias indicadas a continuación, si nuestra intención es proporcionarle su información de salud a otra persona que no le brinda atención ni paga por ella, tenemos la obligación de pedirles su autorización por escrito a usted o a alguien a quien usted le haya dado el poder legal de tomar decisiones por usted primero.
- Hay ciertas excepciones que no requieren que obtengamos primero su permiso por escrito. Estas excepciones las permite o exige la ley.

- Se nos exige dar a conocer información de salud a agencias del Gobierno que controlan la calidad de la atención.
- Dado que usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, se nos requiere proporcionarle a Medicare su información de salud, incluida la información acerca de sus medicamentos con receta de la Parte D. Si Medicare publica su información para investigación u otros usos, esto se hará de acuerdo con los estatutos y las reglamentaciones federales; por lo general, esto requiere que la información que lo identifica de manera única no sea compartida.

Puede ver la información en sus registros y saber cómo se ha compartido con terceros

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

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

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su información personal de salud, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **602-364-3610** o al **1-800-334-1540** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**).

Aviso sobre prácticas de privacidad

Este aviso describe cómo puede usarse y divulgarse su información médica y cómo puede acceder usted a esta información. Revíselo detenidamente.

Este aviso entró en vigor el 1 de septiembre de 2025.

¿A qué nos referimos cuando decimos “información de salud”?

Cuando utilizamos las palabras “información de salud” nos referimos a información que lo identifica. Algunos ejemplos son los siguientes:

- Su nombre
- Su fecha de nacimiento
- Atención médica recibida
- Montos pagados por la atención

Cómo utilizamos y compartimos su información de salud

Para ayudar a cuidarlo: Podemos utilizar su información de salud para ayudar con su atención médica. También la utilizamos para decidir qué servicios están cubiertos por sus beneficios. Podemos decirle qué servicios puede obtener, como controles o exámenes médicos. También podemos recordarle sus citas. Podemos compartir su información de salud con otras personas que le brindan atención, como médicos o farmacias.

Con familiares y amigos: Podemos compartir su información de salud con alguien que le brinde ayuda. Es posible que se trate de personas que le ayuden con su atención o a pagar por ella. Por ejemplo, si usted sufre un accidente, es posible que necesitemos hablar con una de estas personas. Si no desea que divulguemos su información de salud, llámenos.

Si usted es menor de 18 años y no desea que divulguemos su información de salud a sus padres, llámenos. Podemos brindar ayuda en algunos casos si lo permite la ley estatal.

Para el pago: Es posible que brindemos su información de salud a las personas que pagan su atención. Su médico debe entregarnos un formulario de reclamación que incluya su información de salud. Además, podemos utilizar su información de salud para revisar la atención que le brinda su médico. También podemos controlar los servicios de salud que usted utiliza.

En operaciones de atención médica: Podemos utilizar su información de salud para hacer nuestro trabajo. Por ejemplo, podemos utilizar esta información para lo siguiente:

- Promoción de la salud
- Administración de casos
- Mejora de la calidad
- Prevención de fraude
- Prevención de enfermedades
- Asuntos legales

Es posible que un administrador de casos trabaje con su médico. Este puede informarle sobre programas o lugares que puedan ayudarle con su problema de salud. Si nos llama para hacernos alguna pregunta, necesitamos consultar su información de salud para poder darle una respuesta.

Cómo compartimos su información con otras empresas

Es posible que compartamos su información de salud con otras empresas. Lo hacemos por los motivos que explicamos anteriormente. Por ejemplo, puede que el transporte esté cubierto en su plan. Entonces, es posible que compartamos su información de salud con los

responsables del transporte para ayudarlo a asistir al consultorio del médico. Si usted está en una silla de ruedas con motor, se lo informaremos para que envíen una camioneta en vez de un automóvil a buscarlo.

Otros motivos por los que podríamos compartir su información de salud

También es posible que compartamos su información de salud por los siguientes motivos:

- Seguridad pública: para brindar ayuda con asuntos como el abuso infantil y las amenazas a la salud pública.
- Investigación: con investigadores, después de tomar los recaudos necesarios para proteger su información.
- Socios comerciales: con las personas que nos brindan servicios. Estas se comprometen a mantener su información segura.
- Reglamentaciones para la industria: Con las agencias federales y estatales que nos controlan para asegurarse de que estemos haciendo un buen trabajo.
- Cumplimiento de la ley: con el personal federal, estatal y local responsable del cumplimiento de las leyes.
- Acciones legales: con los tribunales por asuntos legales o demandas.

Una vez que la información de salud se comparte por cualquiera de los motivos anteriores, es posible que se vuelva a compartir o se utilice para fines no mencionados en este documento. Algunas leyes estatales y federales pueden requerir límites adicionales sobre cómo usamos y divulgamos información médica confidencial, como salud mental o enfermedades transmisibles. Seguiremos la ley más estricta que se aplica a su información de salud.

Información sobre el trastorno de abuso de sustancias (SUD)

No somos un programa de tratamiento para el SUD. Es posible que recibamos o conservemos información sobre usted que provenga de un programa de tratamiento para el SUD. Si un programa de tratamiento para el SUD nos da esta información con un consentimiento legal, usaremos o compartiremos la información según lo permitido si tenemos el consentimiento legal. Debemos tener el consentimiento y la autorización según la ley federal de privacidad. Esto incluye un consentimiento para usos y divulgaciones futuros con los siguientes fines:

- tratamiento,
- pago, y
- operaciones de atención médica.

En algunas situaciones, podemos compartir esta información sin su consentimiento. Este sería el caso de situaciones como una emergencia médica o auditorías gubernamentales.

Seguiremos la ley que brinde mayor protección. No usaremos ni compartiremos esta información en ningún caso legal en su contra, a menos que:

- Usted nos otorgue su consentimiento por escrito, o
- Un tribunal nos la ordene mediante una citación u otro requisito legal. Usted o Aetna también deberán ser notificados y tener la oportunidad de ser escuchados.

Motivos por los que necesitaremos su autorización escrita

Excepto en los casos mencionados anteriormente, le pediremos su autorización antes de utilizar o compartir su información de salud. Por ejemplo, le pediremos autorización en las siguientes circunstancias:

- Por motivos de comercialización que no tengan ninguna relación con su plan de salud.
- Antes de compartir cualquier nota de psicoterapia.
- Para la venta de su información de salud.
- Por otros motivos requeridos por la ley.

Puede retirar su autorización en cualquier momento. Para cancelar su consentimiento, escríbanos a **PrivacyAetna@AETNA.com** o:

Aetna HIPAA Member Rights Team
P.O. Box 14079
Lexington, KY 40512-4079
FAX: 859-280-1272

¿Cuáles son sus derechos?

Tiene derecho a revisar su información de salud.

- Puede pedirnos una copia de su información de salud.
- Puede solicitar sus registros médicos. Llame al consultorio de su médico o al lugar donde recibió atención.

Tiene derecho a solicitarnos que modifiquemos su información de salud.

- Puede solicitarnos que enmendemos su información de salud si considera que es incorrecta.
- Si no estamos de acuerdo con la enmienda que usted solicitó, solicítenos presentar una declaración escrita de desacuerdo.

Tiene derecho a obtener una lista de las personas o los grupos con quienes hemos compartido su información de salud.

Tiene derecho a solicitarnos que nos comuniquemos con usted de un modo privado.

- Si considera que el modo en el que nos comunicamos con usted no es lo suficientemente privado, llámenos.
- Haremos todo lo posible para comunicarnos con usted de un modo que sea más privado.

Tiene derecho a solicitarnos que tengamos un cuidado especial en cuanto al modo en que utilizamos o compartimos su información de salud.

- Es posible que utilicemos o compartamos su información de salud de las maneras que se describen en este aviso.
- Puede solicitarnos que no utilicemos ni compartamos su información de estas maneras. Esto incluye compartir la información con personas que estén involucradas en su atención médica.
- No es necesario que estemos de acuerdo, pero lo consideraremos con detenimiento.

Tiene derecho a saber si se compartió su información de salud sin su autorización.

- Si esto ocurre, se lo informaremos por medio de una carta.

Llámenos al número gratuito que figura en su tarjeta de identificación de miembro para lo siguiente:

- Solicitarnos que hagamos algo de lo mencionado anteriormente.
- Solicitarnos una copia impresa de este aviso.
- Hacernos preguntas sobre este aviso.

También tiene derecho a enviarnos un reclamo. Si considera que se han infringido sus derechos, escríbanos a **PrivacyAetna@AETNA.com** o a la siguiente dirección:

Aetna HIPAA Member Rights Team
P.O. Box 14079
Lexington, KY 40512-4079
FAX: 859-280-1272

También puede presentar un reclamo ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Sociales. Llámenos para pedirnos la dirección.

Si usted no está conforme y se lo comunica a la Oficina de Derechos Civiles, no perderá la membresía del plan ni los servicios de atención médica. No utilizaremos el reclamo en su contra.

Cómo protegemos su información

Protegemos su información de salud con procedimientos específicos, como los siguientes:

- Administrativos: contamos con normas que establecen cómo debemos utilizar su información de salud, independientemente del formato en el que se encuentre, ya sea escrito, oral o electrónico.
- Físicos: Su información de salud está protegida y guardada en lugares seguros. Protegemos los ingresos a nuestras instalaciones y los accesos a nuestras computadoras. Esto nos ayuda a bloquear los ingresos no autorizados.
- Técnicos: El acceso a su información de salud está "basado en roles". Esto les permite tener acceso únicamente a las personas que necesitan hacer su trabajo y brindarle atención.

Cumplimos todas las leyes federales y estatales para proteger su información de salud.

¿Modificaremos este aviso?

Por ley, debemos mantener la privacidad de su información de salud. Debemos cumplir con lo que se establece en este aviso. También, tenemos derecho a efectuar cambios en este aviso. Si lo hacemos, estos se aplicarán a toda su información que tengamos ahora u obtengamos en el futuro. Le enviaremos por correo un aviso en caso de que el material haya sido modificado. Puede obtener una copia del aviso más reciente.

Sección 1.4 Debemos proporcionarle información acerca de nuestro plan, nuestra red de proveedores y los servicios cubiertos

Como miembro de Mercy Care Advantage, usted tiene derecho a obtener de nosotros varios tipos de información.

Si desea cualquiera de los siguientes tipos de información, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **602-586-1730** o **1-877-436-5288** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**):

- **Información sobre nuestro plan**. Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera de nuestro plan.
- **Información acerca de nuestros proveedores y farmacias de la red.** Usted tiene derecho a obtener información sobre las calificaciones de los proveedores y las farmacias de nuestra red y cómo pagamos a los proveedores de nuestra red.
- **Información acerca de su cobertura y las normas que debe seguir para usarla.** Los Capítulos 3 y 4 proporcionan información sobre los servicios médicos. Los

Capítulos 5 y 6 proporcionan información sobre la cobertura para medicamentos de la Parte D.

- **Información sobre los motivos por los que algo no está cubierto y lo que puede hacer al respecto.** En el Capítulo 9, se incluye información sobre cómo solicitar una explicación por escrito acerca de por qué un servicio médico o medicamento de la Parte D no están cubiertos o si su cobertura tiene algún tipo de restricción. El Capítulo 9 también proporciona información sobre cómo solicitarnos que cambiemos una decisión, también denominada una apelación.

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

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

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

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

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

A veces, las personas no pueden tomar decisiones sobre su atención médica por sí solas a causa de algún accidente o enfermedad grave. Tiene derecho a decidir qué quiere que suceda si se encuentra en esta situación. Esto significa que, si así lo desea, puede realizar lo siguiente:

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

Los documentos legales que puede usar para dar instrucciones por adelantado en estas situaciones se denominan **instrucciones anticipadas.** Documentos como un **testamento vital** y un **poder de representación para las decisiones de atención médica** son ejemplos de instrucciones anticipadas.

Cómo establecer una instrucción anticipada para dar instrucciones:

- **Obtenga un formulario.** Puede obtener un formulario de instrucciones anticipadas de su abogado, del asistente social, o puede conseguir uno en algunas tiendas de productos para oficina. A veces se pueden obtener formularios de instrucciones anticipadas de organizaciones que ofrecen información sobre Medicare. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros al **602-586-1730** o al **1-877-436-5288** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) para solicitar los formularios.
- **Complete el formulario y fírmelo.** No importa 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 nombre en el formulario para que pueda tomar decisiones por usted si usted no puede. Quizás desee darles copias a algunos amigos cercanos o miembros de la familia. Guarde una copia en casa.

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

- El hospital le preguntará si firmó un formulario de instrucciones anticipadas y si lo lleva con usted.

- Si no firmó un formulario de instrucciones anticipadas, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntarán si desea firmar uno.

Completar una instrucción anticipada es su elección (incluso si desea firmar una si está en el hospital). Según la ley, nadie puede negarse a brindarle atención ni puede discriminarlo por haber firmado o no instrucciones anticipadas.

Si no se siguen sus instrucciones

Si firma una instrucción anticipada y cree que un médico u hospital no siguieron las instrucciones que contiene, puede presentar un reclamo ante la División de Derechos Civiles de la Oficina del Procurador General de Arizona al **602-542-5263** o al **1-877-491-5742**, TDD **602-542-5002**.

Recursos
Existen grupos que puede contactar para que actúen como su defensor. La defensa de salud implica un servicio directo para usted y su familia, que puede ayudar a promover la salud y el acceso para la atención médica. Un defensor es alguien que apoya y protege sus derechos.

A continuación, se mencionan varios recursos de defensa.

Oficina del Procurador General de Arizona
2005 N. Central Ave.
Phoenix, AZ 85004
602-542-5025
www.azag.gov

Oficina del Procurador General de Arizona - Tucson
400 W. Congress, Ste. 315
Tucson, AZ 85701
520-628-6504

Departamento de Seguridad Económica
Administración de Servicios para Adultos y Personas de la Tercera Edad
1789 W. Jefferson St.
Phoenix, AZ 85007
602-542-4446
https://des.az.gov/
Es posible que su Agencia de Área sobre el Envejecimiento local o su centro para personas de edad avanzada local también tengan formularios e información.

La siguiente organización nacional también proporciona información y formularios de directrices de atención médica:

AARP
601 E. St., N.W.
Washington, D.C. 20049
1-888-687-2277
https://states.aarp.org/arizona/

Sección 1.6 Tiene derecho a presentar reclamos y pedirnos que reconsideremos las decisiones que tomamos

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

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

Si cree que ha recibido un trato injusto o que no se han respetado sus derechos debido a su raza, discapacidad, religión, sexo, salud, origen étnico, credo (creencias), edad o nacionalidad, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Sociales al **1-800-368-1019** (los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-537-7697**) o llame a su Oficina de Derechos Civiles local.

Si considera que está recibiendo un trato injusto o que sus derechos no son respetados, *y no* se trata de discriminación, puede obtener ayuda para tratar el problema que está enfrentando en los siguientes lugares:

- **Llame al Departamento de Servicios para Miembros de nuestro plan al 602-586-1730** o al **1-877-436-5288** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**).
- **Llame a su SHIP local** al **602-542-4446** o al **1-800-432-4040.**
- **Llame a Medicare** al **1-800-MEDICARE** (**1-800-633-4227**) (los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**).
- **Llame a la Administración del AHCCCS** al **602-417-4000** o al **1-800-654-8713**, de 08:00 a. m. a 05:00 p. m., de lunes a viernes (excepto los feriados estatales).
- **Llame a la Oficina de Asistencia para Ciudadanos del Defensor del Pueblo de Arizona** al **602-277-7292** o al **1-800-872-2879**, de 08:00 a. m. a 05:00 p. m., de lunes a viernes (excepto los feriados estatales).

Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos

Obtenga más información sobre sus derechos en los siguientes lugares:

- **Llame al Departamento de Servicios para Miembros al 602-586-1730** o **al 1-877-436-5288 (**los usuarios de TTY deben llamar al **711).**
- **Llame a su SHIP local** al **602-542-4446** o al **1-800-432-4040.**
- **Póngase en contacto con Medicare**
    - Visite **Medicare.gov** para leer la publicación *Medicare Rights & Protections* (Derechos y protecciones de Medicare) (disponible en: **Medicare Rights & Protections**)
    - Llame al **1-800-MEDICARE** (**1-800-633-4227**), (los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**).

SECCIÓN 2 Sus responsabilidades como miembro de nuestro plan

Lo que tiene que hacer como miembro de nuestro plan se detalla a continuación. Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **602-586-1730** o al **1-877-436-5288** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**).

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las normas que debe seguir para obtenerlos**. En esta *Evidencia de cobertura*, aprenderá lo que está cubierto y las normas que debe cumplir para obtener los servicios cubiertos.
    - Los Capítulos 3 y 4 dan más detalles sobre los servicios médicos.
    - Los Capítulos 5 y 6 dan detalles sobre la cobertura para medicamentos de la Parte D.
- **Si, además de nuestro plan, tiene cobertura de salud u otra cobertura para medicamentos, debe comunicárnoslo.** En el Capítulo 1, se le informa sobre la coordinación de estos beneficios.
- **Informe al médico y a otros proveedores de atención médica que está inscrito en nuestro plan.** Muestre nuestra tarjeta de miembro del plan cada vez que obtenga atención médica o medicamentos de la Parte .
- **Permita que sus médicos y otros proveedores le ayuden dándole información, haciendo preguntas y realizando un seguimiento de su atención médica.**
    - Para ayudar a obtener la mejor atención, infórmele a sus médicos y a otros proveedores de salud sobre sus problemas de salud. Siga las instrucciones y planes de tratamiento que usted y sus médicos acordaron.

  - Asegúrese de que los médicos conozcan todos los medicamentos que está tomando, incluidos los medicamentos de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
  - Si tiene preguntas, asegúrese de preguntar y obtener una respuesta que pueda entender.
- **Sea considerado.** Esperamos que nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que usted actúe de una manera que contribuya al buen funcionamiento del consultorio de su médico, hospitales y otras oficinas.
- **Pague lo que debe**. Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:
  - Debe seguir pagando las primas 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 al recibir el servicio o el medicamento.
- **Si se muda *dentro* del área de servicio del plan, debemos saberlo** para mantener actualizado su registro de membresía y para saber cómo podemos ponernos en contacto con usted.
- **Si se muda *fuera* del área de servicio del plan, no puede seguir siendo miembro de nuestro plan.**
- **Si se muda, comuníqueselo al Seguro Social (o a la Junta de Jubilación para Ferroviarios).**

CAPÍTULO 9:
Si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

SECCIÓN 1 Lo que debe hacer si tiene un problema o una inquietud

Este capítulo explica los procesos para el manejo de problemas e inquietudes. El proceso que utilice para manejar su problema depende de 2 aspectos:

1. Si su problema está relacionado con los beneficios cubiertos por **Medicare** o **Medicaid**. Si necesita ayuda para decidir si usar el proceso de Medicare o el proceso de Medicaid, o ambos, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **602-586-1730** o al **1-877-436-5288** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**).

2. El tipo de problema que tiene:
   - Para algunos problemas, debe utilizar el **proceso de decisiones de cobertura y apelaciones**.
   - Para otros problemas, debe utilizar el **proceso de presentación de reclamos** (también denominado quejas).

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

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

Sección 1.1 Términos legales

Existe terminología legal para algunas de las normas, los procedimientos y los tipos de plazos que se explican en este capítulo. Muchos de estos términos son desconocidos para la mayoría de las personas. Para facilitar la comprensión, este capítulo reemplaza algunos términos legales por palabras más comunes.

Sin embargo, a veces es importante conocer los términos legales correctos. Para ayudarlo a saber qué términos usar para obtener la ayuda o la información adecuadas, incluimos estos términos legales cuando damos los detalles para el manejo de determinados tipos de situaciones.

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada

Siempre estamos disponibles para ayudarle. Incluso si tiene un reclamo sobre nuestro tratamiento para usted, tenemos la obligación de respetar su derecho a quejarse. Siempre debe llamar al Departamento de Servicios para Miembros al **602-586-1730** o al **1-877-436-5288** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) para obtener ayuda. En algunas situaciones, es posible que también quiera la ayuda o la orientación de alguien que no tenga relación con nosotros. Dos organizaciones que pueden ayudarle son las siguientes:

Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP)

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

Los servicios ofrecidos por los asesores del SHIP son gratuitos. División de Servicios para Personas Adultas y de Edad Avanzada del Departamento de Seguridad Económica (SHIP de Arizona) al **602-542-4446** o **al 1-800-432-4040**. Encontrará la información de contacto del SHIP en la Sección 3 del Capítulo 2.

Medicare

También puede comunicarse con Medicare para obtener ayuda.

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

Puede obtener ayuda e información de AHCCCS (Medicaid)

- Puede llamar al **602-417-4000** o al **1-800-654-8713**.
- Puede visitar el sitio web del AHCCCS (Medicaid) (**www.azahcccs.gov**).

También puede obtener ayuda e información de Livanta (la Organización para la mejora de la calidad de Arizona)

- Puede llamar al **1-877-588-1123** (TTY **1-855-887-6668**).

- Puede visitar el sitio web de Livanta (**www.livantaqio.com**).

También puede obtener ayuda e información de la Oficina de Asistencia para Ciudadanos del Defensor del Pueblo de Arizona

- Puede llamar al **602-277-7292** o al **1-800-872-2879**.
- Puede visitar el sitio web del Defensor del Pueblo de Arizona (**www.azoca.gov**).

SECCIÓN 3 Qué proceso utilizar para su problema

Debido a que usted tiene Medicare y recibe asistencia de Medicaid, cuenta con diferentes procesos que puede usar para manejar un problema o un reclamo. El proceso que utilice dependerá de si el problema está relacionado con los beneficios de Medicare o con los beneficios de Medicaid. Si su problema está relacionado con un beneficio cubierto por Medicare, use el proceso de Medicare. Si su problema está relacionado con un beneficio cubierto por Medicaid, use el proceso de Medicaid. Si desea ayuda para decidir si desea usar el proceso de Medicare o el proceso de Medicaid, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **602-586-1730** o al **1-877-436-5288** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**).

El proceso de Medicare y el proceso de Medicaid se describen en diferentes partes de este capítulo. Para saber qué parte debería leer, consulte la siguiente tabla.

¿Su problema está relacionado con los beneficios de Medicare o de Medicaid?

Mi problema está relacionado con los beneficios de **Medicare**.

Consulte la Sección **4, Manejo de problemas relacionados con sus beneficios de Medicare.**

Mi problema es sobre la cobertura de **Medicaid**.

Consulte la **Sección 12, Manejo de problemas relacionados con sus beneficios de Medicaid.**

SECCIÓN 4 Manejo de problemas relacionados con sus beneficios de Medicare

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

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

Sí.

Consulte la **Sección 5, Una guía para las decisiones de cobertura y las apelaciones.**

No.

Consulte la **Sección 11, Cómo presentar un reclamo sobre la calidad de la atención, los plazos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes.**

Decisiones de cobertura y apelaciones

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

Las decisiones de cobertura y las apelaciones tratan los problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura de atención médica (servicios, productos y medicamentos de la Parte B, incluido el pago). Para simplificar las cosas, en general, hablaremos de **atención médica**, que incluye productos y servicios médicos, y medicamentos de la Parte B de Medicare. El proceso de decisiones de cobertura y apelaciones se puede utilizar para asuntos tales como determinar si algo está cubierto o no y la forma en que está cubierto.

Cómo solicitar decisiones de cobertura antes de recibir los servicios

Si usted quiere saber si cubriremos la atención médica antes de obtenerla, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura para usted. Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y la cobertura, o sobre el monto que pagaremos por su atención médica. Por ejemplo, si el médico de la red de nuestro plan le remite a un especialista médico que no está dentro de la red, esta remisión se considera una decisión de cobertura favorable, a menos que usted o su médico de la red puedan demostrar que han recibido un aviso de denegación estándar para este especialista médico o que la *Evidencia de cobertura* deje claro que el servicio mencionado no se cubre nunca, sin

excepciones. Usted o su médico también puede contactarnos y pedirnos una decisión de cobertura si su médico no está seguro de si cubriremos un servicio médico particular o se rehúsa a brindarle la atención médica que usted cree que necesita.

En circunstancias limitadas, se rechazará una solicitud de una decisión de cobertura, que implica que no revisaremos la solicitud. Los ejemplos de cuándo se rechazará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien presenta la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo o si usted pide que se retire su solicitud. Si rechazamos una solicitud de una decisión de cobertura, le enviaremos un aviso en el que se expliquen los motivos del rechazo y cómo pedir su revisión.

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

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura, ya sea antes o después de que usted reciba un beneficio, y no se siente satisfecho con ella, usted puede **apelar** la decisión. Una apelación es una manera formal de pedirnos revisar y modificar una decisión de cobertura que tomamos. En determinadas circunstancias, puede solicitar una apelación acelerada o **apelación rápida** de una decisión de cobertura. Su apelación es analizada por revisores distintos a los que tomaron la decisión original.

Cuando apela una decisión por primera vez, esto se denomina apelación de Nivel 1. En este tipo de apelación, revisamos la decisión de cobertura que tomamos para comprobar si seguimos todas las normas correctamente. Cuando completemos la revisión, le comunicaremos nuestra decisión.

En circunstancias limitadas, se rechazará una solicitud de una apelación de Nivel 1, que implica que no revisaremos la solicitud. Los ejemplos de cuándo se rechazará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien presenta la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo o si usted pide que se retire su solicitud. Si rechazamos una solicitud de una apelación de Nivel 1, le enviaremos un aviso en el que se expliquen los motivos del rechazo y cómo pedir su revisión.

Si rechazamos la totalidad o parte de su apelación de Nivel 1 por la atención médica, su apelación se enviará automáticamente al Nivel 2 para que la evalúe una organización de revisión independiente que no está relacionada con nosotros.

- No es necesario que haga nada para comenzar una apelación de Nivel 2. Las normas de Medicare requieren que le enviemos automáticamente su apelación de atención médica al Nivel 2 si no estamos totalmente de acuerdo con su apelación de Nivel 1.
- Consulte la **Sección 6.4** para obtener más información sobre las apelaciones de Nivel 2 para obtener atención médica.
- Las apelaciones de la Parte D se detallan en la Sección 7.

Si no está satisfecho con la decisión de la apelación de Nivel 2, es posible que pueda avanzar a niveles adicionales de apelación (en este capítulo se explican los procesos de apelaciones de Nivel 3, 4 y 5).

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

Entre los recursos que puede utilizar si decide solicitar algún tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión, se encuentran los siguientes:

- **Llame al Departamento de Servicios para Miembros al 602-586-1730 o al 1-877-436-5288 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).**
- **Puede obtener ayuda gratuita** de su Programa estatal de asistencia en seguros de salud.
- **Su médico puede realizar la solicitud por usted.** Si su médico ayuda con una apelación superior al Nivel 2, deberá ser designado como su representante. Llame al Departamento de Servicios para Miembros y solicite el formulario de *nombramiento de un representante* (el formulario también está disponible en **CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf** o en nuestro sitio web en **mercycareaz.org)**.
    - Para la atención médica, su médico puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si se deniega su apelación de Nivel 1, esta se enviará automáticamente al Nivel 2.
    - Para los medicamentos de la Parte D, su médico u otra persona autorizada a dar recetas pueden solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si se deniega su apelación de Nivel 1, su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden solicitar una apelación de Nivel 2.
- **Puede solicitar que alguien actúe en su nombre.** Usted puede designar a otra persona para que intervenga 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 al Departamento de Servicios para Miembros al **602-586-1730** o al **1-877-436-5288** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) y solicite el formulario de *nombramiento de un representante*. (El Formulario también está disponible en **CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf** o en nuestro sitio web en **mercycareaz.org)**. Este formulario le otorga a esa persona la autorización de actuar en su nombre. Debe estar firmado por usted y por la persona que usted desea que actúe en su nombre. Usted debe darle al plan una copia del formulario firmado.
- Podemos aceptar una solicitud de apelación de un representante sin el formulario, pero no podemos comenzar ni terminar nuestra revisión si no lo recibimos. Si no recibimos el formulario antes de nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación, su solicitud de apelación se rechazará. Si esto sucede, le enviaremos un aviso por escrito en el que se explicará su derecho a solicitar que una organización de revisión independiente 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 de su colegio de abogados local, así como otro servicio de remisión. También existen grupos que le proporcionarán servicios legales gratuitos si usted reúne los requisitos. Sin embargo, **no está obligado a contratar a un abogado** para solicitar ningún tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión.

Sección 5.2 Normas y plazos para diferentes situaciones

Existen 4 situaciones diferentes que suponen decisiones de cobertura y apelaciones. Cada situación tiene normas y plazos diferentes. Damos los detalles sobre cada una de estas situaciones:

- **Sección 6:** Atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 7:** Medicamentos de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 8:** Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización como paciente internado más prolongada si usted considera que se le está dando de alta demasiado pronto
- **Sección 9:** Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo algunos servicios médicos si cree que su cobertura está finalizando demasiado pronto (*Se aplica solo a estos*

servicios: servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada y servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos [CORF])

Si no está seguro de qué información se aplica a usted, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **602-586-1730** o al **1-877-436-5288** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). También puede obtener ayuda o información de su SHIP.

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

Sección 6.1 Qué puede hacer si tiene problemas para obtener cobertura de atención médica o si quiere que le reembolsemos la parte que nos corresponde del costo de su atención médica

En la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4, podrá ver los beneficios que tiene en cuanto a atención médica. En algunos casos, se aplican diferentes normas para la solicitud de un medicamento de la Parte B. En estos casos, le explicaremos las diferencias entre las normas de los medicamentos de la Parte B y las normas para los productos y servicios médicos.

Esta sección le indica lo que puede hacer si se encuentra en cualquiera de las 5 siguientes situaciones:

1. No está recibiendo determinada atención médica que desea y cree que nuestro plan cubre esta atención. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 6.2.**
2. Nuestro plan no aprobará la atención médica que desean brindarle su médico u otro proveedor médico, y usted cree que el plan cubre dicha atención. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 6.2.**
3. Recibió atención médica que cree que nuestro plan debería cubrir, pero le comunicamos que no pagaremos dicha atención. **Presente una apelación. Sección 6.3.**
4. Recibió atención médica y pagó por ella, y cree que el plan debería cubrirla, por lo que quiere solicitar que nuestro plan le reembolse el costo de esta atención. **Envíenos la factura. Sección 6.5.**
5. Se le comunica que la cobertura que tenía para determinados servicios de atención médica que estaba recibiendo (y que estaba cubierta anteriormente) se reducirá o interrumpirá, y usted cree que esto podría perjudicar su salud. **Presente una apelación. Sección 6.3.**

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

Sección 6.2 Cómo solicitar una decisión de cobertura

Términos legales:

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

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

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

Por lo general, una decisión estándar de cobertura se toma dentro de los 7 días calendario cuando el producto o servicio médico está sujeto a nuestras normas de autorización previa, 14 días calendario para todos los demás productos y servicios o 72 horas para los medicamentos de la Parte B. Generalmente, se toma una decisión rápida de cobertura dentro de las 72 horas, por servicios médicos, o durante las 24 horas para los medicamentos de la Parte B. Podrá solicitar una decisión rápida de cobertura *solo* si la vía de plazos estándares pudiera poner su salud en grave peligro o dañar su capacidad de recuperar su capacidad funcional.

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

Si nos pide usted mismo la decisión rápida de cobertura, sin el apoyo de su médico, decidiremos si su salud requiere que tomemos una decisión rápida de cobertura. Si no aprobamos una decisión rápida de cobertura, le enviaremos una carta en la que se haga lo siguiente:

- Explica que usaremos los plazos estándar.
- Que si su médico solicita la decisión rápida de cobertura, automáticamente le brindaremos una decisión rápida de cobertura.
- Que puede presentar un reclamo rápido sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión estándar de cobertura en lugar de la decisión rápida de cobertura que solicitó.

Paso 2: Pida a nuestro plan tomar una decisión de cobertura o una decisión rápida de cobertura.

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

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

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

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

- **No obstante**, si usted solicita más tiempo o si necesitamos más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es de un producto o servicio médico. Si tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.
- Si considera que *no deberíamos* tomarnos días adicionales, puede presentar un reclamo rápido. Le daremos respuesta a su reclamo tan pronto como tomemos la decisión. (El proceso para presentar un reclamo es diferente del proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Consulte la Sección 11 de este capítulo para obtener información sobre reclamos).

Para las decisiones rápidas de cobertura, usamos un plazo acelerado.

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

- **No obstante**, si usted solicita más tiempo o si necesitamos más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días adicionales**. Si tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.

- Si considera que *no deberíamos* tomarnos días adicionales, puede presentar un reclamo rápido. (Consulte la Sección 11 para obtener información sobre reclamos). Lo llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.
- Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó, le enviaremos una declaración por escrito, en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud.

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

Si la rechazamos, tiene derecho a pedirnos reconsiderar esta decisión mediante la presentación de una apelación. Esto significa pedir otra vez la cobertura de atención médica que desea. Si presenta una apelación, significa que está avanzando al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 6.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos legales:

Una apelación a nuestro plan 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.

Generalmente, se presenta una apelación estándar dentro de los 30 días calendario o 7 días calendario para los medicamentos de la Parte B. Generalmente, se presenta una apelación rápida dentro de las 72 horas.

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre la cobertura de atención médica, usted o su médico 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 rápida de cobertura que aparecen en la Sección 6.2 de este capítulo.

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

- **Si solicita una apelación estándar, envíe su apelación estándar por escrito.** También puede solicitar una apelación llamándonos, escribiéndonos o enviando un fax a nuestro plan para hacer su solicitud para que autoricemos o proporcionemos cobertura para la atención médica que desea. Usted, o su médico, o su representante pueden hacer esto. En el Capítulo 2 se incluye la información de contacto.

- **Si solicita una apelación rápida, realice su apelación por escrito o llámenos.** En el Capítulo 2 se incluye la información de contacto.
- **Debe presentar su solicitud de apelación en el plazo de 65 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso por escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si se vence este plazo y tiene una razón válida para haberlo dejado vencer, explique la razón de la tardanza al presentar su apelación. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Entre los ejemplos de una causa válida se pueden incluir una enfermedad grave que le impidió contactarnos o si le brindamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo límite para solicitar una apelación.
- **Puede pedir una copia de la información sobre su decisión médica. Usted y su médico pueden agregar más información para respaldar su apelación.**

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

- Mientras nuestro plan revisa su apelación, hacemos una revisión cuidadosa de toda la información. Verificamos si seguimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud.
- Recopilaremos más información si fuera necesario, y es posible que nos comuniquemos con usted o con su médico.

Plazos para una apelación rápida

- Para las apelaciones rápidas, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación**. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud lo requiere.
    - Si usted solicita más tiempo o si necesitamos más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es de un producto o servicio médico. Si tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.
    - Si no le damos una respuesta en 72 horas (o al final de la extensión del plazo, en caso de que tomemos días adicionales), estamos obligados a enviar automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que será revisada por una organización de revisión independiente. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación. La Sección 6.4 explica el proceso de apelaciones de Nivel 2.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos autorizar o brindar la cobertura que aceptamos en un plazo de 72 horas después de recibir su apelación.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos nuestra decisión por escrito y 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 **en un plazo de 30 días calendario** después de recibida su apelación. Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B que aún no recibió, le daremos nuestra respuesta **en el plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación. Le comunicaremos nuestra decisión antes si su afección médica así lo exige.

    - No obstante, si usted solicita más tiempo o si necesitamos más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es de un producto o servicio médico. Si tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.
    - Si considera que *no deberíamos* tomarnos días adicionales, puede presentar un reclamo rápido. Cuando presenta un reclamo rápido, le daremos respuesta a su reclamo en un plazo de 24 horas. (Consulte la Sección 11 para obtener información sobre reclamos).
    - Si no le damos una respuesta para el plazo límite (o al final de la extensión del plazo), le enviaremos su solicitud a una apelación de Nivel 2 en la que una organización de revisión independiente revisará la apelación. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación. La Sección 6.4 explica el proceso de apelaciones de Nivel 2.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos autorizar o brindar la cobertura en el plazo de 30 días calendario si su solicitud es de un producto o servicio médico, o **en un plazo de 7 días calendario** si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de su apelación,** le 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 6.4 El proceso de apelación de Nivel 2

Término legal:

El nombre formal para la organización de revisión independiente es **entidad de revisión independiente**. A veces, se la denomina **IRE**.

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

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

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

Si se le concedió una apelación rápida en el Nivel 1, también se le concederá 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 **en el plazo de 72 horas** de recibida su apelación.
- Si su solicitud es de un producto o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita reunir más información que pueda beneficiarlo, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales**. Si se toman días adicionales, le notificarán por escrito. La organización de revisión independiente no puede tomar tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es de un medicamento de la Parte B.

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

- Para la apelación estándar, si su solicitud es por un producto o servicio médico, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en el plazo de 30 días** calendario de recibida su apelación. Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en el plazo de 7 días calendario** de recibida su apelación.

- Si su solicitud es de un producto o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita reunir más información que pueda beneficiarlo, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales**. Si se toman días adicionales, le notificarán por escrito. La organización de revisión independiente no puede tomar tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es de 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 los motivos que la fundamentan.

- **Si la organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de una solicitud de un producto o servicio médico,** debemos autorizar la cobertura de la atención médica en un plazo de **72 horas** o brindar el servicio en un plazo de 14 días calendario después de recibir la decisión de la organización de revisión independiente para **solicitudes estándares.** Para **solicitudes aceleradas**, tenemos **72 horas** desde la fecha en que recibimos la decisión de parte de la organización de revisión independiente.
- **Si la organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de la solicitud para un medicamento de la Parte B**, debemos autorizar o brindar el medicamento de la Parte B en un plazo de **72 horas** después de recibir la decisión de la organización de revisión independiente para **solicitudes estándares**. Para **solicitudes aceleradas**, tenemos **24 horas** desde la fecha en que recibimos la decisión de parte de la organización de revisión independiente.
- **Si la organización de revisión independiente rechaza parte o la totalidad de su apelación,** significa que está de acuerdo con nuestro plan en que su solicitud (o parte de su solicitud) para la cobertura de atención médica no debe ser aprobada. (Esto se llama **confirmar la decisión** o **rechazar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta que:
    - Explica la decisión.
    - Se le notifique sobre el derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de atención médica cumple un cierto mínimo. El aviso por escrito que recibe de la organización de revisión independiente le indicará el monto en dólares que debe alcanzar para continuar con el proceso de apelaciones.
    - Le indica cómo presentar una apelación de Nivel 3.

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

- Hay 3 niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (en un total de 5 niveles de apelación). Si desea continuar con una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacerlo están en el aviso por escrito que recibe después de su apelación de Nivel 2.
- Un juez administrativo o un abogado mediador gestiona la apelación de Nivel 3. La Sección 10 explica los Niveles 3, 4 y 5 de procesos de apelaciones.

Sección 6.5 Si nos pide que le devolvamos el dinero de nuestra parte de una factura que recibió por atención médica

Si ya ha pagado por un servicio o producto de Medicaid cubierto por el plan, pídale a nuestro plan que le devuelva el dinero (que le realice un reembolso). Es su derecho que nuestro plan le reembolse cada vez que usted haya pagado más del monto que le corresponde de los costos por servicios médicos o medicamentos que están cubiertos por el plan. Cuando nos envíe la factura que ya pagó, la examinaremos y decidiremos si los servicios o medicamentos deben ser cubiertos. Si decidimos que deben tener cobertura, le reembolsaremos los costos de los servicios o los medicamentos.

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

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

- **Si aceptamos su solicitud:** Si la atención médica está cubierta y siguió las normas, le enviaremos el pago de nuestra parte del costo comúnmente en el plazo de 30 días calendario, pero, como máximo, 60 días después de recibir su solicitud. Si aún no ha pagado la atención médica, le enviaremos el pago directamente al proveedor.
- **Si rechazamos su solicitud:** Si la atención médica no está cubierta, o si *usted no* siguió todas las normas, no le enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta en la que le informamos que no pagaremos la atención médica y las razones.

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

Para presentar esta apelación, siga el proceso de apelaciones de la Sección 6.3. Para las apelaciones sobre el reembolso, tenga en cuenta lo siguiente:

- Debemos darle una respuesta en un plazo de 60 días calendario después de recibir su apelación. Si nos solicita reembolsarle 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 o al proveedor el pago en el plazo de 30 días calendario. Si se acepta su apelación en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviarle el pago que solicitó a usted o al proveedor en un plazo de 60 días calendario.

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

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

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

- Si no sabe si un medicamento está cubierto o si cumple las normas, puede preguntarnos. Algunos medicamentos requieren que obtenga nuestra aprobación antes de que lo cubramos.
- Si su farmacia le dice que su receta no puede presentarse como está escrita, la farmacia le proporcionará un aviso por escrito en el que se explica cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.

Decisiones y apelaciones de cobertura de la Parte D

Término legal:

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

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y la cobertura o en relación con el monto que pagaremos por los medicamentos. Esta sección le indica lo que puede hacer si se encuentra en cualquiera de las siguientes situaciones:

- Nos solicita cubrir un medicamento de la Parte D que no figura en la Lista de medicamentos del plan. **Pida una excepción. Sección 7.2**
- Pedirnos que no apliquemos una restricción a la cobertura de nuestro plan para un medicamento (como límites en la cantidad de medicamento que puede obtener). **Pida una excepción. Sección 7.2**
- Pedir la aprobación previa de un medicamento. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 7.4**
- Pagar por un medicamento con receta que ya compró. **Solicítenos un reembolso. Sección 7.4**

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

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

Sección 7.2 Solicitar una excepción

Términos legales:

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

Pedir la eliminación de una restricción de cobertura para un medicamento es una **excepción del formulario.**

Pedir pagar un precio inferior por un medicamento no preferido cubierto es una **excepción de nivel.**

Si un medicamento no está cubierto de la forma que a usted le gustaría que estuviese cubierto, puede pedirnos que hagamos una **excepción**. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura.

Para que consideremos su solicitud de excepción, su médico o la persona autorizada a dar recetas tendrán que explicar las razones médicas por las que necesita que se apruebe la excepción. Estos son 2 ejemplos de excepciones que usted, su médico u otra persona autorizada a dar recetas pueden pedirnos que hagamos:

1. **Cubrir un medicamento de la Parte D que no figura en nuestra Lista de medicamentos.** Si aceptamos cubrir un medicamento que no está en la Lista de medicamentos, deberá pagar el monto de costo compartido que se aplica a todos nuestros medicamentos. No puede pedir una excepción al monto de copago o coseguro que requerimos 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.** En el Capítulo 5 se describen las normas o restricciones adicionales que se aplican a determinados medicamentos que figuran en nuestra Lista de medicamentos.

Sección 7.3 Aspectos importantes que debe saber acerca de pedir excepciones

Su médico debe explicarnos las razones médicas

Su médico u otro profesional que emita recetas debe darnos una declaración que explique las razones médicas por las que solicita una excepción. Para que tomemos la decisión más rápido, incluya esta información médica de su médico o de la persona autorizada a dar recetas cuando pida la excepción.

Nuestra Lista de medicamentos por lo general incluye más de un medicamento para tratar una afección en particular. Estas posibilidades diferentes se denominan medicamentos **alternativos**. Si un medicamento alternativo da el mismo resultado que el medicamento que está solicitando y no produce más efectos secundarios ni otros problemas de salud, en general, no aprobaremos su solicitud de una excepción.

Podemos aceptar o rechazar su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de una excepción, nuestra aprobación normalmente es válida hasta el final de nuestro año del plan. Y será válida mientras su médico siga recetándole el medicamento y mientras ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar su afección.
- Si rechazamos su solicitud, puede pedir otra revisión mediante la presentación de una apelación.

Sección 7.4 Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

Término legal:

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

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

Las **decisiones estándar de cobertura** se toman dentro de las **72 horas** posteriores a la recepción de su solicitud. Las **decisiones rápidas de cobertura** se toman dentro de las **24 horas** posteriores a la recepción de su solicitud.

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

- Debe estar pidiendo un medicamento que aún no recibió. (No puede solicitar que se le reembolse la decisión rápida de cobertura para un medicamento que ya compró).
- Usar las vías de plazos estándares podría poner su salud en grave peligro o dañar su capacidad funcional.
- **Si su médico u otra persona autorizada a dar recetas nos indican que su salud requiere una decisión rápida de cobertura, automáticamente le daremos una decisión rápida de cobertura.**
- **Si usted mismo nos pide la decisión rápida de cobertura, sin el apoyo de su médico ni de la persona autorizada a dar recetas, nosotros decidiremos si su salud requiere que tomemos una decisión rápida de cobertura.** Si no aprobamos una decisión rápida de cobertura, le enviaremos una carta en la que se haga lo siguiente:
    - Explica que usaremos los plazos estándar.
    - Se explique si su médico u otra persona autorizada a dar recetas piden una decisión rápida de cobertura, automáticamente le daremos una decisión rápida de cobertura.
    - Se le indique cómo puede presentar un reclamo rápido sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión estándar de cobertura en lugar de la decisión rápida de cobertura que pidió. Responderemos a su reclamo dentro de las 24 horas posteriores a la recepción.

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

Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para pedirnos que autoricemos o proporcionemos cobertura para la atención médica que desea. También puede acceder al proceso de decisiones de cobertura a través de nuestro sitio web. Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito, incluida una solicitud enviada en el Formulario de solicitud de determinación de cobertura modelo de CMS, que está disponible en nuestro sitio web en **https://www.mercycareaz.org/content/dam/mercycare/pdf/H5580_20_051_C%20%20Coverage%20Determination%20form%2011-2019_Final%20Approved-UA.pdf**. En el Capítulo 2 se incluye la información de contacto. Para ayudarnos a procesar su solicitud, incluya su nombre, información de contacto e información que muestre qué reclamación denegada se está apelando.

Usted, o su médico, (u otra persona autorizada a dar recetas) o su representante pueden hacer esto. También puede contratar a un abogado para que actúe en su nombre. La Sección 4 de este capítulo le indica cómo puede darle permiso por escrito a alguien para que actúe como su representante.

- **Si solicita que se haga una excepción, proporcione la declaración de respaldo,** que son las razones médicas que justifican la excepción. Su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden enviarnos por fax o correo la declaración. O su médico o la persona autorizada a dar recetas puede llamarnos por teléfono y hacer un seguimiento mediante el envío de la declaración escrita, ya sea por fax o por correo, si fuera necesario.

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

Plazos para una decisión rápida de cobertura

- Generalmente, debemos darle una respuesta **en un plazo de 24 horas** después de recibir su solicitud.
    - Para las excepciones, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas después de recibir la declaración de respaldo de su médico. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud lo requiere.
    - Si no cumplimos este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que la revisará una organización de revisión independiente. Le informaremos por escrito si su solicitud ha sido enviada a la organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, tenemos que brindarle la cobertura que hemos aceptado en un plazo de 24 horas después de haber recibido su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.

- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito, en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

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

- Generalmente, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud.
    - Para las excepciones, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibir la declaración de respaldo de su médico. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud lo requiere.
    - Si no cumplimos este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que la revisará una organización de revisión independiente. Le informaremos por escrito si su solicitud ha sido enviada a la organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que usted solicitó**, debemos **brindarle la cobertura** que aceptamos **en un plazo de 72 horas** después de haber recibido su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito, en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

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

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

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

- Si la rechazamos, tiene derecho a pedirnos reconsiderar esta decisión mediante la presentación de una apelación. Esto significa pedir otra vez que obtenga la cobertura para medicamentos que quiere. Si presenta una apelación, significa que va al Nivel 1 del proceso de apelación.

Sección 7.5 Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos legales:

Una apelación a nuestro plan sobre una decisión de cobertura de medicamentos de la Parte D se denomina redeterminación del plan.

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

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

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

- Si va a apelar una decisión tomada por nosotros acerca de un medicamento que aún no recibió, usted y su médico o la persona autorizada a dar recetas tendrán que decidir si necesita una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión rápida de cobertura, los cuales figuran en la Sección 7.4 de este capítulo.

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

- **Para las apelaciones estándar, envíe una solicitud por escrito o llámenos.** En el Capítulo 2 se incluye la información de contacto.
- **Para apelaciones rápidas, envíe su apelación por escrito o llámenos** (**al 602-586- 1730 o al 1-877-436-5288**). En el Capítulo 2 se incluye la información de contacto.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito,** incluida una solicitud enviada en el *Formulario de solicitud de determinación de cobertura modelo de los CMS*, que está disponible en nuestro sitio web en **https://www.mercycareaz.org/content/dam/mercycare/pdf/H5580_20_052_C%20MCA%20Notice%20of%20Denial_Request%20for%20Redetermination%20Form%2011-2019_Final%20Approved-UA.pdf**. Incluya su nombre, información de contacto e información sobre su reclamación para ayudarnos a procesar su solicitud.
- **Debe presentar su solicitud de apelación en el plazo de 65 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso por escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si se vence este plazo y tiene una razón válida para haberlo dejado vencer, explique la razón de la tardanza al presentar

su apelación. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Entre los ejemplos de una causa válida se pueden incluir una enfermedad grave que le impidió contactarnos o si le brindamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo límite para solicitar una apelación.

- **Puede pedir una copia de la información de su apelación y añadir más información.** Usted y su médico pueden agregar más información para respaldar su apelación. Estamos autorizados a cobrar un cargo por las copias y el envío de esta información.

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

- Cuando revisamos su apelación, revisamos cuidadosamente toda la información sobre su solicitud de cobertura. Verificamos si seguimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud.
- Es posible que nos pongamos en contacto con su médico o la persona autorizada a dar recetas para obtener más información.

Plazos para una apelación rápida

- Para las apelaciones rápidas, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación**. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud lo requiere.
    - Si no le damos una respuesta en el plazo de 72 horas, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que la revisará una organización de revisión independiente. Le informaremos por escrito si su solicitud ha sido enviada a la organización de revisión independiente. En la Sección 7.6 se explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito, en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos límite para una apelación estándar para un medicamento que ya compró

- Para las apelaciones estándar, debemos darle una respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de recibida su apelación. Le daremos nuestra decisión antes si aún no recibió el medicamento y su afección de salud nos obliga a hacerlo.
    - Si no le damos una decisión dentro de los 7 días calendario, estamos obligados a 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 ha sido enviada a la organización de revisión independiente. En la Sección 7.6 se explica el proceso de apelación de Nivel 2.

- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que usted solicitó**, debemos brindar la cobertura tan pronto como lo requiera su salud, pero no en una fecha posterior a los **7 días calendario** después de recibida su apelación.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito, en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

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

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

Paso 4: Si rechazamos su apelación, usted decide si quiere continuar con el proceso de apelaciones y presentar *otra* apelación.

- Si decide presentar otra apelación, significa que su apelación se pasa al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Sección 7.6 Cómo presentar una apelación de Nivel 2

Término legal

El nombre formal para la organización de revisión independiente es **entidad de revisión independiente**. A veces se la denomina **IRE.**

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

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

- Si rechazamos su apelación de Nivel 1, en el aviso por escrito que le enviaremos, se incluirán las **instrucciones para presentar una apelación de Nivel 2** ante la organización de revisión independiente. Estas instrucciones le indicarán quién puede presentar esta apelación de Nivel 2, qué plazos deberá respetar y cómo comunicarse con la organización de revisión independiente.
- **Debe presentar su solicitud de apelación dentro de los 65 días calendario** a partir de la fecha del aviso por escrito.
- Si no completamos nuestra revisión dentro del plazo correspondiente o tomamos una decisión desfavorable con respecto a una determinación **de riesgo** en virtud de nuestro programa de administración de medicamentos, enviaremos automáticamente su solicitud a la entidad de revisión independiente. Le informaremos por escrito si su solicitud ha sido enviada a la organización de revisión independiente.
- Enviaremos la información sobre su apelación a la organización de revisión independiente. A esta información se la denomina su **archivo de caso**. **Tiene derecho a pedirnos una copia del archivo de su caso**.
- Usted tiene derecho a proporcionarle 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 analizarán cuidadosamente la información sobre su apelación.

Plazos para una apelación rápida

- Si su salud lo requiere, pida una apelación rápida a la organización de revisión independiente.
- Si la organización de revisión independiente acepta darle una apelación rápida, dicha organización independiente debe comunicarle su respuesta a la apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud de apelación.

Plazos para una apelación estándar

- Para las apelaciones estándar, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación si es para un medicamento que usted todavía no recibió. Si está

solicitando que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 14 días calendario** después de recibir su solicitud.

Paso 3: La organización de revisión independiente le da su respuesta.

Para las apelaciones rápidas:

- **Si la organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de lo que usted solicitó,** debemos **proporcionar la cobertura de medicamentos** que fue aprobada por la organización de revisión independiente **dentro de las 24 horas** posteriores a la recepción de la decisión de parte de dicha organización independiente.

Para las apelaciones estándar:

- **Si la organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de su solicitud de cobertura,** debemos **brindar la cobertura para medicamentos** que aprobó la organización de revisión independiente **en un plazo de 72 horas** después de recibir la decisión de parte de dicha organización.
- **Si la organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de su solicitud de reembolso del costo** de un medicamento que ya compró, debemos **enviarle el pago en un plazo de 30 días calendario** después de recibir la decisión de parte de dicha organización de revisión independiente.

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

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

- Explica la decisión.
- Le notifique sobre el derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura para el medicamento que está solicitando cumple un cierto mínimo. Si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que está solicitando es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación y la decisión en el Nivel 2 es definitiva.
- Le indica el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelaciones.

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

- Hay 3 niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (para un total de 5 niveles de apelación).
- Si desea continuar con una apelación de Nivel 3, encontrará los detalles de cómo hacerlo en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de apelación de Nivel 2.
- Un juez administrativo o un abogado mediador gestiona la apelación de Nivel 3. La Sección 10 explica los Niveles 3, 4 y 5 de procesos de apelaciones.

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que se le está dando de alta demasiado pronto

Cuando es ingresado en un hospital, tiene derecho a obtener todos los servicios hospitalarios cubiertos que sean necesarios para el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad o lesión.

Durante su hospitalización cubierta, su médico y el personal del hospital colaborarán con usted para prepararlo para el día en que le den el alta. Ayudarán a coordinar la atención que pueda necesitar cuando se vaya.

- El día en que se va del hospital es la **fecha del alta**.
- Cuando se decida la fecha del alta, su médico o el personal del hospital se lo indicarán.
- Si cree que le están pidiendo que deje el hospital demasiado pronto, puede pedir una hospitalización más prolongada y se considerará su solicitud.

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

En un plazo de 2 días calendario después de haber ingresado en el hospital, recibirá un aviso por escrito denominado *An Important Message from Medicare about Your Rights* (Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos). Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de este aviso. Si no recibe el aviso de alguien en el hospital (por ejemplo, un asistente social o enfermero), pídaselo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **602-586-1730** o al **1-877-436-528** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) o al **1-800-MEDICARE** (**1-800-633-4227**). (Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**).

1. **Lea atentamente este aviso y consulte cualquier duda que tenga.** En el aviso se le explica:
   - Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su hospitalización, según lo indicado por su médico. Esto incluye el derecho a saber cuáles son esos servicios, quién pagará por ellos y dónde puede obtenerlos.
   - Su derecho a participar en cualquier decisión sobre su hospitalización.
   - Dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
   - Su derecho a **solicitar una revisión inmediata** de la decisión del alta hospitalaria si considera que está recibiendo el alta del hospital demasiado pronto. Esta es una manera legal y formal de pedir un retraso en la fecha de su alta para que su atención hospitalaria esté cubierta más tiempo.
2. **Se le pedirá que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió y que comprende sus derechos.**
   - Se le pedirá a usted o a alguien que actúe en su nombre que firme el aviso.
   - La firma del aviso *solo* indica que recibió la información sobre sus derechos. El aviso no le informa sobre su fecha del alta. La firma del aviso **no significa** que esté de acuerdo con la fecha del alta.
3. **Guarde la copia** del aviso para tener la información sobre cómo presentar una apelación (o comunicar alguna inquietud sobre la calidad de la atención) en caso de que lo necesite.
   - Si firma el aviso más de 2 días calendario antes de la fecha de su alta, recibirá otra copia antes de que esté programado que le den el alta.
   - Para ver una copia de este aviso con anticipación, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **602-586-1730** o al **1-877-436-5288** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) o al **1-800-MEDICARE** (**1-800-633-4227**). Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**. También puede consultar el aviso en línea en **CMS.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.**

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

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

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **602-586-1730** o **al 1-877-436-5288** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). O bien, llame al Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP) para obtener ayuda personalizada. División de Servicios para Personas Adultas y de Edad Avanzada del Departamento de Seguridad Económica (SHIP de Arizona) al **602-542-4446** o al **1-800-432-4040**. Encontrará la información de contacto del SHIP en la Sección 3 del Capítulo 2.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la mejora de la calidad revisa su apelación. Comprueba si su fecha prevista del alta es médicamente apropiada para usted. La **Organización para la mejora de la calidad** es un grupo de médicos y otros profesionales de salud a los que el gobierno federal les paga por evaluar y ayudar a mejorar la calidad de la atención que se brinda a las personas que tienen Medicare. Esto incluye revisar las fechas del alta del hospital para las personas que tienen Medicare. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad de su estado y solicite una revisión inmediata de su alta del hospital. Debe actuar rápidamente.

Cómo puede comunicarse con esta organización

- El aviso por escrito que recibió (*An Important Message from Medicare About Your Rights* [Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos]) le explica cómo puede ponerse en contacto con esta organización. O bien, encuentre el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la mejora de la calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe rápido:

- Para presentar la apelación, debe ponerse en contacto con la Organización para la mejora de la calidad *antes* de retirarse del hospital y **a más tardar la medianoche del día del alta.**
    - **Si usted cumple este plazo,** puede permanecer en el hospital *después* de la fecha del alta *sin que deba pagar por ello*, mientras espera la decisión de la Organización para la mejora de la calidad.
    - **Si no cumple este plazo, comuníquese con nosotros.** Si decide quedarse en el hospital después de la fecha prevista del alta, *es posible que deba pagar todos los costos* relacionados con la atención hospitalaria que reciba después de la fecha prevista del alta.

- Una vez que solicite una revisión inmediata del alta del hospital, la Organización para la mejora de la calidad se comunicará con nosotros. Antes del mediodía del día después de que nos comuniquemos con usted, le daremos un **Aviso detallado del alta.** Este aviso proporciona su fecha prevista del alta y explica en detalle los motivos por los que su médico, el hospital y nosotros consideramos que es adecuado (médicamente apropiado) que le den el alta en esa fecha.
- Puede obtener una muestra del **Aviso detallado de alta** por teléfono al Departamento de Servicios para Miembros al **602-586-1730** o al **1-877-436-5288** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) o al **1-800-MEDICARE** (**1-800-633-4227**). (Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**). O bien, puede obtener un aviso de muestra en línea en **www.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 salud de la Organización para la mejora de la calidad (los revisores) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué cree que debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- Los revisores también consultarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que el hospital y nosotros les dimos.
- Antes del mediodía del día después de que los revisores nos informen sobre su apelación, recibirá un aviso por escrito de parte nuestra donde se le indicará su fecha prevista del alta. Este aviso también explica en detalle los motivos por los que su médico, el hospital y nosotros consideramos que es adecuado (médicamente apropiado) que le den el alta en esa fecha.

Paso 3: en un plazo de un día completo después de tener toda la información necesaria, la Organización para la mejora de la calidad le dará la respuesta a su apelación.

¿Qué sucede si la aceptan?

- Si la organización de revisión independiente la *acepta*, **debemos seguir brindándole servicios hospitalarios para pacientes internados cubiertos durante el tiempo que sean médicamente necesarios.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Además, es posible que haya limitaciones en sus servicios hospitalarios cubiertos.

¿Qué sucede si la rechazan?

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

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

- Si la Organización para la mejora de la calidad *rechaza* 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 8.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha del alta del hospital

Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para la mejora de la calidad que analice 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 deba pagar el costo total de la hospitalización con posterioridad a la fecha prevista del alta.

Paso 1: Comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad de nuevo y pida otra revisión.

- Debe pedir esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** después del día en que la Organización para la mejora de la calidad *rechazó* su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si permanece en el hospital después de la fecha en la que finalizó su cobertura de atención médica.

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

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

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

Si la Organización de revisión independiente acepta, ocurrirá lo siguiente:

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de la atención hospitalaria que recibió desde el mediodía del día después a la fecha en que la Organización para la mejora de la calidad rechazó su primera apelación. **Debemos seguir brindando cobertura para su atención para pacientes internados durante el tiempo que sea médicamente necesario.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

Si la organización de revisión independiente la rechaza, ocurrirá lo siguiente:

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

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

- Hay 3 niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (para un total de 5 niveles de apelación). Si desea continuar con una apelación de Nivel 3, encontrará los detalles de cómo hacerlo en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de apelación de Nivel 2.
- Un juez administrativo o un abogado mediador gestiona la apelación de Nivel 3. La Sección 10 de este Capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 9 Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo algunos servicios médicos si cree que su cobertura está terminando demasiado pronto

Cuando está recibiendo **servicios de salud a domicilio, atención de enfermería especializada o atención de rehabilitación (centro de rehabilitación integral para pacientes externos)** cubiertos, tiene derecho a seguir recibiendo sus servicios para ese tipo de atención, siempre que la atención sea necesaria para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Cuando decidimos que es hora de dejar de cubrir cualquiera de estos 3 tipos de atención para usted, estamos obligados a informarle con anticipación. Cuando finalice su cobertura para esa atención, dejaremos de pagar la parte que nos corresponde del costo de su atención.

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

Sección 9.1 Le diremos por adelantado cuándo se termina su cobertura

Término legal:

Aviso de la no cobertura de Medicare. Le dice cómo puede solicitar una **apelación rápida**. Solicitar una apelación rápida 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. En el aviso se le indica lo siguiente:
   - La fecha en la que dejaremos de cubrir su atención.
   - Cómo solicitar una apelación rápida para pedirnos que sigamos cubriendo su atención durante un período de tiempo más largo.
2. **Usted o alguien que actúe en su nombre deberán firmar el aviso por escrito para demostrar que lo recibió.** La firma del aviso *solo* indica que recibió la información sobre cuándo finalizará la cobertura. **Firmarlo no significa que esté de acuerdo** con la decisión del plan de interrumpir la atención.

Sección 9.2 Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo

Si desea pedirnos que cubramos su atención durante un período más largo, deberá usar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que debe hacer y los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **602-586-1730** o **al 1-877-436-5288** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). O llame a su Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP) para obtener ayuda personalizada, División de Servicios para Personas Adultas y de Edad Avanzada del Departamento de Seguridad Económica

(SHIP de Arizona) al **602-542-4446** o al **1-800-432-4040**. Encontrará la información de contacto del SHIP en la Sección 3 del Capítulo 2.

- **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 a los que el gobierno federal les paga por evaluar y ayudar a mejorar la calidad de la atención que se brinda a las personas que tienen Medicare. Esto incluye revisar las decisiones del plan sobre cuándo es momento de dejar de cubrir ciertos tipos de atención médica. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Solicite su apelación de Nivel 1: comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad y pida una apelación de vía rápida. Debe actuar rápidamente.

Cómo puede comunicarse con esta organización

- El aviso por escrito que recibió (*Aviso de la no cobertura de Medicare*) le indica cómo comunicarse con esta organización. (O bien, encuentre el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la mejora de la calidad de su estado en el Capítulo 2).

Actúe rápido:

- Para iniciar la apelación, debe ponerse en contacto con la Organización para la mejora de la calidad **antes del mediodía del día anterior a la fecha de entrada en vigencia** que figura en el *Aviso de la no cobertura de Medicare.*
- Si se vence el plazo y usted aún desea presentar una apelación, sigue teniendo derechos de apelación. Comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad utilizando la información de contacto que aparece en el Aviso de la no cobertura de Medicare. El nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para la mejora de la calidad de su estado también se pueden encontrar en el Capítulo 2.

Paso 2: la Organización para la mejora de la calidad realiza una revisión independiente de su caso.

Término legal:

Explicación detallada de no cobertura. Aviso que da detalles de las razones de la cancelación de la cobertura.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de salud de la Organización para la mejora de la calidad (los revisores) le preguntarán a usted, o a su representante, por qué cree que debería

continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.

- La organización de revisión independiente también revisará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que le brinde nuestro plan.
- Al final del día, los revisores nos informan sobre su apelación; usted recibirá la *Explicación detallada de no cobertura* de parte nuestra, donde se explican detalladamente las razones por las que queremos finalizar la cobertura de sus servicios.

Paso 3: Dentro del plazo de un día completo después de tener toda la información que necesitan, los revisores le comunicarán su decisión.

¿Qué sucede si los revisores aceptan su apelación?

- Si los revisores *aceptan* su apelación, **debemos seguir brindándole el servicio cubierto mientras sea médicamente necesario.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Es posible que haya limitaciones en sus servicios cubiertos.

¿Qué sucede si los revisores rechazan su apelación?

- Si los revisores *rechazan* su apelación, **su cobertura finalizará en la fecha que le habíamos dicho.**
- Si decide continuar recibiendo servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) *después* de esta fecha en la que se cancela su cobertura, **deberá pagar el costo total** de esta atención usted mismo.

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

- Si los revisores *rechazan* su apelación de Nivel 1 y usted decide seguir recibiendo la atención después de que haya finalizado la cobertura, puede presentar una apelación de Nivel 2.

Sección 9.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo

Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para la mejora de la calidad que analice 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 deba pagar el costo total de los servicios de atención médica a domicilio, de los servicios en un centro de atención de enfermería especializada o de los servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) *después* de la fecha en la que le informamos que termina su cobertura.

Paso 1: Comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad de nuevo y pida otra revisión.

- Debe pedir esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** después del día en que la Organización para la mejora de la calidad *rechazó* su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si siguió recibiendo la atención después de la fecha en la que finalizó su cobertura.

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

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

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

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

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de la atención que recibió a partir de la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura. **Debemos seguir brindándole cobertura** por su atención durante el tiempo que sea médicamente necesario.
- Debe seguir pagando la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

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

- Significa que están de acuerdo con la decisión tomada en su apelación de Nivel 1.
- En el aviso que recibirá se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles para continuar con el siguiente nivel de apelación, que está a cargo de un juez administrativo o un abogado mediador.

Paso 4: Si la rechazan, tendrá que decidir si desea llevar adelante su apelación.

- Hay 3 niveles adicionales de apelación después del Nivel 2 (lo que representa un total de 5 niveles de apelación). Si quiere continuar con una apelación de Nivel 3, tendrá los

detalles de cómo hacerlo en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de apelación de Nivel 2.

- Un juez administrativo o un abogado mediador gestiona la apelación de Nivel 3. La Sección 10 de este capítulo brinda más información acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 10 Llevar su apelación a los Niveles 3, 4 y 5

Sección 10.1 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de servicios médicos

Esta sección puede ser adecuada para usted si presentó una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2, y ambas apelaciones fueron rechazadas.

Si el valor en dólares del producto o servicio médico sobre el que apeló cumple con ciertos niveles mínimos, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. Si el valor en dólares es menor que el nivel mínimo, no puede apelar. La respuesta por escrito que usted reciba para su apelación de Nivel 2 explicará cómo presentar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los 3 últimos niveles de apelación funcionan más o menos de la misma manera que los primeros 2 niveles. La revisión de su apelación la gestionan estas personas en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3

Un **juez administrativo o un abogado mediador** que trabajan para el gobierno federal revisarán su apelación y le darán una respuesta.

- **Si el juez administrativo o el abogado mediador aceptan su apelación, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *puede no* concluir.** A diferencia de la decisión tomada en una apelación de Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 favorable para usted. Si decidimos apelarla, se enviará a una apelación de Nivel 4.
    - Si decidimos *no* apelar, debemos autorizar o brindarle la atención médica en un plazo de 60 días calendario después de recibir la decisión del juez administrativo o del abogado mediador.
    - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 con los documentos relacionados. Es posible que esperemos la decisión de la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o brindar la atención médica en cuestión.
- **Si el juez administrativo o el abogado mediador rechaza su apelación, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *puede no* concluir**.

- Si decide aceptar la decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación concluye.
- Si no desea aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. En el aviso que recibirá se le indicará qué hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4

El **Consejo de apelaciones** (Consejo) **de Medicare** revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es positiva o si el Consejo rechaza nuestra solicitud de revisar una decisión favorable a una apelación de Nivel 3, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *puede no* concluir.** A diferencia de la decisión tomada en el Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 4 favorable para usted. Decidiremos si apelaremos esta decisión al Nivel 5.
  - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o brindarle la atención médica en un plazo de 60 días calendario después de recibir la decisión del Consejo.
  - Si decidimos apelar la decisión, se lo haremos saber por escrito.
- **Si la respuesta es negativa o si el Consejo rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *puede no* concluir**.
  - Si decide aceptar la decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación concluye.
  - Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, en el aviso que reciba se le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5 y cómo seguir 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 si le *pagaremos* o *rechazaremos* su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación después del Tribunal federal de distrito.

Sección 10.2 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitar 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 apelaciones fueron rechazadas.

Si el valor del medicamento sobre el que ha apelado cumple con un monto en dólares determinado, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. Si el monto en dólares es menor, no puede seguir apelando. En la respuesta escrita que usted reciba para su apelación de Nivel 2 se explicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los 3 últimos niveles de apelación funcionan más o menos de la misma manera que los primeros 2 niveles. La revisión de su apelación la gestionan estas personas en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3

Un juez administrativo o un abogado mediador que trabajan para el gobierno federal revisarán su apelación y le darán una respuesta.

- **Si la apelación se acepta, el proceso de apelaciones concluye**. Debemos **autorizar o brindar la cobertura para medicamentos** que fue aprobada por el juez administrativo o el abogado mediador **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago, a más tardar, dentro de los 30 días calendario** después de recibir la resolución.
- **Si el juez administrativo o el abogado mediador rechazan su apelación, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *no*.**
  - Si decide aceptar la decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación concluye.
  - Si no desea aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. En el aviso que recibirá se le indicará qué hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4

El **Consejo de apelaciones (Consejo) de Medicare** revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si la apelación se acepta, el proceso de apelaciones concluye.** Debemos **autorizar o brindar la cobertura para medicamentos** que fue aprobada por el Consejo **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago, a más tardar, dentro de los 30 días calendario** después de recibir la resolución.
- **Si la respuesta es negativa o si el Consejo rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *no*.**
  - Si decide aceptar la decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación concluye.
  - Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, en el aviso que reciba se le

indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5 y cómo seguir 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 si le *pagaremos* o *rechazaremos* su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación después del Tribunal federal de distrito.

Presentación de un reclamo

SECCIÓN 11 Cómo presentar un reclamo sobre la calidad de la atención, los plazos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes

Sección 11.1 ¿Qué tipos de problemas se tratan en el proceso de reclamos?

El proceso de reclamos *solo* se aplica a ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente. A continuación, encontrará algunos ejemplos de los tipos de problemas que pueden gestionarse a través del proceso de reclamos.

Reclamo	Ejemplo
Calidad de su atención médica	• ¿Está insatisfecho con la calidad de atención que recibió (incluida la atención en el hospital)?
Respeto de su privacidad	• ¿Alguien no respetó el derecho a su privacidad o compartió información confidencial?
Falta de respeto, mal servicio al cliente u otro comportamiento negativo	• ¿Ha sido alguien descortés o le ha faltado el respeto? • ¿Está insatisfecho con nuestro Departamento de Servicios para Miembros? • ¿Sientes que te están animando a abandonar nuestro plan?
Tiempos de espera	• ¿Está teniendo problemas para conseguir una cita, o tiene que esperar demasiado para conseguirla? • ¿Ha tenido que esperar demasiado a médicos, farmacéuticos u otros profesionales de salud? ¿O al Departamento de Servicios para Miembros u otro personal de nuestro plan?

Reclamo	Ejemplo
	○ Entre los ejemplos se incluye esperar demasiado al teléfono, en la sala de espera o en la sala de exámenes, u obtener un medicamento con receta.
Limpieza	• ¿Está insatisfecho con la limpieza o el estado de una clínica, hospital o consultorio de un médico?
Información que obtiene de nosotros	• ¿No le hemos dado un aviso obligatorio? • ¿Nuestro documento por escrito es difícil de comprender?
Puntualidad (Estos tipos de reclamos tienen que ver con la *puntualidad* de nuestras acciones relacionadas con las decisiones de cobertura y las apelaciones).	Si solicitó una decisión de cobertura o presentó una apelación y cree que no estamos respondiendo lo suficientemente rápido, puede presentar un reclamo sobre nuestra lentitud. Estos son algunos ejemplos: • Nos ha pedido una *decisión rápida de cobertura* o una *apelación rápida* y rechazamos su solicitud; puede presentar un reclamo. • Cree que no estamos cumpliendo los plazos para decisiones de cobertura o apelaciones; puede presentar un reclamo. • Cree que no estamos cumpliendo los plazos para cubrir o reembolsarle el monto de ciertos productos o servicios médicos, o medicamentos que se aprobaron; puede presentar un reclamo. • Cree que no hemos cumplido los plazos obligatorios para enviar su caso a la organización de revisión independiente; puede presentar un reclamo.

Sección 11.2 Cómo presentar un reclamo

Términos legales:

Un **reclamo** también se denomina **queja.**

Presentar un reclamo se denomina **presentar una queja.**

Usar el proceso para reclamos también se denomina **usar el proceso para interponer una queja.**

Un **reclamo rápido** se denomina **queja acelerada.**

Paso 1: comuníquese con nosotros de inmediato, ya sea por escrito o por teléfono.

- **El primer paso suele ser llamar al Departamento de Servicios para Miembros al 602-586-1730 o al 1-877-436-5288 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).** Si hay algo más que necesite hacer, el Departamento de Servicios para Miembros se lo indicará.
- **Si no quiere llamar (o llamó y no quedó satisfecho), puede presentar su reclamo por escrito y enviárnoslo.** Si presenta su reclamo por escrito, responderemos a su reclamo por escrito.
- Si presenta un reclamo por escrito, le responderemos por escrito en un plazo de 30 días desde la recepción de su reclamo. Si su reclamo es sobre un problema de calidad de la atención, debemos responderle por escrito, incluso si usted nos llamó para presentar su reclamo. Tiene derecho a solicitar un reclamo “rápido” si le denegamos una “decisión rápida de cobertura” o una “apelación rápida”. Cuando solicita un reclamo “rápido”, debemos responderle en un plazo de 24 horas desde la recepción de su reclamo.

  Si solicita una respuesta por escrito, si presenta una queja por escrito o si su reclamo es sobre la calidad de la atención, le responderemos por escrito.

  Si no podemos resolver su reclamo por teléfono, le responderemos en un plazo de 30 días calendario.
- El **plazo** para presentar un reclamo es de 60 días calendario a partir del momento en que tuvo el problema sobre el que quiere reclamar.

Paso 2: analizamos su reclamo y le damos una respuesta.

- **Si es posible, le responderemos de inmediato.** Si nos llama por un reclamo, tal vez podamos darle una respuesta durante esa misma llamada telefónica.
- **La mayoría de los reclamos se responden dentro de los 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora es para su conveniencia o si usted pide más tiempo, podemos demorarnos hasta 14 días calendario más (44 días calendario en total) en responder a su reclamo. Si decidimos tomar días adicionales, se lo notificaremos por escrito.
- **Si presenta un reclamo porque denegamos su solicitud de una decisión rápida de cobertura o una apelación rápida, automáticamente le daremos un reclamo rápido.** Si tiene un reclamo rápido, significa que le daremos **una respuesta dentro de las 24 horas.**
- **Si no estamos de acuerdo** con una parte o la totalidad de su reclamo o no asumimos la responsabilidad por el problema que reclama, incluiremos nuestros motivos en nuestra respuesta.

Sección 11.3 También puede presentar reclamos sobre la calidad de la atención a la Organización para la mejora de la calidad

Cuando su reclamo es sobre la *calidad de la atención*, tiene 2 opciones adicionales:

- **Puede presentar su reclamo directamente ante la Organización para la mejora de la calidad.** La Organización para la mejora de la calidad es un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica a los cuales el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare. En el Capítulo 2 se incluye la información de contacto.

O bien

- **Puede presentar su reclamo ante la Organización para la mejora de la calidad y ante nosotros al mismo tiempo.**

Sección 11.4 También puede informarle a Medicare acerca de su reclamo

Puede presentar un reclamo sobre Mercy Care Advantage directamente ante Medicare. Para presentar un reclamo ante Medicare, ingrese en **Medicare.gov/my/medicare-complaint**. También puede llamar al **1-800-MEDICARE** (**1-800-633-4227**). Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al **1-877-486-2048**.

Problemas relacionados con sus beneficios de Medicaid

SECCIÓN 12 Manejo de problemas relacionados con sus beneficios de Medicaid

Quejas y apelaciones para miembros elegibles para los Titles 19/21 del AHCCCS

APELACIONES

Si no está de acuerdo con la decisión en la carta del Aviso de determinación adversa de beneficios, tiene derecho a solicitar una apelación. Una apelación es un proceso formal por el que se nos solicita que revisemos la solicitud nuevamente y confirmemos si la decisión original fue correcta. Durante este proceso, puede enviar documentos de respaldo adicionales o información que crea que apoyaría un resultado y una decisión diferentes.

Usted, su representante o un proveedor que cuente con su autorización por escrito, pueden solicitarnos una apelación. Si necesita ayuda para presentar su apelación, tiene algún problema auditivo, necesita los servicios de un intérprete o le gustaría recibir la información

brindada en un formato o idioma alternativo, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Mercy Care de lunes a viernes, de 07:00 a. m. a 06:00 p. m., al **602-263-3000** o al **1-800-624-3879** (TTY/TDD **711**). Si decide presentar una apelación, debe entregarla dentro de los 60 días calendario a partir de la fecha de la carta del Aviso de determinación adversa de beneficios. La apelación se puede enviar por escrito o por teléfono. No tomaremos represalias en su contra o en contra de su proveedor por haber presentado una apelación.

Para presentar una apelación, llame o envíe la solicitud por fax usando los siguientes datos:

Mercy Care
Grievance System Department
4750 S. 44th Place, Suite 150
Phoenix, AZ 85040
Teléfono: **602-586-1719** o **1-866-386-5794**
Fax: **602-351-2300**

Solicitud de una apelación estándar
Cuando recibamos su apelación, le enviaremos una carta dentro de los cinco (5) días hábiles. Esta carta le informará que tenemos su apelación y cómo nos puede brindar más información. Si usted está apelando servicios que desea que continúen mientras se revisa su caso, deberá presentar su apelación antes de los 10 días calendario a partir de la fecha que figura en la carta del Aviso de determinación adversa de beneficios.

En la mayoría de los casos, resolveremos su apelación dentro en un plazo de 30 días calendario. En algunas ocasiones, podríamos necesitar más información para tomar una decisión. Cuando esto ocurra y consideremos que esto es lo más conveniente para usted, solicitaremos una extensión de la apelación. Una extensión nos brinda 14 días calendario adicionales para completar nuestra revisión y tomar una decisión. Si solicitamos una extensión, le enviaremos un aviso escrito por correo que le explicará esto y le indicaremos qué información seguimos necesitando. Si pedimos una extensión, usted podrá presentar una queja de miembro. En la carta se le explicarán sus derechos y cómo puede presentar un reclamo. Si no recibimos la información adicional en este plazo, podemos denegar la apelación. Usted también puede solicitar una extensión de 14 días calendario si necesita más tiempo para recolectar la información de la apelación.

Una vez que hayamos completado la revisión de la apelación, le enviaremos una carta con nuestra decisión. La carta le informará sobre nuestra decisión y le explicará cómo se la tomó. Si denegamos su apelación, puede solicitar que el AHCCCS revise nuestra decisión a través de una audiencia imparcial del estado. Usted puede solicitar este próximo paso siguiendo las instrucciones que brindamos en la carta de la decisión. Tiene 90 días a partir de la fecha de la carta de denegación de la apelación para solicitar una audiencia imparcial del estado.

Si solicita una audiencia imparcial del estado, recibirá información del AHCCCS sobre qué debe hacer. Reenviaremos su archivo de apelación y documentación relacionada al AHCCCS a la Oficina de Servicios Legales Administrativos.

Después de la audiencia imparcial del estado, el AHCCCS tomará una decisión. Si establecen que la decisión de denegar su apelación fue correcta, es posible que usted tenga que pagar los servicios que recibió mientras su apelación se estaba revisando. Si el AHCCCS decide que nuestra decisión sobre su apelación fue incorrecta, autorizaremos y proporcionaremos oportunamente los servicios.

Solicitud de una resolución acelerada
Usted o su representante pueden solicitar una resolución acelerada para su apelación si considera que el plazo de una resolución estándar puede perjudicar su vida, salud o capacidad de lograr, mantener o recuperar la función máxima de una persona. Le podemos solicitar que nos envíe documentación de respaldo de su proveedor. Si su proveedor está de acuerdo, aceleraremos la resolución de su apelación. Además, automáticamente aceleraremos la resolución de su apelación si consideramos que seguir el proceso de resolución estándar podría perjudicar su vida o salud.

Si decidimos que no aceleraremos la resolución de su apelación, se lo informaremos de inmediato. Intentaremos llamarlo y le enviaremos por correo con un aviso escrito en un plazo de dos (2) días calendario que explique este resultado. Para obtener más información, consulte “Solicitud de una apelación estándar” en el manual de Mercy Care. Si cambiamos la urgencia de nuestra apelación de “acelerada” a “estándar”, usted podrá presentar una queja de miembro. Le explicaremos esto cuando lo llamemos. Incluiremos información acerca de cómo presentar una queja de miembro en la carta que le enviaremos.

Cuando aceleremos la resolución de su apelación, resolveremos su apelación en un plazo de 72 horas. En algunas ocasiones, podemos necesitar más información para tomar una decisión. Cuando esto ocurra y consideremos que esto es lo más conveniente para usted, solicitaremos una extensión de la apelación. Una extensión nos brinda 14 días calendario adicionales para completar nuestra revisión y tomar una decisión. Si solicitamos una extensión, le enviaremos un aviso escrito por correo en el que le explicaremos esto y le informaremos qué información necesitamos. Si no recibimos la información adicional en este plazo, podemos denegar la apelación. Usted también puede solicitar una extensión de 14 días calendario si necesita más tiempo para recopilar información para la apelación.

Una vez que hayamos completado la revisión de la apelación, le enviaremos una carta con nuestra decisión. La carta le informará sobre nuestra decisión y le explicará cómo se la tomó. Si denegamos su apelación, puede solicitar que el AHCCCS revise nuestra decisión a través de una audiencia imparcial del estado. Usted puede solicitar este próximo paso siguiendo las

instrucciones que brindamos en la carta de la decisión. Tiene 90 días a partir de la fecha de la carta de denegación de la apelación para solicitar una audiencia imparcial del estado.

Si solicita una audiencia imparcial del estado, recibirá información del AHCCCS sobre qué debe hacer. Reenviaremos su archivo de apelación y documentación relacionada al AHCCCS a la Oficina de Servicios Legales Administrativos.

Después de la audiencia imparcial del estado, el AHCCCS tomará una decisión. Si establecen que la decisión de denegar su apelación fue correcta, es posible que usted tenga que pagar los servicios que recibió mientras su apelación se estaba revisando. Si el AHCCCS decide que nuestra decisión sobre su apelación fue incorrecta, autorizaremos y proporcionaremos oportunamente los servicios.

Consejos rápidos sobre denegación, reducción, suspensión o finalización de servicios y apelaciones

- Se le enviará una carta (Aviso de determinación adversa de beneficios) cuando se haya denegado o cambiado un servicio.
- Si desea solicitar una revisión (apelación) de la acción de Mercy Care, siga las instrucciones de su carta de notificación.
- Para solicitar la continuación de los servicios, debe presentar su apelación en un plazo máximo de 10 días desde la fecha de su carta de notificación o en el plazo que se indica en su carta de notificación.

Si la carta de Aviso de determinación adversa de beneficios no resuelve sus inquietudes por completo, puede ponerse en contacto con la Administración médica del AHCCCS a través del correo electrónico **MedicalManagement@azahcccs.gov**.

Apelaciones para miembros elegibles para los Titles 19/21 del AHCCCS

Si es elegible para los Titles 19/21 del AHCCCS, tiene derecho a solicitar una revisión de las siguientes acciones:

- El rechazo o la aprobación limitada de un servicio solicitado por su proveedor o equipo clínico
- La reducción, suspensión o finalización de un servicio que estaba recibiendo
- La denegación parcial o total del pago de un servicio
- El incumplimiento en la provisión de servicios de manera oportuna
- El incumplimiento de los plazos para resolver una apelación o un reclamo
- La denegación de una solicitud de servicios fuera de la red de proveedores cuando dichos servicios no se encuentran disponibles dentro de la red de proveedores

¿Qué sucede después de presentar una apelación?

Como parte del proceso de apelación, tiene derecho a proporcionar evidencia que respalde su apelación. Puede proporcionar la evidencia a Mercy Care en persona o por escrito. A fin de prepararse para su apelación, puede examinar el archivo de su caso, los registros médicos y otros documentos y registros que puedan utilizarse antes y durante el proceso de apelación, siempre y cuando los documentos no estén protegidos de la divulgación por ley. Si desea revisar estos documentos, comuníquese con su proveedor o con Mercy Care. La evidencia que proporcione a Mercy Care se utilizará para decidir la resolución de la apelación. Puede comunicarse con el Departamento del Sistema de Quejas de Mercy Care al **602-586-1719** o al **866-386-5794** (TTY/TDD **711**).

¿Cómo se resuelve mi apelación?

Mercy Care debe brindarle una decisión, que se denomina Aviso de resolución de apelación, en persona o por correo certificado en el plazo de 30 días calendario desde la recepción de su apelación en el caso de las apelaciones estándar o, para las apelaciones aceleradas, antes de las 72 horas. El Aviso de resolución de apelación es una carta escrita donde se le informan los resultados de su apelación.

Los plazos en que Mercy Care debe proporcionarle el Aviso de resolución de apelación pueden extenderse hasta los 14 días calendario. Usted o Mercy Care pueden solicitar más tiempo a fin de recopilar más información. Si Mercy Care le solicita más tiempo, se le enviará un aviso por escrito respecto del motivo del retraso.

El Aviso de resolución de apelación le informará lo siguiente:

- Los resultados del proceso de apelación
- La fecha en que se completó el proceso de apelación

Si se denegó su apelación, en parte o totalmente, el Aviso de resolución de apelación también le informará lo siguiente:

- Cómo puede solicitar una audiencia imparcial del estado
- Cómo solicitar la continuación de los servicios durante el proceso de la audiencia imparcial del estado, en caso de que corresponda
- El motivo por el que se denegó su apelación y los motivos legales que se tuvieron en cuenta para rechazar su apelación
- La posibilidad de que deba pagar los servicios que reciba durante el proceso de audiencia imparcial del estado si se deniega su apelación en la audiencia imparcial del estado

¿Qué puedo hacer si no estoy satisfecho con los resultados de mi apelación?

Puede solicitar una audiencia imparcial del estado si no está satisfecho con los resultados de una apelación. Si su apelación fue acelerada, puede solicitar una audiencia imparcial del

estado acelerada. Tiene derecho a que un representante de su elección lo asista en la audiencia imparcial del estado.
¿Cómo puedo solicitar una audiencia imparcial del estado?
Debe solicitar la audiencia imparcial del estado por escrito en el plazo de 90 días desde la recepción del Aviso de resolución de apelación. Esto incluye las solicitudes tanto estándares como aceleradas de audiencia imparcial del estado. Las solicitudes para las audiencias imparciales del estado para las decisiones emitidas por Mercy Care se deben enviar por correo postal a:

Mercy Care
Grievance System Department
4750 S. 44th Place, Suite 150
Phoenix, AZ 85040

Las instrucciones para apelar una decisión emitida por el AHCCCS estarán indicadas en el Aviso de resolución de apelación.

¿Cuál es el proceso de mi audiencia imparcial del estado?
Recibirá un Aviso de audiencia imparcial del estado con, al menos, 30 días calendario de anticipación a la fecha programada para su audiencia. El Aviso de audiencia imparcial del estado es una carta escrita que le informará lo siguiente:

- La hora, el lugar y la naturaleza de la audiencia
- El motivo de la audiencia
- La autoridad legal y jurisdiccional que exige la audiencia
- Las leyes específicas que se relacionan con la audiencia

¿Cómo se resuelve mi audiencia imparcial del estado?
En el caso de las audiencias imparciales del estado estándares, recibirá una Decisión del director del AHCCCS antes de los 90 días después de la primera presentación de su apelación. Este período de 90 días no incluye lo siguiente:

- Cualquier extensión de plazos que haya solicitado
- La cantidad de días entre la fecha en que recibió el Aviso de resolución de apelación y la fecha en que presentó su solicitud de audiencia imparcial del estado

La Decisión del director del AHCCCS le brindará el resultado de la audiencia imparcial del estado y la decisión final acerca de sus servicios.

En el caso de las audiencias imparciales del estado aceleradas, recibirá la Decisión escrita del director del AHCCCS en el plazo de 3 días hábiles desde la fecha en que el AHCCCS reciba su

archivo del caso y la información de apelación de Mercy Care. El AHCCCS también tratará de llamarlo para notificarle sobre la Decisión del director del AHCCCS.

¿Continuarán mis servicios durante el proceso de apelación o audiencia imparcial del estado?

Puede solicitar que los servicios que ya estaba recibiendo continúen durante el proceso de apelación o de audiencia imparcial del estado. Si desea seguir recibiendo los mismos servicios, debe solicitarlo por escrito. Si el resultado de la apelación o la audiencia imparcial del estado es aceptar la medida de finalizar o reducir sus servicios, es posible que deba pagar los servicios recibidos durante el proceso de apelación o de audiencia imparcial del estado.

Apelaciones para miembros que tienen una enfermedad mental grave (SMI) comprobada

Una enfermedad mental grave (SMI) es un trastorno mental grave y persistente en personas de 18 años o mayores. Solari, un proveedor que tiene un contrato con Mercy Care, realizará una determinación de enfermedad mental grave luego de recibir una remisión o solicitud. Los miembros que solicitan una determinación de enfermedad mental grave y los miembros que tienen una enfermedad mental grave comprobada pueden apelar el resultado de una determinación de enfermedad mental grave.

Solari le enviará una carta por correo para informarle la decisión final en su determinación de SMI. Esta carta se denomina Aviso de decisión. La carta incluirá información sobre sus derechos y cómo apelar la decisión. Si no está de acuerdo con los resultados de la determinación de elegibilidad de SMI, puede presentar una apelación. Para presentar una apelación, puede llamar a Solari al **1-855-832-2866**.

Los miembros que tienen una enfermedad mental grave comprobada también pueden apelar las siguientes decisiones adversas:

- Elegibilidad inicial para los servicios de SMI.
- Una decisión respecto de las tarifas o las exenciones.
- El informe de evaluación y los servicios recomendados en el plan de servicios o el tratamiento o plan de alta individual.
- La denegación, reducción, suspensión o finalización de cualquier servicio cubierto financiado con fondos que no sean de los Titles 19/21.
- La capacidad de tomar decisiones, la necesidad de un tutor o de otros servicios de protección, o la necesidad de asistencia especial.
- La decisión de que el miembro ya no es elegible para los servicios de SMI.
- Una determinación de Evaluación de preadmisión y revisión del residente (PASRR) en el contexto de una evaluación de preadmisión o una revisión anual del residente, que tenga un efecto adverso sobre el miembro.

Para registrar una apelación, usted debe llamar o enviar una carta a la siguiente dirección:

Mercy Care
Grievance System Department
4750 S. 44th Place, Suite 150
Phoenix, AZ 85040
602-586-1719 o **1-866-386-5794**
Fax: **602-351-2300**

Si presenta una apelación[1], recibirá un aviso por escrito donde se le informará que se recibió su apelación en el plazo de 5 días hábiles desde la recepción por parte de Mercy Care. Tendrá una conferencia informal con Mercy Care en el plazo de 7 días hábiles desde la presentación de la apelación.

La conferencia informal debe realizarse a una hora y en un lugar convenientes para usted. Tiene derecho a elegir un representante designado que lo ayudará durante la conferencia. Usted y cualquier otro participante recibirá la información sobre la hora y el lugar de la conferencia por escrito con, al menos, dos días hábiles de anticipación a la conferencia. Puede participar en la conferencia por teléfono.

En el caso de una apelación acelerada, recibirá un aviso escrito donde se le informará que se recibió su apelación en el plazo de 1 día hábil desde la recepción por parte de Mercy Care, y la conferencia informal debe realizarse en el plazo de 2 días hábiles desde la presentación de la apelación.

Si la apelación se resuelve en su favor en la conferencia informal, recibirá un aviso por escrito donde se describirá el motivo de la apelación, los problemas involucrados, la resolución que se alcanzó y la fecha en que se implementará dicha resolución.

Si no hay una resolución de la apelación durante esta conferencia informal, el siguiente paso es una conferencia informal de segundo nivel con el AHCCCS. No obstante, puede renunciar al segundo nivel de conferencia informal y proceder a la audiencia imparcial del estado. Si renuncia al segundo nivel de conferencia informal con el AHCCCS, Mercy Care le ayudará a presentar una solicitud de una audiencia imparcial del estado al finalizar la conferencia informal de Mercy Care.

Si no se llega a una resolución de la apelación durante la conferencia informal de segundo nivel con el AHCCCS, se le brindará información acerca de cómo obtener una audiencia imparcial del estado. La Oficina de quejas y apelaciones en AHCCCS maneja las solicitudes de audiencias imparciales del estado luego de finalizado el segundo nivel de conferencias informales.

Si presenta una apelación, seguirá recibiendo cualquier servicio que ya estuviera recibiendo, salvo en estos casos:

- Un médico calificado decide que reducir o interrumpir los servicios es mejor para usted.
- O bien, usted acepte por escrito reducir o interrumpir los servicios.

Si la apelación no se decide en su favor, es posible que Mercy Care le solicite pagar los servicios que recibió durante el proceso de apelación.

Si aun así usted o su representante no comprenden la carta del Aviso de determinación adversa de beneficios, tienen derecho a comunicarse con la administración médica del AHCCCS por medio de correo electrónico a **MedicalManagement@azahcccs.gov**.

[1]Las personas que tienen una enfermedad mental grave comprobada no pueden apelar una decisión de denegación, suspensión o finalización de los servicios que ya no están disponibles debido a una reducción en la financiación estatal.

QUEJAS DE LOS MIEMBROS

Una queja de un miembro es una expresión de insatisfacción relacionada con los servicios de atención médica recibida que no está definida como una apelación. Una queja de un miembro también se denomina reclamo. Puede que tenga una inquietud con un médico o que sienta que el personal del consultorio lo trató mal. Puede haber recibido una factura de su especialista o tenido alguna dificultad para conseguir una compañía de transporte para que lo lleve a su hogar. Una queja de un miembro puede incluir inquietudes por la calidad de la atención médica que usted recibió. Infórmenos si tiene inquietudes como esta o necesita ayuda con otro problema.

La forma más rápida de presentar una queja de un miembro es llamando al Departamento de Sistemas de Quejas de Mercy Care de lunes a viernes, de 08:00 a. m. a 05:00 p. m., al **602-586-1719** o al **1-866-386-5794** (TTY/TDD **711**). También puede comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros si necesita ayuda para presentar su queja de miembro, si tiene algún problema auditivo, si necesita servicios de un intérprete o si le gustaría recibir la información en un formato o idioma alternativo. Un representante registrará su queja de miembro. Es importante que proporcione tantos detalles como sea posible. El representante le explicará el proceso de resolución de quejas de miembros y responderá cualquier otra pregunta que usted pueda tener. También necesitaremos volverlo a llamar para brindarle actualizaciones o pedirle más información. Queremos asegurarnos de que esté recibiendo la atención y los servicios que necesita.

Si prefiere presentar su queja de miembro por escrito, envíe el reclamo a esta dirección:

Mercy Care
Grievance System Department
4750 S. 44th Place, Suite 150
Phoenix, AZ 85040

Presentar una queja de miembro no afectará sus servicios de atención médica ni la disponibilidad de los servicios. Queremos conocer sus inquietudes para que podamos mejorar los servicios que ofrecemos.

- Cuando llame para informar una queja de miembro, trataremos de ayudarlo a resolver cualquier inquietud que tenga de inmediato.
- Si su queja de miembro involucra inquietudes sobre la calidad de la atención o el tratamiento médico que recibió, enviaremos el caso a nuestro Departamento de Administración de la Calidad.
- Cuando no podamos resolver su queja de miembro de inmediato, le informaremos y explicaremos los próximos pasos. Durante la investigación de sus inquietudes, trabajaremos con otros departamentos de Mercy Care y con sus proveedores de atención médica.
- Durante la investigación, podemos necesitar hablar con usted nuevamente. Podemos tener más preguntas o podemos desear confirmar que sus necesidades inmediatas estén cubiertas.
- Una vez que la revisión de su queja de miembro esté completa, le notificaremos la resolución.
- Si nuestro departamento de Gestión de Calidad revisó la queja de su miembro, recibirá la resolución por escrito de ellos.
- Para otros casos, lo llamaremos y le explicaremos la resolución de su queja de miembro. Si no podemos contactarlo, le enviaremos una resolución por escrito.
- Estamos comprometidos con la resolución de sus inquietudes tan rápido como sea posible y en no más de 90 días desde la fecha en que presentó su queja de miembro.

El Sistema de Contención de Costos de Atención Médica de Arizona (AHCCCS) está comprometido con garantizarle la disponibilidad de atención médica de salud conductual de calidad y de forma oportuna. Si aún tiene preguntas o problemas para acceder a los servicios, llame al Equipo de Resolución Clínica del AHCCCS al **602-364-4558** o al **1-800-867-5808**. También puede informarnos de sus inquietudes acerca de la calidad de la atención si envía un correo electrónico a **CQM@azahcccs.gov**.

Queja o solicitud de investigación para miembros que tienen una enfermedad mental grave (SMI) comprobada

A un miembro que tenga una enfermedad mental grave (SMI) comprobada le corresponden amplios derechos, entre los que se incluyen los siguientes:

- El derecho a no sufrir maltrato ni abuso.
- El derecho a un plan de servicios por escrito que puede incluir administración de caso, servicios en casos de crisis, apoyo de pares, asistencia familiar, medicación y servicios para pacientes internados o externos.
- El derecho a brindar consentimiento a recibir tratamiento o negarse a este, a menos que esté indicado por medio de una orden judicial o esté bajo el cuidado de un tutor legal.
- El derecho a revisar los registros médicos a menos que un médico determine que no será beneficioso para el miembro.

Una queja de SMI es una solicitud para investigar si se violaron los derechos de un miembro. Cualquier persona puede completar esta solicitud, pero debe ser entregada dentro de los 12 meses a partir de la fecha del incidente. Es importante que proporcione todos los detalles de tales eventos: nombre de las personas involucradas, cargo, agencias y fechas. También es importante que se enfoque en los hechos y que mencione la resolución que desea. Puede solicitar una queja de SMI de forma verbal comunicándose con Mercy Care. Si desea presentar una queja de SMI por escrito, envíe su apelación por correo a Mercy Care a la dirección que se encuentra en esta sección.

Si necesita ayuda para escribir su queja, comuníquese con su proveedor de salud conductual o con la Oficina de Derechos Humanos (OHR) del AHCCCS, al **602-364-4585** (Phoenix), al **520-770-3100** (Tucson) o al **928-214-8231** (Flagstaff). Si necesita documentos para respaldar su queja, como registros médicos o planes de servicio individual, tiene derecho a solicitar esos registros.

Las quejas que se relacionen con el abuso físico, el abuso sexual o la muerte de una persona deben ser investigadas por el AHCCCS. Para presentar una queja que se relacione con el abuso físico, el abuso sexual o la muerte de una persona, comuníquese con la Oficina de Quejas y Apelaciones del AHCCCS:

AHCCCS Office of Grievance and Appeals
801 E. Jefferson
MD 6200
Phoenix, AZ 85034
Teléfono: **602-364-4575**
Fax: **602-364-4591**

Las personas sordas o con dificultades auditivas pueden llamar al Servicio de Retransmisión de Arizona al **711** o al **1-800-367-8939** para obtener ayuda para comunicarse con el AHCCCS.

Si presenta una queja o solicitud de investigación de SMI, la calidad de su atención no sufrirá ninguna consecuencia.

El Sistema de Contención de Costos de Atención Médica de Arizona (AHCCCS) está comprometido con garantizarle la disponibilidad de atención médica de salud conductual de calidad y de forma oportuna. Si aún tiene preguntas o problemas para acceder a los servicios, llame al Equipo de resolución clínica del AHCCCS al **602-364-4558** o al **1-800-867-5808**. También puede informarnos de sus inquietudes acerca de la calidad de la atención enviando un correo electrónico a **CQM@azahcccs.gov**.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión, tiene derecho a solicitar una apelación administrativa de esta decisión. Una apelación administrativa es una solicitud que puede presentar ante el AHCCCS diciendo que no está de acuerdo con esta decisión.

Se debe presentar una solicitud de apelación administrativa por escrito ante el AHCCCS a la dirección que se indica a continuación. La solicitud debe presentarse por escrito dentro de los treinta (30) días a partir de la fecha en que reciba esta carta y debe indicar la razón por la que no está de acuerdo con nuestra decisión. También debe enviarse a nuestras oficinas una copia de esta solicitud.

AHCCCS, Behavioral Health Grievances and Appeals
801 E. Jefferson Street, Mail Drop 6200
Phoenix, Arizona 85034

Mercy Care
Grievance System Department
4750 S. 44th Place, Suite 150
Phoenix, AZ 85040

Si necesita ayuda o asesoramiento legal para presentar una apelación administrativa, puede llamar al Centro de Arizona para la Ley de Discapacidad al **602-274-6287** o al número gratuito **800-927-2260**, o bien a la Oficina de Derechos Humanos al **602-364-4585** o al número gratuito **800-421-2124**. Ellos revisarán su solicitud para ver si pueden ofrecerle ayuda.

CAPÍTULO 10:
Cancelar la membresía en nuestro plan

SECCIÓN 1 Finalización de su membresía en nuestro plan

La finalización de su membresía en Mercy Care Advantage puede ser **voluntaria** (su elección) o **involuntaria** (cuando no es su elección):

- Es posible que abandone nuestro plan porque decide que *quiere* irse. 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 describe situaciones en las que podemos finalizar su membresía.

Si está dejando nuestro plan, nuestro plan debe continuar brindando su atención médica y sus medicamentos con receta, y usted seguirá pagando su costo compartido hasta que finalice su membresía.

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

Sección 2.1 Es posible que pueda finalizar su membresía porque tiene Medicare y Medicaid

La mayoría de las personas con Medicare pueden finalizar su membresía solo durante ciertos momentos del año. Debido a que tiene Medicaid, puede cancelar su membresía en nuestro plan en cualquier mes del año eligiendo una de las siguientes opciones de Medicare:

- Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare
- Si es elegible, un D-SNP integrado que proporciona sus beneficios y servicios de Medicare y la mayoría o la totalidad de sus beneficios y servicios de Medicaid en un plan.

Nota: Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos de Medicare, ya no recibe Ayuda adicional y no tiene cobertura para medicamentos acreditable durante un período continuo de 63 días o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D para inscribirse más adelante en un plan de medicamentos de Medicare. Si recibe Ayuda adicional, es posible que Medicare le inscriba en un plan de medicamentos, a menos que haya renunciado a la inscripción automática.

- Llame a la oficina estatal de Medicaid al **602-417-4000** o al **1-800-654-8713** para obtener más información sobre sus opciones de planes de Medicaid.
- Otras opciones de planes de salud de Medicare se encuentran disponibles durante el **Período de inscripción abierta**. En la Sección 2.2 se brinda más información sobre el Período de inscripción abierta.
- **Su membresía se cancelará normalmente el primer día del mes después de que recibamos su solicitud para cambiar su plan.** Su inscripción en su nuevo plan también comenzará este día.

Sección 2.2 Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción abierta

Puede finalizar su membresía durante el **Período de inscripción abierta** 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** se extiende del **15 de octubre al 7 de diciembre.**
- **Elija mantener su cobertura actual o hacer cambios en su cobertura para el próximo año.** Si decide cambiar a un nuevo plan, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de cobertura:
    - Otro plan de salud de Medicare con o sin cobertura para medicamentos.
    - Original Medicare *con* un plan de medicamentos de Medicare separado.
    - Original Medicare *sin* un plan de medicamentos de Medicare por separado.
    - Si es elegible, un D-SNP integrado que proporciona sus beneficios y servicios de Medicare y la mayoría o todos sus beneficios y servicios de Medicaid en un plan.

Usted recibe Ayuda Adicional de Medicare para pagar sus medicamentos con receta: Si se pasa a Original Medicare y no se inscribe en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar de la inscripción automática.

Nota: Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos de Medicare, ya no recibe Ayuda adicional y no tiene cobertura acreditable para medicamentos durante 63 días consecutivos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D para inscribirse más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.

- **Su membresía finalizará en nuestro plan** cuando comience la cobertura de su nuevo plan, el 1 de enero.

Sección 2.3 Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage

Puede hacer *un* cambio en su cobertura de salud durante el **Período de inscripción abierta de Medicare Advantage** cada año.

- **El Período de inscripción abierta de Medicare Advantage** se extiende del 1 de enero al 31 de marzo y también para los nuevos beneficiarios de Medicare que están inscritos en un plan Medicare Advantage (MA), desde el mes de adquisición de derechos a la Parte A y la Parte B hasta el último día del tercer mes de posesión de derechos.
- **Durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage**, puede realizar lo siguiente:
    - Cambiarse a otro plan de Medicare Advantage con o sin cobertura para medicamentos.
    - Cancelar su inscripción en nuestro plan y obtener la cobertura mediante Original Medicare. Si se cambia a Original Medicare en este período, también puede inscribirse en un plan separado de medicamentos de Medicare en ese mismo momento.
- **Su membresía finalizará** el primer día del mes después de que se inscriba en un plan Medicare Advantage diferente o de que recibamos su solicitud de cambio a Original Medicare. Si también elige inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, su membresía en el plan de medicamentos comenzará el primer día del mes después de que el plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

Sección 2.4 En ciertas situaciones, puede cancelar su membresía durante un Período de inscripción especial

En ciertas situaciones, puede ser elegible 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 el Período de inscripción especial si alguna de las siguientes situaciones se aplica en su caso. Estos son solo ejemplos. Para obtener la lista completa, puede ponerse en contacto con nuestro plan, llamar a Medicare o visitar **Medicare.gov**.

- Por lo general, cuando se muda.
- Si tiene AHCCCS (Medicaid)
- Si es elegible para recibir Ayuda adicional para pagar su cobertura de medicamentos de Medicare.

- Si rompemos nuestro contrato con usted
- Si recibe atención en una institución, como un hogar de convalecencia o un hospital de atención a largo plazo (LTC).
- **Nota:** Si está en un programa de administración de medicamentos, es posible que solo sea elegible para ciertos Períodos de inscripción especial. Encontrará más información sobre los programas de administración de medicamentos en la Sección 10 del Capítulo 5.
- **Nota:** En la Sección 2.1 se incluye más información sobre el Período de inscripción especial para personas que tengan Medicaid.

Los períodos de tiempo de inscripción varían según cada caso.

Para averiguar si es elegible para un Período de inscripción especial, llame a Medicare al **1-800-MEDICARE** (**1-800-633-4227**). Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**. Si es elegible para cancelar su membresía debido a una situación especial, puede elegir cambiar tanto su cobertura de salud como su cobertura para medicamentos Medicare. Puede elegir lo siguiente:

- Otro plan de salud de Medicare con o sin cobertura para medicamentos.
- Original Medicare *con* un plan de medicamentos de Medicare separado.
- Original Medicare *sin* un plan de medicamentos de Medicare por separado.
- Si es elegible, un D-SNP integrado que proporciona sus beneficios y servicios de Medicare y la mayoría o todos sus beneficios y servicios de Medicaid en un plan.

Nota: Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos de Medicare, ya no recibe Ayuda adicional y no tiene cobertura acreditable para medicamentos durante 63 días consecutivos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D para inscribirse más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.

Si recibe Ayuda adicional de Medicare para pagar los costos de su cobertura de medicamentos, es posible que ocurra lo siguiente: Si se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare por separado, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que opte por no participar en la inscripción automática.

Generalmente, su membresía finalizará el primer día del mes después de que se recibe su solicitud para cambiar su plan.

Nota: Las Secciones 2.1 y 2.2 le brindan más información sobre el período de inscripción especial para personas con Medicaid y Ayuda adicional.

Sección 2.5 Obtenga más información sobre cuándo puede finalizar su membresía

Si tiene alguna pregunta sobre la cancelación de su membresía, puede realizar lo siguiente:

- **Llame al Departamento de Servicios para Miembros al 602-586-1730** o **al 1-877-436-5288** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**).
- Encuentre la información en el manual ***Medicare & You 2027*** (Medicare y usted 2027).
- Llame a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

SECCIÓN 3 Cómo finalizar su membresía en nuestro plan

La siguiente tabla explica cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan.

Para cambiar de nuestro plan a:	A continuación le indicamos qué debe hacer:
Otro plan de salud de Medicare	• Inscribirse en el nuevo plan de salud de Medicare. • Se cancelará automáticamente su inscripción en Mercy Care Advantage cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
Original Medicare *con* un plan de medicamentos de Medicare separado.	• Inscríbase en el nuevo plan de medicamentos de Medicare. • Se cancelará automáticamente su inscripción en Mercy Care Advantage cuando comience la cobertura de su nuevo plan de medicamentos.
Original Medicare *sin* un plan de medicamentos de Medicare por separado	• **Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar su inscripción**. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al **602-586-1730** o al **1-877-436-5288** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) si necesita más información sobre cómo hacerlo. • También puede llamar a **Medicare** al **1-800-MEDICARE** (**1-800-633-4227**) y pedir que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**. • Se cancelará su inscripción en Mercy Care Advantage cuando comience su cobertura en Original Medicare.

Nota: Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos de Medicare, ya no recibe Ayuda adicional y no tiene cobertura acreditable para medicamentos durante 63 días consecutivos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D para inscribirse más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.

Si tiene preguntas sobre sus beneficios del AHCCCS (Medicaid), llame al **602-417-4000** o al **1-800-654-8713** (TTY **1-800-367-8939**), de 08:00 a. m. a 05:00 p. m., de lunes a viernes (excepto los feriados estatales). También puede llamar al Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP) de Arizona al **602-542-4446** o al **1-800-432-4040**. En Arizona, el SHIP se llama División de Servicios para Personas Adultas y de Edad Avanzada del Departamento de Seguridad Económica. Pregunte cómo la inscripción en otro plan o el regreso a Original Medicare afecta el modo en que obtiene su cobertura de AHCCCS (Medicaid).

SECCIÓN 4 Hasta que finalice su membresía, debe seguir recibiendo sus productos y servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan

Hasta que finalice su membresía y comience su nueva cobertura de Medicare, debe continuar recibiendo sus productos y servicios médicos, y medicamentos con receta a través de nuestro plan.

- **Siga usando nuestros proveedores de la red para recibir atención médica.**
- **Siga usando las farmacias o el pedido por correo de nuestra red para obtener sus medicamentos con receta.**
- **Si está hospitalizado el día que finaliza su membresía, su hospitalización estará cubierta por nuestro plan hasta que le den el alta** (incluso si le dan el alta después de que comience su nueva cobertura médica).

SECCIÓN 5 Mercy Care Advantage debe finalizar su membresía en el plan en ciertas situaciones

Mercy Care Advantage debe cancelar su membresía en nuestro plan si ocurre alguna de las siguientes situaciones:

- Si ya no tiene la Parte A y la Parte B de Medicare.
- Si ya no es elegible para el AHCCCS (Medicaid). Como se indica en la Sección 2.1 del Capítulo 1, nuestro plan es para personas que son elegibles para Medicare y AHCCCS (Medicaid). Si pierde su elegibilidad para el AHCCCS (Medicaid), su cobertura con Mercy Care Advantage finalizará 2 meses después de su fecha de finalización del AHCCCS (Medicaid) si no recupera la elegibilidad para dicha cobertura.
- Si se muda fuera del área de servicio.

  - Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio durante más de seis meses. Si planea viajar fuera del área de servicio de nuestro plan por un tiempo prolongado, la cobertura de sus beneficios es limitada. Llame al Departamento de Servicios para Miembros para obtener información sobre su cobertura mientras se encuentre fuera del área. Si se muda o realiza un viaje largo, llame al Departamento de Servicios para Miembros para averiguar si el lugar al que se muda o al que viaja está en el área de nuestro plan.
- Si está fuera de nuestra área de servicio por más de 6 meses.
  - Si se muda o hace un viaje largo, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **602-586-1730** o al **1-877-436-5288** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) para averiguar si el lugar al que se muda o viaja se encuentra en el área de nuestro plan.
- Si es encarcelado (va a prisión).
- Si ya no es ciudadano o nacional de los Estados Unidos, o es un no ciudadano elegible.
- Si miente o encubre información sobre otro seguro que tenga que le ofrece cobertura para medicamentos.
- Si nos da intencionalmente información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por este motivo a menos que primero obtengamos el permiso de Medicare).
- Si permanentemente se comporta de una forma que es perturbadora y hace que sea difícil que les brindemos atención médica a usted y a otros miembros del plan. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por este motivo a menos que primero obtengamos el permiso de Medicare).
- Si deja que otra persona use su tarjeta de miembro para obtener atención médica. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por este motivo a menos que primero obtengamos el permiso de Medicare).
  - Si finalizamos su membresía por esta razón, es posible que Medicare haga que el Inspector general investigue su caso.

Si tiene preguntas o desea obtener más información sobre cuándo podemos cancelar su membresía, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **602-586-1730** o al **1-877-436-5288** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**).

Sección 5.1 No podemos pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con la salud

Mercy Care Advantage no puede pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con la salud.

¿Qué debe hacer si sucede esto?

Si cree que se le pide que abandone nuestro plan por un motivo relacionado con la salud, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 5.2 Tiene derecho a presentar un reclamo si cancelamos su membresía en nuestro plan

Si cancelamos su membresía en nuestro plan, tenemos la obligación de darle por escrito nuestros motivos de dicha cancelación. También debemos explicarle cómo puede presentar una queja o un reclamo sobre nuestra decisión de cancelar su membresía.

CAPÍTULO 11: Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes vigentes

La ley principal que se aplica a este documento de *Evidencia de cobertura* es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y los reglamentos creados bajo esta Ley por parte de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Además, es posible que se apliquen otras leyes federales y, en determinadas circunstancias, las leyes del estado en el que vive. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades incluso si las leyes no están incluidas ni explicadas en este documento.

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación

No discriminamos por cuestiones de raza, origen étnico, nacionalidad, color, religión, sexo, edad, discapacidad física o mental, estado de salud, experiencia con reclamaciones, historia clínica, información genética, evidencia de asegurabilidad ni ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que brindan planes de Medicare Advantage, como nuestro plan, deben cumplir con las leyes federales contra la discriminación, incluido el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación de Edad de 1975, la Ley para Estadounidenses con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio, todas las demás leyes que se aplican a las organizaciones que obtienen fondos federales, y cualquier otra ley y normas que se apliquen por cualquier otro motivo.

Si desea obtener más información o tiene alguna inquietud en cuanto a discriminación o un trato imparcial, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Sociales al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a la Oficina de Derechos Civiles local. También puede revisar la información de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Sociales en **HHS.gov/ocr/index.html**.

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda con el acceso a la atención, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **602-586-1730** o al **1-877-436-5288** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Si tiene un reclamo, como un problema con el acceso para sillas de ruedas, el Departamento de Servicios para Miembros puede ayudarlo.

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

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos por Medicare en los que Medicare no es el pagador principal. Según las regulaciones de los CMS en el Título 42, Secciones 422.108 y 423.462 del Código de Regulaciones Federales (CFR), Mercy Care Advantage, como una organización Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que los que la Secretaría ejerce conforme a las regulaciones de los CMS en las subpartes B a D de la parte 411 del Título 42 del CFR, y las normas establecidas en esta sección sustituyen cualquier legislación estatal.

Responsabilidad del inscrito: Los afiliados no serán responsables del pago de ningún cargo que sea obligación legal de Mercy Care Advantage.

En algunas situaciones, otras partes deben pagar por su atención médica antes que su plan de salud Medicare Advantage (MA). En dichas situaciones, su plan Medicare Advantage podría pagar, pero tendrá derecho a cobrarles los pagos a dichos terceros. Los planes Medicare Advantage podrían no ser el pagador principal de la atención médica que recibe. Estas situaciones incluyen aquellas en que el programa federal de Medicare se considera un pagador secundario conforme a las leyes de pagador secundario de Medicare. Para obtener información sobre el programa federal de pagador secundario de Medicare, Medicare redactó un folleto con información general sobre qué sucede cuando las personas con Medicare tienen un seguro adicional. Se llama Medicare and Other Health Benefits: Your Guide to Who Pays First (Medicare y otros beneficios de salud: su guía sobre quién paga primero) (número de publicación 02179). Puede obtener una copia llamando al **1-800-MEDICARE**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana o mediante el sitio web **http://www.medicare.gov**.

Los derechos del plan a recuperar el dinero en estas situaciones se basan en las condiciones de este contrato de plan de salud, así como en las disposiciones de los estatutos federales que rigen el programa de Medicare. La cobertura de su plan MA siempre es secundaria a cualquier pago realizado o que se podría esperar razonablemente que se realice en virtud de lo siguiente:

- una ley o plan de compensación laboral de los Estados Unidos o de un estado;
- un seguro no basado en culpa, incluido seguro automotriz y no automotriz sin culpa y seguro de pagos médicos;
- una póliza o un plan de seguro de responsabilidad (incluido un plan de autoasegurado) emitidos conforme a una póliza o cobertura automotriz o de otro tipo;

- una póliza o un plan de seguro automotriz (incluido un plan de autoasegurado), incluidas, entre otras, coberturas contra conductores no asegurados o con seguro insuficiente.

Dado que su plan MA siempre es secundario a cualquier cobertura automotriz sin culpa (protección contra lesiones personales) o cobertura de pagos médicos, debe revisar sus pólizas de seguro automotriz para asegurar que se hayan seleccionado las disposiciones de póliza adecuadas para que su cobertura automotriz sea principal para su tratamiento médico a raíz de un accidente automovilístico.

Como se detalla en el presente documento, en estas situaciones, su plan MA podría efectuar pagos en su nombre por esta atención médica, sujeto a las condiciones establecidas en esta disposición para que el plan recupere estos pagos de usted o de otras partes. Inmediatamente después de realizar un pago condicional, su plan MA adquirirá (ejercerá) todos los derechos de recuperación que usted tenga frente a cualquier persona, entidad o aseguradora responsable de provocarle una lesión, enfermedad o afección, o frente a cualquier persona, entidad o aseguradora identificada anteriormente como pagador principal.

Además, si recibe pagos de cualquier persona, entidad o aseguradora responsable de provocarle una lesión, enfermedad o afección, o bien si usted recibe pagos de cualquier persona, entidad o aseguradora identificada anteriormente como pagador principal, su plan MA tiene derecho a recuperar y recibir un reembolso de todos los pagos condicionales que el plan haya efectuado o efectuará a raíz de dicha lesión, enfermedad o afección.

Su plan MA tendrá automáticamente un derecho de retención, según el alcance de los beneficios que pagó para el tratamiento de la lesión, enfermedad o afección, hasta su recuperación ya sea mediante acuerdo, sentencia o de otro modo. La retención podría ejercerse contra cualquier tercero que tenga fondos o activos que representen el monto de los beneficios pagados por el plan, incluidos, entre otros, usted, sus representantes o agentes, otra persona, entidad o aseguradora responsable de provocarle una lesión, enfermedad o afección, u otra persona, entidad o aseguradora identificada anteriormente como pagador principal.

Evidencia de cobertura de Mercy Care Advantage para 2025 198

Capítulo 11 Avisos legales

Si acepta los beneficios (ya sea que el pago de dichos beneficios se le efectúe a usted o en su nombre a un proveedor de atención médica) de su plan MA, usted reconoce que los derechos de recuperación del plan constituyen un reclamo prioritario y que deben pagarse al plan antes que cualquier otro reclamo por los daños que haya sufrido. El plan tendrá derecho a

recibir un reembolso completo sobre la base del primer dólar de cualquier pago, incluso si dicho pago al plan resulta en una recuperación para usted que es insuficiente para resarcirlo por completo o compensarlo en parte o en su totalidad por los daños que sufrió.

Su plan MA no está obligado a participar o a pagar costos procesales ni honorarios de abogados contratados por usted para ejercer su reclamación por daños. Su plan MA está autorizado a la recuperación total, independientemente de la admisión de responsabilidad de pago de cualquier persona, entidad o aseguradora responsable de provocarle una lesión, enfermedad o afección; o de cualquier persona, entidad o aseguradora identificada anteriormente como pagador principal. El plan tiene derecho a recuperar la totalidad de lo pagado, independientemente de si el arreglo o la sentencia que usted recibió identifica los beneficios médicos que el plan proporcionó o tiene la intención de asignar una parte de dicho arreglo o sentencia al pago de gastos que no sean gastos médicos. El plan MA tiene derecho a la recuperación de todos y cada uno de los acuerdos o sentencias, incluso de aquellos designados en concepto de dolor y sufrimiento, daños no económicos o daños generales únicamente.

Usted y sus representantes legales deben colaborar plenamente con los esfuerzos del plan por recuperar los beneficios pagados. Tiene la obligación de notificarle al plan dentro de los 30 días de la fecha en la que se entrega el aviso a cualquiera de las partes, incluidos una compañía aseguradora o un abogado, acerca de su intención de entablar un procedimiento o investigar un reclamo para recuperar daños u obtener una compensación debido a una lesión, enfermedad o afección. Usted y sus agentes o representantes deben proporcionar toda la información solicitada por el plan o sus representantes. No podrá hacer nada para perjudicar el interés de subrogación o recuperación de su plan MA, o para perjudicar la capacidad del plan de ejercer las condiciones de esta disposición. Esto incluye, entre otros aspectos, abstenerse de realizar acuerdos u obtener recuperaciones que intenten reducir o excluir el costo total de todos los beneficios proporcionados por el plan.

Si no se entrega la información solicitada o no se brinda asistencia al plan MA para ejercer sus derechos de subrogación o recuperación, usted podría resultar personalmente responsable de reembolsarle al plan los beneficios pagados en relación con la lesión, enfermedad o afección, así como los honorarios razonables de los abogados del plan y los costos incurridos para obtener el reembolso de usted. Para obtener más información, consulte el inciso 42 del Código de Estados Unidos § 1395y(b)(2)(A)(ii) y los estatutos de Medicare.

CAPÍTULO 12: Definiciones

AHCCCS: (Sistema de Contención de Costos de Atención Médica de Arizona) es la agencia estatal que administra el programa Medicaid en Arizona con fondos federales y estatales. El AHCCCS celebra contratos con planes de salud de cuidado administrado y contratistas de programas para proporcionar servicios médicos y de atención a largo plazo a miembros elegibles.

Apelación: Una apelación es un recurso que usted presenta si no está de acuerdo con la decisión de denegarle una solicitud de cobertura para servicios de atención médica o medicamentos con receta, o pagos por servicios o medicamentos que ya ha recibido. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con una decisión de interrumpir los servicios que está recibiendo.

Atención de emergencia: corresponde a los servicios cubiertos que: 1) los brinda un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia; y 2) son necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia.

Atención en un centro de atención de enfermería especializada (SNF): Servicios de atención de enfermería especializada y rehabilitación especializada brindados de manera continua, todos los días, en un centro de atención de enfermería especializada. Los ejemplos de la atención incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo pueden ser aplicadas por un enfermero certificado o un médico.

Autorización previa: La aprobación por adelantado para obtener servicios o determinados medicamentos en función de criterios específicos. En la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4, se señalan los servicios cubiertos que necesitan autorización previa. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el Formulario y nuestros criterios se publican en nuestro sitio web.

Auxiliar de atención médica en el hogar: Una persona que brinda servicios que no necesitan las habilidades de enfermeros o terapeutas certificados, como ayudar con la atención personal (por ejemplo, bañarse, usar el baño, vestirse o realizar ejercicios prescritos).

Ayuda adicional: un programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos con receta de Medicare, como las primas, los deducibles y el coseguro.

Área de servicio: Un área geográfica donde debe vivir para inscribirse en un plan de salud en particular. Para los planes que limitan qué médicos y hospitales puede utilizar, también es generalmente el área donde puede obtener servicios de rutina (no emergencias). Nuestro plan debe cancelar su inscripción si usted se muda fuera del área de servicio de nuestro plan de manera permanente.

Biosimilar intercambiable: Un biosimilar que puede ser utilizado como sustituto de un producto biosimilar original en la farmacia sin necesitar una nueva receta porque cumple con los requisitos adicionales relacionados con el potencial de sustitución automática. La sustitución automática en la farmacia está sujeta a la ley estatal.

Biosimilar: Un producto biológico que es muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Los biosimilares funcionan igual de bien y son tan seguros como el producto biológico original. Algunos biosimilares pueden ser sustitutos del producto biológico original en la farmacia sin necesitar una nueva receta. (Consulte "**Biosimilar intercambiable**").

Cancelar o **cancelación de la inscripción**: el proceso de cancelación de su membresía en nuestro plan.

Centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF): un centro que brinda principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, como servicios médicos, fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios de patología del habla y del lenguaje, además de servicios de evaluación del entorno en el hogar.

Centro quirúrgico ambulatorio: Un centro quirúrgico ambulatorio es una entidad que funciona exclusivamente con el propósito de brindar servicios quirúrgicos a pacientes externos que no requieren hospitalización y que esperan no pasar más de 24 horas en el centro.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS): Es la agencia federal que administra Medicare.

Cobertura acreditable para medicamentos con receta: Cobertura para medicamentos con receta (por ejemplo, de un empleador o un sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura, cuando pasan a ser elegibles para Medicare, pueden normalmente mantener esa cobertura sin pagar una multa si deciden inscribirse más tarde en un plan de cobertura para medicamentos con receta de Medicare.

Cobertura para medicamentos de Medicare (Parte D de Medicare): Seguro que lo ayuda a pagar medicamentos con receta para pacientes externos, vacunas, productos biológicos y algunos suministros que no cubren la Parte A ni la Parte B de Medicare.

Copago: Un monto que es posible que deba pagar como su parte del costo de un servicio o suministro médico, como una consulta con el médico, una consulta como paciente externo en un hospital o un medicamento con receta. Un copago es un monto establecido (por ejemplo, $10) más que un porcentaje.

Coseguro: Un monto que se le pedirá que pague, expresado como un porcentaje (por ejemplo, el 20%) como la parte que le corresponde de los costos por servicios o medicamentos con receta.

Costo compartido diario: Es posible que se aplique un costo compartido diario cuando su médico le recete un suministro de determinados medicamentos para menos de un mes completo, y usted debe pagar un copago. El costo compartido diario es el copago dividido por la cantidad de días de un suministro para un mes. A continuación, le presentamos un ejemplo: Si su copago para un suministro de un medicamento para un mes es de $30, y un suministro para un mes en nuestro plan tiene 30 días, su costo compartido diario es de $1 por día.

Costo compartido: El costo compartido se refiere a los montos que un miembro tiene que pagar cuando obtiene servicios o medicamentos. Los costos compartidos incluyen cualquier combinación de los siguientes 3 tipos de pagos: (1) cualquier monto deducible que puede imponer un plan antes de cubrir los servicios o medicamentos; (2) cualquier monto fijo de copago que un plan exige cuando se recibe un medicamento o servicio específico; o (3) cualquier monto de coseguro, un porcentaje del monto total pagado por un servicio o medicamento, que un plan exige cuando se recibe un medicamento o servicio específico.

Costo de suministro: Una tarifa que se cobra cada vez que un medicamento cubierto se entrega para pagar el costo de obtener un medicamento con receta, como el tiempo que tarda el farmacéutico en preparar y envolver el medicamento con receta.

Cuidado asistencial: El cuidado asistencial es la atención personal brindada en un hogar de convalecencia, hospicio u otro centro cuando usted no necesita atención médica o de enfermería especializada. El cuidado asistencial, proporcionado por personas que no tienen habilidades ni preparación profesionales, incluye ayuda con actividades de la vida diaria, como bañarse, vestirse, alimentarse, acostarse y levantarse de la cama o de la silla, desplazarse y utilizar el baño. Puede incluir el tipo de atención relacionada con la salud que la mayoría de las personas realizan por sí mismas, como por ejemplo, usar gotas para los ojos. Medicare no paga el cuidado asistencial.

Deducible: El monto que debe pagar por los medicamentos con receta o por la atención médica antes de que nuestro plan pague.

Departamento de Servicios para Miembros: un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder a sus preguntas sobre su membresía, beneficios, quejas y apelaciones.

Determinación de cobertura: Una decisión sobre si un medicamento con receta para usted está cubierto por nuestro plan y el monto, si corresponde, que debe pagar por la receta. En general, si usted lleva su receta a la farmacia y allí le indican que el medicamento con receta no está cubierto por su plan, eso no es una determinación de cobertura. Deberá llamar o escribir a su plan para pedir una decisión de cobertura formal. Las determinaciones de cobertura también se llaman **decisiones de cobertura** en este documento.

Determinación de la organización integrada: Una decisión que nuestro plan toma sobre si los productos o servicios están cubiertos o sobre cuánto le corresponde pagar a usted por los productos o servicios cubiertos. Las determinaciones de la organización se denominan decisiones de cobertura en este documento.

Dispositivos ortésicos y protésicos: dispositivos médicos que incluyen, entre otros, dispositivos ortopédicos para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o una función internas del cuerpo, como suministros para ostomía y tratamiento nutricional enteral y parenteral.

D-SNP integrado: Un D-SNP que cubre Medicare y la mayoría o la totalidad de los servicios de Medicaid en virtud de un solo plan de salud para ciertos grupos de personas elegibles tanto para Medicare como para Medicaid. A estas personas también se les conoce como personas con doble elegibilidad de beneficios completos.

Emergencia: Una emergencia médica es cuando usted o cualquier persona prudente, con un conocimiento promedio de salud y medicina, creen que presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar perder la vida (y, si es una mujer embarazada, pérdida de un niño no nacido), pérdida de una extremidad o la función de una extremidad, o pérdida o discapacidad grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección que se agrava rápidamente.

Equipo de atención: El equipo de atención puede incluir médicos, enfermeros, asesores u otros profesionales de salud que estén allí para ayudarlo a obtener la atención que necesita. Su equipo de atención también le ayuda a hacer un plan de atención.

Equipo médico duradero (DME): Ciertos equipos médicos indicados por su médico por razones médicas. Los ejemplos incluyen andadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, bombas de infusión intravenosa, dispositivos para la generación del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital recetadas por un médico para usar en el hogar.

Etapa de cobertura en situaciones catastróficas: Etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D que comienza cuando usted (u otras partes calificadas en su nombre) ha gastado $2,400 para medicamentos cubiertos por la Parte D durante el año cubierto. Durante esta etapa de pago, no debe pagar nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D.

Etapa de cobertura inicial: Es la etapa que transcurre desde que paga su deducible (si tiene uno) y antes de que las gastos que usted paga de su bolsillo anuales alcancen el monto límite de gastos de bolsillo.

Evaluación de riesgos de la salud: Una revisión de su historial médico y afección actual. Se utiliza para obtener información sobre su salud y cómo podría cambiar en el futuro.

Evidencia de cobertura (EOC) y Divulgación de información: en este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro documento adjunto, cláusula adicional u otra cobertura opcional seleccionada, se explica su cobertura, lo que debemos hacer, sus derechos y lo que debe hacer usted como miembro de nuestro plan.

Excepción: Un tipo de decisión de cobertura que, si se aprueba, le permite recibir un medicamento que no está en nuestro Formulario (una excepción al Formulario) o un medicamento no preferido a un nivel de costo compartido menor (una excepción de nivel). También puede solicitar una excepción si nuestro plan le obliga a probar otro medicamento antes de recibir el medicamento que está solicitando, si nuestro plan exige una autorización previa para un medicamento y quiere que no apliquemos los criterios de restricción, o si nuestro plan limita la cantidad o dosis del medicamento que está solicitando (una excepción al formulario).

Facturación de saldos: Cuando un proveedor (un médico o el hospital) factura al paciente más que el monto del costo compartido permitido del plan. Como miembro de Mercy Care Advantage, solo tiene que pagar los montos del costo compartido del plan cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores le **facturen el saldo** o cobren, de otra manera, más del monto del costo compartido que su plan indica que debe pagar.

Farmacia de la red: Una farmacia que tiene un contrato con nuestro plan en la que los miembros del plan pueden obtener sus beneficios de medicamentos con receta. En la

mayoría de los casos, los medicamentos con receta están cubiertos solo si los obtiene en una de nuestras farmacias de la red.

Farmacia fuera de la red: Una farmacia que no ha celebrado un contrato con nuestro plan para coordinar o brindar los medicamentos cubiertos a los miembros del plan. La mayoría de los medicamentos que obtiene de farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan a menos que se apliquen ciertas condiciones.

Gastos de bolsillo: Vaya a la definición de costos compartidos anterior. El requisito de costo compartido de un miembro para pagar una parte de los servicios o medicamentos recibidos también se conoce como el requisito de costo que un miembro paga de su bolsillo.

"Herramienta de beneficios en tiempo real": Un portal o una aplicación informática en la que los inscritos pueden buscar información completa, correcta, oportunamente apropiada, clínicamente apropiada, específica de los inscritos sobre beneficios y formularios. Esto incluye montos de costos compartidos, medicamentos alternativos del formulario que pueden utilizarse para la misma afección que un medicamento determinado y las restricciones de cobertura (autorización previa, tratamiento escalonado, límites de cantidad) que se aplican a medicamentos alternativos.

Hospicio: Es un beneficio que brinda un tratamiento especial para un miembro a quien se ha certificado médicamente que padece una enfermedad terminal, lo que significa tener una esperanza de vida de 6 meses o menos. Nuestro plan debe proporcionarle una lista de hospicios en su área geográfica. Si elige un hospicio y continúa pagando las primas, sigue siendo miembro de nuestro plan. Todavía podrá obtener todos los servicios médicamente necesarios, así como los beneficios complementarios que ofrecemos.

Hospitalización: una hospitalización es cuando usted ha sido ingresado formalmente en el hospital para recibir servicios médicos especializados. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente externo.

Indicación médicamente aceptada: Uso del medicamento que está aprobado por la FDA o respaldado por ciertas referencias, como la American Hospital Formulary Service Drug Information y el sistema de información DRUGDEX Micromedex.

Ingreso complementario administrado por el Seguro Social (SSI): es un beneficio mensual que paga el Seguro Social a las personas con ingresos y recursos limitados que tienen una discapacidad, están ciegas o tienen 65 años o más. Los beneficios del SSI no son iguales a los beneficios del Seguro Social.

Límite de gastos de su bolsillo: Monto máximo que paga de su bolsillo por los medicamentos de la Parte D.

Límites de cantidad: Una herramienta de gestión diseñada para limitar el uso de un medicamento por motivos de calidad, seguridad o utilización. Los límites también pueden ser en la cantidad de medicamento que cubrimos por receta o durante un período definido.

Lista de medicamentos cubiertos (Formulario o Lista de medicamentos): Una lista de medicamentos con receta cubiertos por nuestro plan.

Medicaid (o Asistencia médica): Un programa conjunto, estatal y federal, que ayuda a solventar costos médicos de ciertas personas con bajos ingresos y recursos limitados. Los programas estatales de Medicaid varían, pero cubren la mayoría de los costos de atención médica si usted califica para Medicare y Medicaid.

Médicamente necesario: Son los servicios, suministros o medicamentos que son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.

Medicamento genérico: Un medicamento con receta que está aprobado por la FDA, dado que se considera que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Un medicamento genérico suele tener el mismo efecto que un medicamento de marca, y a veces es más económico.

Medicamento seleccionado: Un medicamento cubierto por la Parte D para el que Medicare negoció un precio justo máximo.

Medicamentos cubiertos: Es el término que se utiliza para referirse a todos los medicamentos que cubre nuestro plan.

Medicamentos de la Parte D: Son los medicamentos que pueden estar cubiertos por la Parte D. Podemos ofrecer o no todos los medicamentos de la Parte D. Ciertas categorías de medicamentos han sido excluidas de la cobertura de la Parte D por el Congreso. Ciertas categorías de medicamentos de la Parte D deben estar cubiertas por cada plan.

Medicamentos de marca: Medicamentos con receta fabricados y vendidos por la compañía farmacéutica que originariamente investigó y fabricó dichos medicamentos. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de ingrediente activo que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otros fabricantes de medicamentos y, normalmente, no están disponibles hasta que haya vencido la patente del medicamento de marca.

Medicare: El programa federal de seguros de salud destinado a personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas que padecen

enfermedad renal terminal (por lo general, las que tienen insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o trasplante de riñón).

Miembro (miembro de nuestro plan o miembro del plan): Una persona con Medicare elegible para recibir servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso (IRMAA): Si su ingreso bruto ajustado modificado, como informó en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años, está por encima de cierto monto, pagará el monto estándar de la prima y un monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso, también conocido como IRMAA. IRMAA es un cargo adicional que se agrega a su prima. Menos del 5% de las personas con Medicare se encuentran afectadas, por lo que la mayoría de las personas no pagarán una prima más alta.

Monto máximo que paga de su bolsillo: es el monto máximo que paga de su bolsillo durante el año calendario para los servicios cubiertos de la Parte A y de 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 con receta no se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo. Además del monto máximo que paga de su bolsillo para los servicios médicos cubiertos de la Parte A y la Parte B, también tenemos un monto máximo que paga de su bolsillo para ciertos tipos de servicios. Si es elegible para recibir asistencia de costos compartidos de Medicare en virtud de Medicaid, no es responsable de pagar ningún gasto de su bolsillo hasta el monto máximo que paga de su bolsillo para los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B. (**Nota:** Dado que nuestros miembros también obtienen ayuda de Medicaid, muy pocos miembros alcanzan alguna vez este monto máximo que paga de su bolsillo).

Multa por inscripción tardía de la Parte D: Un monto que se suma a su prima mensual del plan por la cobertura de medicamentos de Medicare si no tiene una cobertura acreditable (la cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura para medicamentos estándar de Medicare) durante un período continuo de 63 días o más después de que se vuelve elegible por primera vez para inscribirse en un plan de la Parte D. Si alguna vez pierde la Ayuda adicional, puede estar sujeto a la multa por inscripción tardía si se queda sin cobertura de la Parte D o sin otra cobertura acreditable para medicamentos durante 63 días consecutivos o más.

Organización para la mejora de la calidad (QIO): Un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica a los cuales el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare.

Original Medicare (**Medicare tradicional o Medicare con pago por servicio**)**:** El plan Original Medicare es ofrecido por el gobierno y no por planes de salud privados, como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos con receta. En Original Medicare, los servicios de Medicare están cubiertos al pagarles a los médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica los montos de pago establecidos por el Congreso. Usted puede consultar con cualquier médico, hospital o proveedor de atención médica que acepte Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga lo que le corresponde de la cantidad aprobada por Medicare, y usted paga lo que le corresponde a usted. Original Medicare tiene 2 partes: la Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico), y está disponible en todas partes en los EE. UU.

Parte C: Consulte el plan Medicare Advantage (MA).

Parte D: es el Programa voluntario de beneficios de medicamentos con receta de Medicare.

Período de beneficios: La manera en que nuestro plan y Original Medicare miden su uso de los servicios de los hospitales y el centro de atención de enfermería especializada (SNF). El período de beneficios comienza el día en que usted va a un hospital o centro de atención de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza cuando no haya recibido servicios de atención para pacientes internados en un hospital (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si ingresa en el hospital o en el centro de atención de enfermería especializada después de que un período de beneficios haya terminado, comenzará un período de beneficios nuevo. No hay límite en cuanto a la cantidad de períodos de beneficios.

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 sus inscripciones al plan y cambiarse a otro plan Medicare Advantage u obtener cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiarse a Original Medicare en este período, también puede inscribirse en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare en ese momento. El Período de inscripción abierta de Medicare Advantage también está disponible por un período de 3 meses después de que una persona se vuelve elegible para Medicare.

Período de inscripción abierta: El período que va del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año en el que los miembros pueden cambiar sus planes de salud o medicamentos, o cambiarse a Original Medicare.

Período de inscripción inicial: El período en el que puede inscribirse en la Parte A y la Parte B de Medicare cuando es elegible por primera vez para recibir Medicare. Si es elegible para Medicare cuando cumpla 65 años, el Período de inscripción inicial es el período de

7 meses que comienza 3 meses antes del mes en el que cumple 65 años, incluye el mes en el que cumple 65 años y termina 3 meses después del mes en el que cumple 65 años.

Personas con doble elegibilidad: Una persona que es elegible para recibir la cobertura de Medicare y Medicaid.

Plan de atención: Un plan sobre los servicios que recibirá y cómo los obtendrá. Su plan puede incluir servicios médicos o servicios de salud conductual.

Plan de costos de Medicare: Un plan de costos de Medicare es un plan operado por una Organización de Mantenimiento de la Salud (HMO) o un Plan médico competitivo (CMP) de acuerdo con un contrato de reembolso de costos conforme a la Sección 1876(h) de la ley.

Plan de necesidades especiales de cuidados crónicos (C-SNP): Los C-SNP son SNP que restringen la inscripción a personas elegibles para MA que tienen enfermedades graves y crónicas específicas.

Plan de necesidades especiales equivalente al Plan 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.

Plan de necesidades especiales: Un tipo especial de plan Medicare Advantage que proporciona una atención médica más enfocada en grupos específicos de personas, como las que tienen Medicare y Medicaid, las que viven en un hogar de convalecencia o las que tienen ciertas afecciones médicas crónicas.

Plan de Organización de proveedores preferidos (PPO): Un plan de Organización de proveedores preferidos es un plan Medicare Advantage que tiene una red de proveedores contratados que han acordado tratar a los miembros del plan por un monto de pago específico. Un plan PPO debe cubrir todos los beneficios del plan, ya sea que se reciban de proveedores de la red o fuera de la red. Generalmente, el costo compartido de los miembros será más alto cuando los beneficios del plan se reciben de proveedores fuera de la red. Los planes PPO tienen un límite anual para los costos que paga de su bolsillo para servicios recibidos de proveedores de la red (preferidos) y un límite más elevado para los costos totales que paga de su bolsillo combinados para servicios recibidos de proveedores de la red (preferidos) y de proveedores fuera de la red (no preferidos).

Plan de salud de Medicare: Un plan de salud de Medicare ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindar los beneficios de la Parte A y la Parte B a personas con Medicare que se inscriben en nuestro plan. Incluye todos los planes Medicare Advantage, los planes de costos de Medicare, los planes de necesidades especiales,

programas piloto/de demostraciones y Programas de atención integral para las personas de edad avanzada (PACE).

Plan institucional para necesidades especiales (I-SNP): Los I-SNP restringen la inscripción a personas elegibles para MA que viven en la comunidad, pero necesitan el nivel de atención que ofrece un centro, o que viven (o se espera que vivan) durante al menos 90 días seguidos en ciertos centros a largo plazo. Los I-SNP incluyen los siguientes tipos de planes: SNP equivalentes a las instituciones (IE-SNP), SNP institucionales híbridos (HI-SNP) y SNP institucionales basados en centros (FI-SNP).

Plan Medicare Advantage (MA): A veces llamado Parte C de Medicare. Es un plan ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindarle todos sus beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare. Un plan Medicare Advantage puede ser i) una HMO, ii) una PPO, iii) un Plan privado de pago por servicio (PFFS) o iv) un plan de Cuenta de ahorro para gastos médicos (MSA) de Medicare. Además de elegir 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 (cobertura para medicamentos con receta) de Medicare. Estos planes se llaman **planes de cobertura para medicamentos con receta de Medicare Advantage**.

Planes de necesidades especiales con doble elegibilidad (D-SNP): Los D-SNP inscriben a personas que tienen derecho a Medicare (Título XVIII de la Ley del Seguro Social) y asistencia médica de un plan estatal en virtud de Medicaid (Título XIX). Los estados cubren algunos o todos los costos de Medicare, según el estado y la elegibilidad de la persona.

Póliza Medigap (Seguro complementario de Medicare): El seguro complementario de Medicare vendido por una compañía de seguros privada para cubrir los *períodos sin cobertura* de Original Medicare. Las pólizas Medigap solo funcionan con Original Medicare. (Un plan Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

Precio justo máximo: El precio que Medicare negoció para un medicamento seleccionado.

Prima: el pago periódico a Medicare, a una compañía de seguros o a un plan de atención para una cobertura de salud o de medicamentos con receta.

Producto biológico original: Un producto biológico que ha sido aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) y funciona como la comparación con los fabricantes que hacen una versión de biosimilar. También se denomina producto de referencia.

Producto biológico: Un medicamento con receta que se elabora a partir de fuentes naturales y vivas, como células animales, vegetales, bacterias o levaduras. Los productos biológicos

son más complejos que otros medicamentos y no se pueden copiar exactamente, por lo que las formas alternativas se denominan biosimilares. (Consulte "**Producto biológico original**" y **"Biosimilar**").

Programa de descuentos del fabricante: Un programa en virtud del cual los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total de nuestro plan para 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.

Programa de manejo del tratamiento farmacológico (MTM): Un programa de la Parte D de Medicare para necesidades de salud complejas que se brinda a las personas que cumplen ciertos requisitos o participan en un programa de administración de medicamentos. Por lo general, los servicios de MTM incluyen una conversación con un farmacéutico o un proveedor de atención médica para revisar los medicamentos.

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 con su proveedor de atención primaria antes de consultar con otro proveedor de atención médica.

Proveedor de la red: Proveedor es el término general para médicos, otros profesionales de salud, hospitales y otros centros de atención médica que tienen licencia o están certificados por Medicare y por el estado para ofrecer servicios de atención médica. Los **proveedores de la red** tienen un convenio con nuestro plan para aceptar nuestro pago como pago total y, en algunos casos, para coordinar y prestar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de la red también se denominan **proveedores del plan**.

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red: Un proveedor o un centro que no han celebrado 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 ni los opera nuestro plan.

Queja integrada: Un tipo de reclamo que usted presenta sobre nuestro plan, los proveedores o las farmacias, incluido un reclamo relacionado con la calidad de la atención brindada. Esto no implica disputas de cobertura o pago.

Reclamo: El nombre formal para presentar un reclamo es **interponer una queja**. El proceso de reclamos se aplica *solo* a ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. También incluye reclamos si nuestro plan no sigue los períodos de tiempo del proceso de apelaciones.

Remisión: Una orden por escrito de su médico de atención primaria para que visite a un especialista u obtenga ciertos servicios médicos. Sin una remisión, es posible que nuestro plan no pueda pagar los servicios de un especialista.

Servicios cubiertos por Medicare: Son los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare deben cubrir todos los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. El término servicios cubiertos por Medicare no incluye los beneficios adicionales, como los de la vista, dentales o de la audición, que un plan Medicare Advantage puede ofrecer.

Servicios cubiertos: El término que se utiliza para referirse a todos los servicios y suministros de atención médica cubiertos por nuestro plan.

Servicios de rehabilitación: Estos servicios incluyen atención de rehabilitación para pacientes internados, fisioterapia (para pacientes externos), terapia del habla y del lenguaje, y terapia ocupacional.

Servicios de urgencia: Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata y que no es una emergencia es un servicio de urgencia si usted está temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o si, debido a sus horarios, su ubicación o sus circunstancias, no es razonable obtener este servicio de los proveedores de la red. Algunos ejemplos de servicios de urgencia son las enfermedades y lesiones imprevistas o las exacerbaciones inesperadas de afecciones existentes. Las consultas con proveedores de rutina médicamente necesarias (como los controles anuales) no se consideran de urgencia, incluso si usted se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o nuestra red del plan no está disponible temporalmente.

Servicios preventivos: Servicios de atención médica que le ayudan a mantenerse saludable, detectar problemas de salud temprano, determinar los tratamientos más eficaces y prevenir ciertas enfermedades. Los servicios preventivos incluyen exámenes, vacunas, análisis de laboratorio y pruebas de detección. También incluyen programas para el control de la salud, y asesoramiento y educación para ayudarle a cuidar de su propia salud.

Subsidio por bajos ingresos (LIS): Consulte la Ayuda adicional.

Tratamiento escalonado: Una herramienta de utilización que requiere que primero pruebe otro medicamento para tratar su afección médica antes de que cubramos el medicamento que su médico pudo haberle recetado inicialmente.

Departamento de Servicios para Miembros de Mercy Care Advantage

Método	Departamento de Servicios para Miembros: Información de contacto
Llame al	**602-586-1730** o **1-877-436-5288** Las llamadas a este número son gratuitas. De 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. El Departamento de Servicios para Miembros al **602-586-1730** o al **1-877-436-5288** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) también ofrece servicios gratuitos de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. De 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana.
Por fax	**602-351-2313**
Escriba a	Mercy Care Advantage 4750 S. 44th Place, Suite 150 Phoenix, AZ 85040
Sitio web	**mercycareaz.org**

Departamento de Seguridad Económica, División de Servicios para Personas Adultas y de Edad Avanzada (SHIP de Arizona)

Departamento de Seguridad Económica, División de Servicios para Personas Adultas y de Edad Avanzada (SHIP de Arizona): es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros de salud, a nivel local y en forma gratuita, a las personas que tienen Medicare.

Método	Información de contacto
Llame al	**602-542-4446** o **1-800-432-4040**
Escriba a	Department of Economic Security (DES) Division of Aging and Adult Services 1789 W. Jefferson St. Phoenix, AZ 85007
Sitio web	**http://des.az.gov/**

Declaración sobre divulgación de la PRA. *De acuerdo con la Ley de Reducción de Papel (Paperwork Reduction Act, PRA) de 1995, ninguna persona debe responder a una recopilación de información a menos que presente un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (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, escríbanos a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.*