



2026

MEDIMORE

Evidencia de Cobertura

1º de enero - 31 de diciembre

 **LEON**
HEALTH

H4286_EOC003S_2026_M

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2026

Evidencia de Cobertura para 2026:

Sus beneficios y servicios de salud de Medicare y cobertura de medicamentos como miembro de *Leon MediMore (HMO)*

Este documento incluye información sobre su cobertura de salud y medicamentos de Medicare del 1 de enero al 31 de diciembre de 2026. **Es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

En este documento se explican sus beneficios y derechos. Utilice este documento para comprender lo siguiente:

- La prima del plan y los costos compartidos.
- Nuestros beneficios médicos y de medicamentos
- Cómo presentar una queja si no está satisfecho con un servicio o un tratamiento.
- Cómo comunicarse con nosotros.
- Otras protecciones requeridas por la ley de Medicare.

Si tiene preguntas sobre este documento, comuníquese con Servicios para los miembros al 1-844-9-MI-LEON (1-844-964-5366) para obtener más información. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Los horarios son de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a domingo, del 1ero de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes, del 1ero de abril al 30 de septiembre. Esta llamada es gratuita.

Esta cobertura, *Leon MediMore (HMO)*, es ofrecida por *Leon Health, Inc.* (Cuando esta Evidencia de Cobertura dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, hace referencia a *Leon Health, Inc.* Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, significa *Leon MediMore (HMO)*).

Este documento está disponible en inglés de forma gratuita. Si necesita este documento en algún formato diferente (como braille, letra grande u otro formato alternativo) comuníquese con Servicios para miembros.

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

Nuestra lista de medicamentos aprobados, la red de farmacias o la red de proveedores de servicios médicos pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso sobre cualquier cambio que pueda afectarlo con al menos 30 días de anticipación.

Leon Health, Inc. es un plan HMO con un contrato con Medicare. La inscripción en *Leon Health, Inc.* depende de la renovación del contrato.

H4286_EOC003S_2026_M

2026 Evidence of Coverage | Índice

CAPÍTULO 1 Primeros pasos como miembro	7
SECCIÓN 1 Usted es miembro de Leon MediMore	8
SECCIÓN 2 Requisitos de elegibilidad del plan	8
SECCIÓN 3 Materiales de membresía importantes	9
SECCIÓN 4 Resumen de costos importantes para 2026	11
SECCIÓN 5 Más información sobre su prima del plan mensual	15
SECCIÓN 6 Mantenga actualizado su registro de membresía de nuestro plan	17
SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan	18
CAPÍTULO 2 Números de teléfono y recursos	20
SECCIÓN 1 Leon MediMore (HMO) contactos	21
SECCIÓN 2 Cómo obtener ayuda de Medicare	24
SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP)	25
SECCIÓN 4 Organización de mejora de la calidad (Quality Improvement Organization, QIO)	26
SECCIÓN 5 Seguro Social	27
SECCIÓN 6 Medicaid	28
SECCIÓN 7 Programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos con receta	28
SECCIÓN 8 Junta de Retiro Ferroviario (RRB)	31
SECCIÓN 9 Si tiene un seguro grupal u otro seguro médico que le ofrece un empleador	32
CAPÍTULO 3 Cómo utilizar NUESTRO plan para obtener servicios médicos	33
SECCIÓN 1 Cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan	34
SECCIÓN 2 Consulte a proveedores de la red de nuestro plan para obtener atención médica	36
SECCIÓN 3 Cómo recibir servicios cuando tiene una emergencia, durante un desastre o una necesidad de atención urgente	40
SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si se le factura directamente el costo total de sus servicios cubiertos?	43
SECCIÓN 5 Servicios médicos en un estudio de investigación clínica	43
SECCIÓN 6 Reglas para recibir atención en un centro religioso no médico dedicado a la salud	45

Evidencia de Cobertura para 2026 de *Leon MediMore (HMO)*

SECCIÓN 7 Reglas de propiedad de equipo médico duradero	46
CAPÍTULO 4 Cuadro de beneficios médicos (lo que tiene cobertura y lo que usted paga)	49
SECCIÓN 1 Información sobre los costos de desembolso para servicios cubiertos.	50
SECCIÓN 2 El Cuadro de beneficios médicos muestra sus beneficios y costos médicos.	52
SECCIÓN 3 Servicios que no están cubiertos por nuestro plan (exclusiones).	99
CAPÍTULO 5 Uso de la cobertura del plan para medicamentos de la Parte D.	102
SECCIÓN 1 Reglas básicas para la cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro plan	103
SECCIÓN 2 Surtá su receta en una farmacia de la red	103
SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben figurar en la Lista de medicamentos de nuestro plan	106
SECCIÓN 4 Medicamentos con restricciones en la cobertura	108
SECCIÓN 5 Qué puede hacer si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera que le gustaría	110
SECCIÓN 6 Nuestra Lista de medicamentos puede cambiar durante el año	112
SECCIÓN 7 Tipos de medicamentos que no cubrimos	114
SECCIÓN 8 Cómo surtir una receta	116
SECCIÓN 9 Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales .	116
SECCIÓN 10 Programas sobre seguridad farmacológica y control de medicamentos	118
CAPÍTULO 6 Lo que paga por los medicamentos de la Parte D	121
SECCIÓN 1 Lo que paga por los medicamentos de la Parte D	122
SECCIÓN 2 Etapas de pago de medicamentos para miembros de Leon MediMore (HMO)	124
SECCIÓN 3 Su explicación de beneficios de la Parte D explica en qué etapa de pago se encuentra	124
SECCIÓN 4 No hay deducible para Leon MediMore.	126
SECCIÓN 5 Etapa de cobertura inicial	126
SECCIÓN 6 La Etapa de cobertura en situación catastrófica	130
SECCIÓN 7 Qué paga por las vacunas cubiertas por la Parte D	131

CAPÍTULO 7 | Cómo solicitarlos que paguemos nuestra parte de una factura por servicios médicos o medicamentos con cobertura 133

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios cubiertos o medicamentos cubiertos	134
SECCIÓN 2 Cómo solicitarlos que le reembolsemos una factura que recibió	136
SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y la aceptaremos o rechazaremos	137

CAPÍTULO 8 | Sus derechos y responsabilidades 138

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales .	139
SECCIÓN 2 Sus responsabilidades como miembro de nuestro plan	149

CAPÍTULO 9 | Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas) 151

SECCIÓN 1 Qué hacer si tiene un problema o una inquietud	152
SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y ayuda personalizada	152
SECCIÓN 3 Qué proceso usar para su problema	153
SECCIÓN 4 Una guía de las decisiones de cobertura y las apelaciones	153
SECCIÓN 5 Atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.	156
SECCIÓN 6 Medicamentos de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación	164
SECCIÓN 7 Cómo solicitarlos la cobertura de una estadía en el hospital más prolongada si usted considera que le dan el alta demasiado pronto.	174
SECCIÓN 8 Cómo solicitarlos que sigamos cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto.	179
SECCIÓN 9 Cómo proceder a una apelación de Nivel 3, 4 y 5	183
SECCIÓN 10 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras cuestiones	186

CAPÍTULO 10 | Finalización de la membresía en nuestro plan 190

SECCIÓN 1 Finalización de su membresía en nuestro plan	191
SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede finalizar su membresía en nuestro plan?	191
SECCIÓN 3 Cómo puede finalizar su membresía en nuestro plan	194
SECCIÓN 4 Hasta que finalice su membresía, debe seguir recibiendo artículos, servicios médicos y medicamentos mediante nuestro plan	194
SECCIÓN 5 Leon MediMore (HMO) debe finalizar su membresía en nuestro plan en ciertas situaciones	195

CAPÍTULO 11 Avisos legales.	197
SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes vigentes	198
SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación	198
SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación de pagador secundario de Medicare	199
CAPÍTULO 12 Definiciones.	200

CAPÍTULO 1

PRIMEROS PASOS COMO MIEMBRO

SECCIÓN 1 | Usted es miembro de *Leon MediMore*

Sección 1.1 | Usted está inscrito en *Leon MediMore*, que es un plan HMO de Medicare

Usted tiene cobertura de Medicare y decidió recibir su atención médica y medicamentos de Medicare mediante nuestro plan, *Leon MediMore*. Nuestro plan cubre todos los servicios de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, los costos compartidos y el acceso a los proveedores de este plan son diferentes de los de Original Medicare.

Leon MediMore (HMO) es un plan Medicare Advantage HMO (HMO significa Organización para el Mantenimiento de la Salud) aprobado por Medicare y gestionado por una empresa privada.

Sección 1.2 | Información legal sobre la *Evidencia de Cobertura*

Esta Evidencia de Cobertura forma parte de nuestro contrato con usted sobre cómo *Leon MediMore (HMO)* cubre su atención. Otras partes de este contrato incluyen su formulario de inscripción, la Lista de medicamentos con cobertura (Lista de medicamentos aprobados) y cualquier aviso que reciba de parte nuestra acerca de cambios en su cobertura o condiciones que la afecten. Estos avisos a veces se denominan cláusulas adicionales o enmiendas.

El contrato es válido durante los meses en los que esté inscrito en *Leon MediMore (HMO)* entre el 1 de enero de 2026 y el 31 de diciembre de 2026.

Medicare nos permite efectuar cambios en los planes que ofrecemos cada año calendario. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de *Leon MediMore (HMO)* después del 31 de diciembre de 2026. También podemos optar por dejar de ofrecer nuestro plan en su área de servicio, después del 31 de diciembre de 2026.

Medicare (los Centros de servicios de Medicare y Medicaid) tiene que aprobar *Leon MediMore (HMO)* todos los años. Usted puede seguir recibiendo cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan siempre y cuando decidamos seguir ofreciendo nuestro plan y Medicare renueve su aprobación de nuestro plan.

SECCIÓN 2 | Requisitos de elegibilidad del plan

Sección 2.1 | Requisitos de elegibilidad

Usted es elegible para la membresía en nuestro plan siempre y cuando cumpla con todas estas condiciones:

- Debe tener tanto la Parte A de Medicare como la Parte B de Medicare.
- Usted vive en nuestra área geográfica de servicio (descrita en la Sección 2.2). Las personas encarceladas no se consideran residentes del área geográfica de servicio,

incluso si están físicamente ubicadas en ella.

- Si no es ciudadano de los Estados Unidos o no se encuentra de manera legal en los Estados Unidos.

Sección 2.2 | Área de servicio del plan para *Leon MediMore (HMO)*

Leon MediMore está disponible solo para personas que viven en el área de servicio de nuestro plan. Para seguir siendo miembro de nuestro plan, debe seguir residiendo en el área de servicio de nuestro plan. A continuación, se describe el área de servicio.

Nuestra área de servicio incluye estos condados en Florida: **Miami-Dade**.

Si se muda fuera del área de servicio de nuestro plan, no podrá seguir siendo miembro de este plan. Llame a Servicios para Miembros al 1-844-964-5366 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para ver si tenemos un plan en su nueva área. Cuando se mude, tendrá un Período de inscripción especial para cambiar a Original Medicare o inscribirse en un plan médico o de medicamentos de Medicare en su nuevo lugar.

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

Sección 2.3 | Ciudadanía estadounidense o presencia legal

Para ser miembro de un plan de salud de Medicare debe ser ciudadano estadounidense o estar legalmente presente en los Estados Unidos. Medicare (los centros de servicios de Medicare y Medicaid) notificará a *Leon MediMore (HMO)* si usted no es elegible para seguir siendo miembro de nuestro plan por este motivo. *Leon MediMore (HMO)* debe cancelar su inscripción si usted no cumple con este requisito.



NO use su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para los servicios médicos cubiertos mientras sea miembro de este plan. Si usa su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de membresía de *Leon MediMore (HMO)*, es posible que deba pagar el costo total de los servicios médicos. Guarde su tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Es posible que se

le pida que la muestre si necesita servicios hospitalarios, cuidados paliativos o si participa en estudios de investigación clínica aprobados por Medicare (también llamados ensayos clínicos).

Si la tarjeta de membresía de nuestro plan se daña, se pierde o es robada, llame a Servicios para Miembros al 1-844-964-5366 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) de inmediato y le enviaremos una nueva tarjeta.

Sección 3.2 | El Directorio de proveedores y farmacias de *Leon Health, Inc.*

En el *Directorio de proveedores y farmacias de Leon Health, Inc.* (www.leonhealth.com/directory/?lang=es) se detallan los proveedores de servicios médicos y las farmacias que forman parte de la red actualmente.

Los **proveedores de servicios médicos de la red** son los médicos y otros profesionales de la salud, grupos de médicos, hospitales y otros centros de salud que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestros pagos y los costos compartidos del plan como pago total.

Debe utilizar proveedores de la red para obtener su atención médica y servicios. Si va a otro lugar sin la autorización adecuada, tendrá que pagar la totalidad. Las únicas excepciones son las emergencias, los servicios de urgencia cuando la red no está disponible (es decir, en situaciones en las que no es razonable o posible obtener servicios dentro de la red), los servicios de diálisis que se brindan fuera del área y los casos en que *Leon MediMore (HMO)* autorice el uso de proveedores fuera de la red.

Las **farmacias de la red** son todas las farmacias que aceptan surtir medicamentos con receta para los miembros de nuestro plan. Use el *Directorio de proveedores y farmacias de Leon Health, Inc.* para encontrar la farmacia de la red que desea usar. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para obtener información sobre cuándo puede usar farmacias que no están en la red del plan.

El Directorio de Proveedores y Farmacias también muestra qué farmacias de nuestra red tienen costos compartidos preferidos, los cuales pueden ser más bajos que los costos compartidos estándar ofrecidos por otras farmacias de la red para algunos medicamentos.

Si no tiene un *Directorio de proveedores y farmacias de Leon Health, Inc.*, puede solicitar una copia a Servicios para Miembros al 1-844-964-5366 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). También puede encontrar esta información en nuestro sitio web en www.leonhealth.com o descargarla de este sitio web. Obtenga la lista más reciente de farmacias en nuestro sitio web en www.leonhealth.com/directory/?option=pharmacy&distance=15&lang=en&page=1&per_page=12&sort=distance

Sección 3.3 | Lista de medicamentos (formulario)

Nuestro plan tiene una Lista de medicamentos cubiertos (también llamada Lista de medicamentos o formulario). Le indica qué medicamentos con receta tienen cobertura

en virtud del beneficio de la Parte D de *Leon MediMore (HMO)*. Nuestro plan elige los medicamentos de esta lista con ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La Lista de medicamentos debe cumplir con los requisitos de Medicare. Los medicamentos con precios negociados en virtud del Programa de negociación de precios de medicamentos de Medicare se incluirán en su Lista de medicamentos, a menos que se hayan eliminado y reemplazado como se describe en el Capítulo 5, Sección 6. Medicare aprobó la *Leon MediMore (HMO)* Lista de medicamentos.

La Lista de medicamentos también informa si existen reglas que restringen 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 www.leonhealth.com/planes-y-beneficios/beneficios-de-medicamentos-recetados/?lang=es o llame a Servicios para Miembros 1-844-964-5366 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

SECCIÓN 4 | Resumen de costos importantes para 2026

Prima mensual del plan* <small>*Su prima puede ser mayor que este monto. Para obtener más información, vaya a la Sección 4.1.</small>	\$0
Monto de desembolso máximo <small>Este es el <u>monto máximo</u> que pagará de desembolso por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Para obtener más información, consulte el Capítulo 4, Sección 1).</small>	\$3,450
Visitas al consultorio de atención primaria	\$0 de copago por visita
Visitas al consultorio del especialista	\$0 de copago por visita
Hospitalizaciones	Día(s) 1 – 5: \$50 copago por día Días 6 – 90: \$0 copago Días 91 en adelante: \$0 copago
Deducible de cobertura de medicamentos de la Parte D	

<p>Cobertura de medicamentos de la Parte D (Consulte el Capítulo 6 para obtener detalles, incluidos los deducibles anuales, la cobertura inicial y las etapas de cobertura en situación catastrófica).</p>	<p>Copago/coseguro durante la Etapa de cobertura inicial: Nivel 1 de medicamentos: \$0 por receta en una farmacia minorista para un suministro de 30 días. Nivel 2 de medicamentos: \$30 por receta en una farmacia minorista para un suministro de 30 días. Nivel 3 de medicamentos: \$40 por receta en una farmacia minorista para un suministro de 30 días. Usted paga \$35 de copago por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Nivel 4 de medicamentos: 33% del total de los costos en una farmacia minorista para un suministro de 30 días. Nivel 5 de medicamentos: \$0 por receta en una farmacia minorista para un suministro de 30 días. Etapa de cobertura en situación catastrófica: Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Es posible que tenga costos compartidos por los medicamentos que están cubiertos bajo nuestro beneficio mejorado.</p>
---	---

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

- La prima del plan (Sección 4.1)
- La prima mensual de la Parte B de Medicare (Sección 4.2)
- La multa por inscripción tardía en la Parte D (Sección 4.3)

- El monto de ajuste mensual relacionados con los ingresos (Sección 4.4)
- Monto del plan de pago de medicamentos con receta de Medicare (Sección 4.5)

Sección 4.1 | Prima del plan

Usted no paga una prima del plan mensual por separado a *Leon MediMore (HMO)*.

Las primas de la Parte B y la Parte D de Medicare difieren según los ingresos de las personas. Si tiene preguntas sobre estas primas, consulte la sección titulada *Costos de Medicare 2026* de su copia del manual *Medicare & You 2026* (Medicare y usted 2026). Descargue una copia del sitio web de Medicare (www.Medicare.gov/medicare-and-you) o solicite una copia impresa por teléfono al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 4.2 | Prima mensual de la Parte B de Medicare

A muchos miembros se les exige pagar otras primas de Medicare.

Leon Health, Inc. cubrirá **\$185** de su prima de la Parte B. Usted recibirá el monto del reembolso de la prima en su cheque mensual del Seguro Social. Este proceso generalmente tarda 90 días en entrar en vigor.

Debe seguir pagando las primas de Medicare para seguir siendo miembro de nuestro plan. Esto incluye su prima para la Parte B. También puede incluir una prima para la Parte A si no es elegible para la Parte A sin prima.

Sección 4.3 | Multa por inscripción tardía de la Parte D

Algunos miembros deben pagar una multa por inscripción **tardía en la Parte D**. La multa por inscripción tardía en la Parte D es una prima adicional que debe pagarse por la cobertura de la Parte D si, en cualquier momento después de que finalice su período de inscripción inicial, hay un período de 63 días consecutivos o más en el que usted no tenía la Parte D u otra cobertura de medicamentos acreditable. Cobertura de medicamentos con receta acreditable significa que la cobertura cumple con los estándares mínimos de Medicare dado que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos de Medicare. El costo de la multa por inscripción tardía depende de cuánto tiempo estuvo sin cobertura de la Parte D u otra cobertura acreditable de medicamentos con receta. Tendrá que pagar esta multa mientras tenga cobertura de la Parte D.

Cuando se inscriba por primera vez en *Leon MediMore (HMO)*, le haremos saber el monto de la multa.

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

- Usted recibe Ayuda Adicional de Medicare para ayudar a pagar los costos de sus

medicamentos.

- Ha pasado menos de 63 días seguidos sin cobertura acreditable.
- Usted tuvo cobertura de medicamentos acreditables mediante otra fuente (como un empleador anterior, un sindicato, TRICARE o la Administración de Salud de Veteranos [VA]). Su aseguradora o departamento de Recursos Humanos le informarán cada año si su cobertura de medicamentos es una cobertura acreditable. Puede recibir esta información en una carta o incluirse en un boletín informativo de ese plan. Conserve esta información, ya que es posible que la necesite si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.
 - **Nota:** Cualquier carta o aviso debe indicar que usted tenía una cobertura de medicamentos con receta acreditable que se espera que pague tanto como paga el plan de medicamentos estándar de Medicare.
 - **Nota:** Las tarjetas de descuento para medicamentos con receta, clínicas gratuitas y sitios web de descuentos no son coberturas acreditables para medicamentos con receta.

Medicare determina el monto de la multa por inscripción tardía en la Parte D. Aquí se lo explicamos:

- Si usted pasó 63 días o más sin la Parte D u otra cobertura de medicamentos con receta acreditables después de ser elegible por primera vez para inscribirse en la Parte D, nuestro plan contará la cantidad de meses completos que usted no tuvo cobertura. La multa es de 1% por cada mes que no tuvo cobertura válida. Por ejemplo, si pasa 14 meses sin cobertura, la penalización será del 14%.
- Luego, Medicare determina el monto de la prima mensual promedio para los planes de medicamentos de Medicare en el país del año anterior (prima de beneficiarios base nacional). Para 2026, este monto de prima promedio es de **\$38.99**.
- Para calcular su multa mensual, multiplique el porcentaje de la multa por la prima de beneficiarios base nacional y redondee a los 10 centavos más cercanos. En este ejemplo, sería 14 % multiplicado por **\$38.99**, lo que equivale a **\$5.46**. Esto se redondea en **\$5.50**. Este monto se agregaría a la prima mensual del plan para alguien con una multa por inscripción tardía en la Parte D.

Hay tres cosas importantes que debe conocer acerca de la multa mensual por inscripción tardía en la Parte D:

- **La multa puede cambiar cada año**, porque la prima de beneficiarios base nacional puede cambiar cada año.
- **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 es *menor* 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 de edad, su multa por inscripción tardía en la Parte D se basará únicamente en los meses en que no tenga cobertura después de su período de inscripción inicial para envejecer en Medicare.

Si no está de acuerdo con su multa por inscripción tardía en la Parte D, usted o su representante pueden solicitar una revisión. Por lo general, usted debe solicitar esta revisión **en el transcurso de 60 días** a partir de la fecha que figura en la primera carta que reciba que le indica que debe pagar una multa por inscripción tardía. Sin embargo, si usted pagaba una multa antes de unirse a nuestro plan, es posible que no tenga otra oportunidad de solicitar una revisión de dicha multa por inscripción tardía.

Sección 4.4 | Monto de ajuste mensual acorde al ingreso

Es posible que algunos miembros deban pagar un cargo adicional, conocido como el Monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos (IRMAA) de la Parte D. El cargo adicional se calcula utilizando su ingreso bruto ajustado modificado, según lo informado en su declaración anual de impuestos del IRS de hace 2 años. Si este monto está por encima de un monto determinado, pagará el monto de la prima estándar y el IRMAA adicional. Para obtener más información sobre el monto adicional que podría tener que pagar en función de sus ingresos, visite www.Medicare.gov/health-drug-plans/part-d/basics/costs.

Si tiene que pagar un IRMAA adicional, el Seguro Social y no su plan de Medicare, le enviará una carta en la que se le informará el monto de la suma adicional. El monto adicional se retendrá de su cheque de beneficios del Seguro Social, de la Junta de Retiro Ferroviario o de la Oficina de Administración de Personal, independientemente de cómo pague normalmente la prima del plan, a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir el monto adicional adeudado. Si su cheque de beneficio no es suficiente para cubrir el monto adicional, recibirá una factura de Medicare. **Debe pagar el IRMAA adicional al gobierno. No se puede pagar con la prima del plan mensual. Si no paga el IRMAA adicional, se cancelará su inscripción en nuestro plan y perderá la cobertura de medicamentos con receta.**

Si no está de acuerdo con pagar un IRMAA adicional, puede solicitar al Seguro Social que revise la decisión. Para obtener información sobre cómo hacerlo, comuníquese con el Seguro Social al 1-800-772-1213 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778).

Sección 4.5 | Monto del plan de pago de medicamentos con receta de Medicare

Si está participando en el Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare, cada mes pagará nuestra 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 pagar en la farmacia). Su factura mensual se basa en lo que debe por los medicamentos con receta que recibe, más el saldo del mes anterior, dividido por el número de meses restantes en el año.

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

SECCIÓN 5 | Más información sobre su prima del plan mensual

Sección 5.1 | Cómo pagar su multa por inscripción tardía en la Parte D

Hay 3 maneras en las que puede pagar la multa.

Opción 1: Pagar con cheque

Leon Health, Inc. le facturará mensualmente por la cantidad que adeuda. Puede pagar la cantidad que debe para el mes en curso o puede pagar por adelantado los meses futuros. Puede pagar en persona o enviar un cheque por correo a:

Leon Health, Inc.
c/o City National Bank of Florida
P.O. Box 527208
Miami, FL 33152-9832

Por favor, haga los cheques pagaderos a *Leon Health, Inc.* y envíe su pago antes de la fecha de vencimiento de su factura. No emita cheques a nombre de Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) ni al Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS, por sus siglas en inglés).

Opción 2: Usted puede pagar por débito automático

En lugar de pagar con cheque, puede autorizar que se retire la multa de inscripción tardía de la Parte D directamente de tu cuenta bancaria. Puedes configurar el retiro automático llamando a Servicios para Miembros.

Opción 3: Hacer que la multa por inscripción tardía de la Parte D se descuento de su cheque mensual del Seguro Social

Puede hacer que le debiten la multa por inscripción tardía de la Parte D de su cheque mensual del Seguro Social. Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros para obtener más información sobre cómo pagar su sanción de esta manera. Nos complacerá ayudarlo a establecer esta opción.

Cambiar la forma en que usted paga su penalidad por inscripción tardía en la Parte D

Si decide modificar la forma en la que paga su multa por inscripción tardía en la Parte D, su nuevo método de pago puede demorar hasta 3 meses en entrar en vigor. Mientras procesamos su nuevo método de pago, usted sigue siendo responsable de garantizar que la multa por inscripción tardía de cobertura de la Parte D se pague en tiempo y forma. Para cambiar el método de pago, llame al Servicio para Miembros al 1-844-964-5366 TTY 711.

Si tiene problemas para pagar la multa por inscripción tardía en la Parte D

Debemos recibir su pago de la multa por solicitud tardía de cobertura de la Parte D en nuestra oficina a más tardar el día 1 de cada mes.

Si tiene problemas para pagar la multa por inscripción tardía en la Parte D en tiempo y forma, comuníquese con el Servicio para Miembros al 1-844-964-5366 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para ver si podemos indicarle programas que lo ayuden con la multa.

Sección 5.2 | Nuestra prima del plan mensual no cambiará durante el año

No se nos permite cambiar el monto de la prima mensual de nuestro plan durante el año. Si la prima del plan mensual cambia para el próximo año, se lo comunicaremos 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 la adeuda, o que necesite comenzar a pagar una multa por inscripción tardía. Esto podría suceder si cumple con los requisitos para el programa de Ayuda Adicional o si pierde su elegibilidad para el programa de Ayuda Adicional durante el año.

- Si actualmente paga una multa por inscripción tardía en la Parte D y es elegible para Ayuda Adicional durante el año, podrá dejar de pagar su multa.
- Si pierde la Ayuda adicional, puede estar sujeto a la multa por inscripción tardía en la Parte D si se queda sin cobertura de la Parte D u otra cobertura acreditable de medicamentos con receta durante 63 días consecutivos o más.

Obtenga más información sobre el programa Ayuda Adicional en el Capítulo 2, Sección 7.

SECCIÓN 6 | Mantenga actualizado su registro de membresía de nuestro plan

El registro de membresía tiene información procedente de su formulario de inscripción, incluida su dirección y número de teléfono. Muestra la cobertura específica, incluido su proveedor de atención primaria.

Los médicos, los hospitales, los farmacéuticos y otros proveedores de servicios médicos de la red de nuestro plan **utilizan su registro de membresía para saber qué servicios y medicamentos tienen cobertura y los montos de sus costos compartidos**. Por este motivo, es muy importante que nos ayude a mantener su información actualizada.

Si tiene alguno de estos cambios, háganoslo saber:

- Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono
- Cambios de cualquier otra cobertura de gastos médicos que tenga (por ejemplo, de su empleador, el empleador de su cónyuge o pareja de hecho, indemnización del trabajador o Medicaid)
- Cualquier reclamación de responsabilidad como, por ejemplo, reclamaciones de un accidente automovilístico
- Si fue ingresado en un asilo
- Si recibe atención en un hospital o sala de emergencias fuera del área o fuera de la red
- Si cambia su parte responsable designada (por ejemplo, un cuidador)
- Si participa en un estudio de investigación clínica (**Nota:** no está obligado a informar a nuestro plan sobre los estudios de investigación clínica en los que pretende participar, pero le animamos a que lo haga).

Si alguna parte de esta información cambia, infórmenos llamando a Servicios para Miembros al 1-844-964-5366 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

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

SECCIÓN 7 | Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

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

Una vez por año, le enviaremos una carta que incluye cualquier otro tipo de cobertura médica o de medicamentos de la que tengamos conocimiento. Lea esta información detalladamente. Si es correcta, no debe hacer nada. Si la información no es correcta, o si tiene otra cobertura que no figura en la lista, llame a Servicios para Miembros al 1-844-964-5366 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Es posible que deba proporcionar su número de ID de miembro de nuestro plan a sus otras aseguradoras (una vez que confirme su identidad) para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

Cuando usted tiene otro seguro (como cobertura de salud grupal del empleador), las reglas de Medicare deciden si nuestro plan, o su otro seguro, paga primero. El seguro que paga primero (el “pagador principal”) paga hasta los límites de su cobertura. El seguro que paga en segundo lugar (el “pagador secundario”), solo paga si quedan costos sin cubrir por la cobertura principal. Es posible que el pagador secundario no pague todos los costos sin cobertura. Si tiene otro seguro, informe a su médico, hospital y farmacia.

Estas reglas se aplican a la cobertura del plan de salud del empleador o del grupo sindical:

- Si tiene cobertura para 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, quién paga primero depende de su edad, el número de personas empleadas por su empleador y si tiene Medicare en función de su edad, discapacidad o enfermedad renal terminal (ESRD):
 - Si tiene menos de 65 años y está discapacitado, y usted (o un miembro de su familia) aún están trabajando, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 100 o más empleados o al menos un empleador en un plan de múltiples empleadores que tiene más de 100 empleados.
 - Si tiene más de 65 años y usted (o su cónyuge o pareja de hecho) siguen trabajando, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 20 empleados o más o al menos un empleador en un plan de múltiples empleadores que tiene más de 20 empleados.
- Si tiene Medicare debido a ERT, su plan de salud grupal pagará primero durante los primeros 30 meses después de que sea elegible para Medicare.

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

- Seguro sin culpa (incluido el seguro de automóvil)
- Responsabilidad (incluido el seguro de automóvil)
- Beneficios para los pulmones negros
- Compensación de los trabajadores

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

CAPÍTULO 2

**NÚMEROS DE TELÉFONO Y
RECURSOS**

SECCIÓN 1 | *Leon MediMore (HMO)* contactos

Para obtener ayuda con preguntas sobre reclamaciones, facturación o tarjetas de miembros, llame o escriba a *Leon MediMore (HMO)* Servicios para Miembros al 1-844-964-5366 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Con gusto le ayudaremos.

Servicios para los miembros – información de contacto

LLAME AL	1-844-9-MY-LEON (1-844-969-5366) – las llamadas a este número son gratuitas 305-541-LEON (305-541-5366) – llamadas locales 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes de, del 1 de abril al 30 de septiembre Servicios para Miembros también cuenta con servicios gratuitos de interpretación de idiomas para personas que no hablan inglés.
LOS USUARIOS DE TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es el mismo que se menciona arriba.
FAX	(305) 718-2860
DIRECCIÓN POSTAL	<i>Leon Health, Inc.</i> Atención: Departamento de Servicios para Miembros P.O. Box 668230 Miami, FL 33166
SITIO WEB	www.leonhealth.com

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

Una decisión de cobertura es una determinación que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre el monto que pagaremos por sus servicios médicos o medicamentos de la Parte D. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura sobre su atención médica o sus medicamentos de la Parte D, consulte el Capítulo 9.

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

Decisiones de cobertura y apelaciones para atención médica o medicamentos con receta de la Parte D – información de contacto

LLAME AL	1-844-9-MY-LEON (1-844-969-5366) – las llamadas a este número son gratuitas 305-541-LEON (305-541-5366) – llamadas locales 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes de, del 1 de abril al 30 de septiembre Servicios para Miembros también cuenta con servicios gratuitos de interpretación de idiomas para personas que no hablan inglés.
LOS USUARIOS DE TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es el mismo que se menciona arriba.
FAX	(305) 718-2860
DIRECCIÓN POSTAL	<i>Leon Health, Inc.</i> Atención: Departamento de Servicios para Miembros P.O. Box 668230 Miami, FL 33166
SITIO WEB	www.leonhealth.com

Cómo presentar una queja sobre su atención médica o medicamentos de la parte D

Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre una de nuestras farmacias o proveedores de servicios médicos de la red, incluidas quejas sobre la calidad de su atención. Este tipo de queja no implica controversias de cobertura o pago. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre su atención médica, consulte el Capítulo 9.

Quejas sobre la atención médica o medicamentos de la Parte D – información de contacto

LLAME AL	1-844-9-MY-LEON (1-844-969-5366) – las llamadas a este número son gratuitas 305-541-LEON (305-541-5366) – llamadas locales 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes de, del 1 de abril al 30 de septiembre Servicios para Miembros también cuenta con servicios gratuitos de interpretación de idiomas para personas que no hablan inglés.
LOS USUARIOS DE TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es el mismo que se menciona arriba.

Quejas sobre la atención médica o medicamentos de la Parte D – información de contacto

FAX	(305) 718-2860
DIRECCIÓN POSTAL	<i>Leon Health, Inc.</i> Atención: Departamento de Servicios para Miembros P.O. Box 668230 Miami, FL 33166
SITIO WEB	www.leonhealth.com
SITIO WEB DE MEDICARE	Para presentar una queja sobre <i>Leon MediMore (HMO)</i> directamente ante Medicare, visite www.Medicare.gov/my/medicare-complaint .

Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de la atención médica o de un medicamento que recibió

Si recibió una factura o pagó por servicios (como una factura de proveedor) que cree que deberíamos pagar, es posible que deba solicitarnos un reembolso o pagar la factura de proveedor. Vaya al Capítulo 7 para obtener más información.

Si envía una solicitud de pago y rechazamos cualquier parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Vaya al Capítulo 9 para obtener más información.

Solicitudes de pago – información de contacto

LLAME AL	1-844-9-MY-LEON (1-844-969-5366) – las llamadas a este número son gratuitas 305-541-LEON (305-541-5366) – llamadas locales 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes de, del 1 de abril al 30 de septiembre Servicios para Miembros también cuenta con servicios gratuitos de interpretación de idiomas para personas que no hablan inglés.
LOS USUARIOS DE TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es el mismo que se menciona arriba.
FAX	(305) 718-2860
DIRECCIÓN POSTAL	<i>Leon Health, Inc.</i> Atención: Departamento de Servicios para Miembros P.O. Box 668230 Miami, FL 33166
SITIO WEB	www.leonhealth.com

SECCIÓN 2 | Cómo obtener ayuda de Medicare

Medicare es el programa federal de seguro médico para personas mayores de 65 años, algunas personas menores de 65 años con discapacidades y personas con enfermedad renal en etapa terminal (insuficiencia renal permanente que requieren diálisis o trasplante renal).

La agencia federal a cargo de Medicare es el centro de servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Esta agencia contrata a organizaciones de Medicare Advantage, incluido nuestro plan.

Medicare – información de contacto

LLAME AL	1 800 MEDICARE o 1 800 633 4227 Las llamadas a este número son gratuitas. Durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
LOS USUARIOS DE 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.
CHATEE EN VIVO	Chatee en vivo en www.Medicare.gov/talk-to-someone .
DIRECCIÓN POSTAL	Escriba a Medicare a PO Box 1270, Lawrence, KS 66044

Medicare – información de contacto

SITIO WEB	<p>www.medicare.gov</p> <ul style="list-style-type: none">• Obtenga información sobre los planes de salud y medicamentos de Medicare en su área, incluidos los costos y los servicios que brindan.• Encuentre médicos participantes de Medicare u otros proveedores de atención médica.• Averigüe qué cubre Medicare, incluidos los servicios preventivos (como exámenes de detección, vacunas y visitas anuales de “bienestar”).• Obtenga información y formularios de apelaciones de Medicare.• Obtenga información sobre la calidad de la atención proporcionada por planes, hogares para adultos mayores, hospitales, médicos, agencias de atención médica a domicilio, centros de diálisis, centros de cuidados paliativos, centros de rehabilitación para pacientes hospitalizados y hospitales de atención a largo plazo.• Busque sitios web y números de teléfono útiles. <p>También puede visitar www.Medicare.gov para informar a Medicare sobre cualquier queja que tenga sobre <i>Leon MediMore (HMO)</i>.</p> <p>Para presentar una queja ante Medicare, visite www.Medicare.gov/my/medicare-complaint. Medicare toma en serio sus quejas y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa Medicare.</p>
------------------	---

SECCIÓN 3 | Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP)

El Programa Estatal de Asistencia sobre 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 Florida, el SHIP se llama Florida SHINE (Serving Health Insurance Needs of Elders).

Florida SHINE (Serving Health Insurance Needs of Elders) es un programa estatal independiente (no vinculado a ninguna compañía de seguros ni plan de salud) que recibe dinero del gobierno federal para brindar asesoramiento local gratuito sobre seguros de salud a las personas con Medicare.

Los asesores de Florida SHINE (Serving Health Insurance Needs of Elders) pueden ayudarle a comprender sus derechos de Medicare, ayudarle a presentar quejas sobre su atención médica o tratamiento, y ayudarle a resolver problemas con sus facturas de Medicare. Los asesores de Florida SHINE (Serving Health Insurance Needs of Elders) también pueden

ayudarle con preguntas o problemas de Medicare y ayudarle a comprender sus opciones de planes de Medicare y responder preguntas sobre el cambio de planes.

Atención de Necesidades de Seguros Médicos para Personas Mayores (SHINE) (SHIP de Florida) – Información de contacto

LLAME AL	1-800-96-ELDER (1-800-963-5337) de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. ET
LOS USUARIOS DE TTY	1-800-955-8770 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
DIRECCIÓN POSTAL	<i>SHINE Program, Department of Elder Affairs</i> 4040 Esplanade Way, Suite 270 Tallahassee, FL 32399-7000 information@elderaffairs.org
SITIO WEB	www.floridashine.org

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

Una Organización para la Mejora de la Calidad (QIO) designada presta servicios a personas con Medicare en cada estado. Para Florida, la Organización de Mejora de la Calidad se llama Acentra Health.

Acentra Health tiene un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica a los que Medicare les paga para controlar y ayudar a mejorar la calidad de la atención para las personas con Medicare. Acentra Health es una organización independiente. No está relacionada con nuestro plan.

Comuníquese con Acentra Health en cualquiera de estas situaciones:

- Tiene una queja sobre la calidad de la atención que recibió. Algunos ejemplos de inquietudes sobre la calidad de la atención incluyen obtener el medicamento equivocado, pruebas o procedimientos innecesarios o un diagnóstico erróneo.
- Cree que la cobertura de su hospitalización finaliza demasiado pronto.
- Usted cree que la cobertura para su atención de salud en el hogar, cuidado en una instalación de enfermería especializada o servicios de un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) está terminando demasiado pronto.

Acentra Health (Organización para la mejora de la calidad de Florida) – Información de contacto

LLAME AL	1-888-317-0751 Días laborales de 9:00 a.m. a 5:00 p.m. Fines de semana y festivos de 10:00 a.m. a 4:00 p.m.
LOS USUARIOS DE TTY	711
DIRECCIÓN POSTAL	5201 West Kennedy Blvd. Suite 900 Tampa, FL 33609
SITIO WEB	acentraqio.com/bene/statelpages/florida

SECCIÓN 5 | Seguro Social

El Seguro Social determina la elegibilidad para Medicare y maneja la inscripción en Medicare. El Seguro Social también es responsable de determinar quiénes deben pagar un monto adicional para la cobertura de medicamentos de la Parte D por tener ingresos superiores. Si recibió una carta del Seguro Social en la que se le informa que tiene que pagar un monto adicional y tiene preguntas sobre el monto o si sus ingresos disminuyeron debido a un suceso importante de la vida, puede llamar al Seguro Social para solicitar una reconsideración.

Si se muda o cambia de dirección postal, comuníquese con el Seguro Social para informárselo.

Seguro Social – Información de contacto

LLAME AL	1-800-772-1213 Las llamadas a estos números son gratuitas. Disponible de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m. Use los servicios telefónicos automatizados del Seguro Social para obtener información grabada y efectuar algunos trámites durante las 24 horas.
LOS USUARIOS DE TTY	1-800-325-0778 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a estos números son gratuitas. Disponible de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m.
SITIO WEB	www.ssa.gov

SECCIÓN 6 | Medicaid

Medicaid es un programa conjunto del gobierno federal y estatal que brinda ayuda con los gastos médicos a personas con ingresos y recursos limitados. Algunas personas que tienen Medicare también son elegibles para Medicaid. Medicaid ofrece programas que ayudan a las personas que tienen Medicare a pagar los gastos de dicho programa, como por ejemplo, sus primas de Medicare. Estos programas de ahorros de Medicare incluyen los siguientes:

- **Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare y otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos). (Algunas personas con QMB también son elegibles para recibir todos los beneficios de Medicaid [QMB+]).
- **Beneficiario Especificado de Bajos Ingresos de Medicare (Specified Low-Income Medicare Beneficiary, SLMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunas personas con SLMB también son elegibles para recibir todos los beneficios de Medicaid [SLMB+]).
- **Persona calificada (Qualifying Individual, QI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Personas discapacitadas y trabajadoras calificadas (QDWI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Para obtener más información sobre Medicaid y sus programas de ahorros, comuníquese con Florida Agency for Health Care Administration (AHCA).

Agencia de Administración de Atención Médica de Florida –Información de contacto

LLAME AL	1-888-419-3456 De lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m. ET
LOS USUARIOS DE TTY	1-800-955-8771 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
DIRECCIÓN POSTAL	<i>Agency for Health Care Administration</i> 2727 Mahan Drive Tallahassee, FL 32308
SITIO WEB	www.ahca.myflorida.com

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

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

Ayuda adicional de Medicare

Medicare y el Seguro Social tienen un programa llamado Ayuda Adicional que puede ayudar a pagar los costos de los medicamentos para las personas con ingresos y recursos limitados. Si cumple con los requisitos, obtendrá ayuda para pagar la prima mensual de su plan cobertura de medicamentos de Medicare, el deducible anual y los copagos de los medicamentos. Esta Ayuda Adicional también se tiene en cuenta en sus costos de desembolso.

Si cumple automáticamente con los requisitos para recibir Ayuda Adicional, Medicare le enviará una carta por correo para informárselo. Si no califica automáticamente, puede presentar su solicitud en cualquier momento. Para comprobar si cumple con los requisitos para obtener Ayuda Adicional:

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

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

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

- Puede comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros para solicitar asistencia en la obtención de la mejor evidencia disponible y para proporcionar esta evidencia. *Leon Health, Inc.* acepta cualquiera de las siguientes formas de evidencia para establecer el estado de subsidio de un miembro con doble elegibilidad de beneficios completos, cuando la proporciona el miembro o el farmacéutico, defensor, representante, familiar u otra persona que actúe en nombre del miembro.
 - Copia de la tarjeta de Medicaid del miembro en que se incluye el nombre y la fecha de elegibilidad del miembro.
 - Copia del documento estatal que confirma que Medicaid está activo.
 - Hoja impresa del archivo de inscripción electrónica del Estado en que se muestra el estatus de Medicaid.
 - Captura de pantalla impresa de los sistemas de Medicaid del Estado en que se muestra el estatus de Medicaid.
 - Demás documentos proporcionados por el Estado en que se muestra el estatus de Medicaid.
 - Carta de la Administración del Seguro Social (por sus siglas en inglés “SSA”) en que se muestra que la persona recibe el SSI (Seguridad de Ingreso

Suplementario) o la solicitud (“aplicación”) por la persona que se presume que es elegible

- Cuando obtengamos la evidencia que muestre el nivel de copago correcto, actualizaremos nuestro sistema para que pueda pagar el monto correcto cuando obtenga su próxima receta. Si paga de más su copago, le devolveremos el dinero, ya sea mediante cheque o un crédito de copago futuro. Si la farmacia no le cobró el copago y lo tiene registrado como una deuda, es posible que efectuemos el pago directamente a la farmacia. Si el estado pagó en su nombre, es posible que le paguemos directamente al estado. Llame a Servicios para Miembros al 1-844-964-5366 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) si tienen preguntas.

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

El Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP) ayuda a las personas que viven con VIH/SIDA a que tengan acceso a medicamentos para el VIH que salvan vidas. Los medicamentos de la Parte D de Medicare que también están en la lista de medicamentos califican para la ayuda de participación en los costos de medicamentos con receta mediante el Florida Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP).

Nota: Para ser elegible para el programa ADAP de su estado, las personas deben cumplir con ciertos criterios, incluida la prueba de residencia en el estado y el estado de VIH, bajos ingresos (según lo definido por el estado) y condición de no asegurado/asegurado insuficiente. Si cambia de plan, notifique a su trabajador de inscripción local del ADAP para que pueda continuar recibiendo ayuda. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame Florida Department of Health ADAP al 1-844-381-2327, TTY 711.

Florida Department of Health ADAP – Información de contacto

LLAME AL	1-844-381-2327 De lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 9:00 p.m., hora Local.
LOS USUARIOS DE TTY	711
DIRECCIÓN POSTAL	4052 Bald Cypress Way Tallahassee, FL 32399 DiseaseControl@flhealth.gov
SITIO WEB	floridahealth.gov/diseases-and-conditions/aids/adap

Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare

El plan de pago de medicamentos con receta de Medicare es una opción de pago que funciona con su cobertura actual de medicamentos para ayudarlo a administrar sus costos de desembolso por los medicamentos cubiertos por nuestro plan distribuyéndolos a lo largo del año calendario (enero a diciembre). Cualquier persona con un plan de medicamentos de Medicare o un plan de salud de Medicare con cobertura de medicamentos (como un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos) puede usar esta opción de pago.

Esta opción de pago podría ayudarle a administrar sus gastos, pero no le hace ahorrar dinero ni reduce los costos de sus medicamentos. Si está participando en el plan de pago de medicamentos recetados de Medicare y permanece en el mismo plan de la Parte D, su participación se renovará automáticamente para 2026. Para obtener más información sobre esta opción de pago, llame a Servicio para Miembros al 1-844-964-5366 TTY 711 o visite www.Medicare.gov..

Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare – Información de contacto

LLAME AL	1-844-9-MY-LEON (1-844-969-5366) – las llamadas a este número son gratuitas 305-541-LEON (305-541-5366) – llamadas locales 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes de, del 1 de abril al 30 de septiembre Servicios para Miembros también cuenta con servicios gratuitos de interpretación de idiomas para personas que no hablan inglés.
LOS USUARIOS DE TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es el mismo que se menciona arriba.
FAX	(305) 718-2860
DIRECCIÓN POSTAL	<i>Leon Health, Inc.</i> Atención: Departamento de Servicios para Miembros P.O. Box 668230 Miami, FL 33166
SITIO WEB	www.leonhealth.com

SECCIÓN 8 | Junta de Retiro Ferroviario (RRB)

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

Junta de jubilación para ferroviarios – Información de contacto	
LLAME AL	<p>1-877-772-5772</p> <p>Las llamadas a estos números son gratuitas.</p> <p>Pulse “0” para hablar con un representante de RRB de 9:00 a.m. a 3:30 p.m., lunes, martes, jueves y viernes, y de 9:00 a.m. a 12:00 p.m. los miércoles.</p> <p>Pulse “1”, puede acceder a la línea de ayuda automatizada de RRB y a la información registrada las 24 horas, incluidos los fines de semana y los días festivos.</p>
LOS USUARIOS DE TTY	<p>1-312-751-4701</p> <p>Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.</p> <p>Las llamadas a este número no son gratuitas.</p>
SITIO WEB	rrb.gov/

SECCIÓN 9 | Si tiene un seguro grupal u otro seguro médico que le ofrece un empleador

Si usted (o su cónyuge o pareja de hecho) recibe beneficios de su empleador (o el empleador de su cónyuge o pareja de hecho) o grupo de jubilados como parte de este plan, llame al administrador de beneficios de su empleador/sindicato, o al Servicio para Miembros al 1-844-964-5366 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) si tiene alguna pregunta. Puede preguntar acerca de sus beneficios médicos (o los de su cónyuge o pareja de hecho), las primas o el período de inscripción de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge o pareja de hecho). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) si tiene preguntas relacionadas con su cobertura de Medicare conforme a este plan. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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

CAPÍTULO 3

CÓMO UTILIZAR NUESTRO PLAN
PARA OBTENER SERVICIOS
MÉDICOS

SECCIÓN 1 | Cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan

En este capítulo, se explica lo que necesita saber sobre el uso de nuestro plan para obtener cobertura de atención médica. Para obtener información sobre qué tipo de atención médica cubre nuestro plan y cuánto debe pagar cuando recibe atención, consulte el cuadro de beneficios médicos del Capítulo 4.

Sección 1.1 | Proveedores de servicios médicos de la red y servicios con cobertura

- Los **proveedores de servicios médicos** son los médicos y otros profesionales de la salud autorizados por el estado para prestar servicios y atención médica. El término “proveedores de servicios médicos” también abarca hospitales y otros centros de salud.
- Los **proveedores de servicios médicos de la red** son los médicos y otros profesionales de la salud, grupos de médicos, hospitales y otros centros de salud que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestros pagos y su monto de costos compartidos como pago total. Acordamos que estos proveedores de servicios médicos presten los servicios con cobertura a nuestros miembros. Los proveedores de servicios médicos de nuestra red nos facturan directamente por la atención que le prestan a usted. Al consultar a un proveedor de servicios médicos de la red, solo paga la parte que le corresponde del costo de los servicios cubiertos.
- Los **servicios con cobertura** incluyen toda la atención médica, los servicios de atención médica, los suministros, los equipos y los medicamentos con receta con cobertura de nuestro plan. Los servicios con cobertura de atención médica se incluyen en el Cuadro de beneficios médicos del Capítulo 4. Sus servicios con cobertura de medicamentos con receta se analizan en el Capítulo 5.

Sección 1.2 | Reglas básicas para recibir la atención médica cubierta por nuestro plan

Como cobertura médica de Medicare, *Leon MediMore (HMO)* debe cubrir todos los servicios incluidos en Original Medicare y seguir sus mismas reglas de cobertura.

Leon MediMore (HMO) cubrirá, por lo general, su atención médica siempre y cuando:

- **La atención que recibe está incluida en la** Tabla de beneficios médicos de nuestro plan en el Capítulo 4.
- **La atención que reciba se considera médicaamente 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 que estos cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.

- **Tiene un proveedor de atención primaria (PCP) de la red que le brinda atención y la supervisa.** Como miembro de nuestro plan, debe elegir un PCP de la red (para obtener más información, consulte la Sección 2.1).
 - En la mayoría de las situaciones, el PCP de la red debe brindarle su aprobación por anticipado (un referido) antes de que usted pueda utilizar otros proveedores de servicios médicos de la red de nuestro plan, como especialistas, hospitales, centros de enfermería especializada o agencias de atención médica a domicilio. Para obtener más información, consulte la Sección 2.3.
 - No necesita referencias de su PCP para atención médica de emergencia o servicios de urgencia. Para obtener información sobre otros tipos de atención que puede recibir sin obtener la aprobación por adelantado 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 recibe de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no forma parte de la red de nuestro plan) no estará cubierta. Usted tiene que pagarle al proveedor la totalidad de los servicios que recibe. Estas son 3 excepciones:
 - Nuestro plan cubre la atención médica de emergencia o los servicios de urgencia que reciba de un proveedor de servicios médicos fuera de la red. Para obtener más información y ver qué significa servicios de urgencia y de emergencia, consulte la Sección 3.
 - Si necesita atención médica que Medicare requiere que cubra nuestro plan, pero no hay especialistas en nuestra red que proporcionen esta atención, puede obtener esta atención de un proveedor fuera de la red al mismo costo compartido que usted normalmente paga dentro de la red. Se requiere autorización antes de obtener estos servicios. Debe obtener una autorización previa de nuestro plan antes de recibir servicios fuera de la red. En esta situación, usted paga el mismo monto que pagaría si recibiera la atención de un proveedor de servicios médicos de la red. Para obtener información acerca de cómo obtener una aprobación para consultar a un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.4.
 - Nuestro plan cubre servicios de diálisis renal recibidos en un centro de diálisis con certificación de Medicare cuando usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o cuando el proveedor de este servicio no está disponible o es inaccesible temporalmente. El costo compartido que usted paga a nuestro plan por diálisis nunca puede ser superior al costo compartido en Original Medicare. Si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan y obtiene la diálisis de un proveedor que se encuentra fuera de la red de nuestro plan, su costo compartido no puede ser superior al costo compartido que paga dentro de la red. Sin embargo, si su proveedor habitual dentro de la red para diálisis no está disponible temporalmente y usted elige obtener servicios dentro del área de servicio de un proveedor fuera de la red de nuestro plan, el costo compartido para la diálisis puede ser mayor.

SECCIÓN 2 | Consulte a proveedores de la red de nuestro plan para obtener atención médica

Sección 2.1 | Debe elegir un proveedor de atención primaria (PCP) para que proporcione y supervise la atención

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

Cuando se hace miembro de nuestro Plan, tiene que elegir a un proveedor del plan para que sea su PCP o médico primario. Su PCP es el médico cuya especialidad principal es la Medicina Familiar, Medicina Interna o Medicina General, cumple con los requisitos del Estado y tiene la preparación para brindarle la atención médica básica.

Normalmente, su PCP es el médico de Medicina Familiar, Medicina Interna, Geriatría o Medicina General.

Su PCP le brindará la mayor parte de su cuidado y lo ayudará a tramitar o coordinar los demás servicios cubiertos que usted recibe al ser miembro de nuestro plan. Puesto que su PCP prestará y coordinará su atención médica, debe pedir que se envíe toda su documentación médica anterior al consultorio de su PCP. En el Capítulo 8, Sección 1.3 se le informa de cómo protegeremos la privacidad de su documentación médica e información personal sobre su estado de salud.

Usted recibirá su atención rutinaria o básica de su PCP. Su PCP también “coordinará” los demás servicios cubiertos que usted recibe al ser miembro de nuestro Plan, inclusive, entre otras cosas, sus radiografías, análisis de laboratorio, terapias, atención de médicos especialistas, ingresos en hospitales y atención de seguimiento. Por ejemplo, para que usted pueda ver al especialista, tiene que obtener primeramente la aprobación de su PCP (a esto se le dice conseguir el “referido” para ir al especialista).

En “coordinar” sus servicios se incluye indagar o consultar con otros proveedores del plan acerca de su atención y del desenvolvimiento de la misma. Si usted necesita ciertos tipos de servicios o suministros cubiertos, tiene que conseguir la aprobación por anticipado de su PCP (como para darle a usted el referido a fin de que se vea con el especialista). En algunos casos, su PCP tendrá que conseguir que el plan de la autorización previa (aprobación previa).

¿Cómo elige al PCP?

Puede escoger de entre los que están en el Directorio de proveedores y farmacias y llamar al Departamento de Servicios a Miembros para comunicarle a quién escogió. El directorio se actualiza constantemente, por lo que se le ruega que se comunique con el Departamento de Servicios a Miembros para asegurarse de que el proveedor acepta pacientes nuevos. El Departamento de Servicios a Miembros está a su disposición para ayudarlo a escoger y encontrar al médico que satisface sus necesidades. El Departamento de Servicios a Miembros también puede ayudarlo a comprobar si el proveedor está en nuestra red de médicos. Si no escoge al PCP cuando se inscribe, le escogeremos uno a usted. Comenzará con su PCP el día primero del mes que le sigue al mes en que se hizo la petición. También puede cambiar de PCP en cualquier momento (como se explica más adelante en esta sección). Toda su atención

se coordinará mediante su PCP. Puede consultar su tarjeta de miembro para ver cómo comunicarse con su PCP.

Cómo cambiar de PCP

Usted puede cambiar de PCP por cualquier motivo y en cualquier momento. Además, también existe la posibilidad de que el PCP deje de estar en la red de proveedores del plan, en cuyo caso usted deberá elegir a un PCP nuevo. Para cambiar de PCP, llame al Departamento de Servicios a Miembros (los números de teléfono se encuentran impresos en la contraportada de este libro).

Cuando llame, asegúrese de decirle al Departamento de Servicios a Miembros si se ve con especialistas o recibe otros servicios cubiertos que necesitaban la aprobación de su PCP (como los servicios médicos domiciliarios o equipos médicos duraderos). El Departamento de Servicios a Miembros ayudará a garantizar que usted continúe con la atención del (de los) especialista(s) y demás servicios que ha recibido una vez que cambiar de PCP. También consultarán para asegurarse de que el PCP para el que usted se quiere cambiar acepta pacientes nuevos. El Departamento de Servicios a Miembros hará el cambio en su expediente de miembro para que se muestre el nombre de su PCP nuevo. El cambio entrará en vigor el primer día del mes que sigue al mes de la petición.

Sección 2.2 | Atención médica que puede recibir sin un referido del PCP

Puede recibir los servicios mencionados a continuación sin obtener la aprobación anticipada de su médico de atención primaria (PCP).

- Atención médica de rutina para mujeres, que incluye exámenes de mamas, mamografías (radiografías de las mamas), examen de Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre y cuando sean prestados por un proveedor de servicios médicos de la red.
- Vacunas contra la gripe, la COVID-19, la hepatitis B y la neumonía, siempre y cuando las administre un proveedor de servicios médicos de la red.
- Servicios de emergencia por parte de proveedores de servicios médicos de la red o fuera de la red.
- Los servicios de urgencia cubiertos por el plan son servicios que requieren atención médica inmediata (pero que no es una emergencia) si usted está temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan, o si resulta poco razonable dadas sus circunstancias de tiempo y lugar obtener este servicio de los proveedores de la red. Ejemplos de servicios urgentemente necesarios son enfermedades médicas imprevistas y lesiones, o brotes inesperados de afecciones existentes. Las visitas rutinarias al proveedor que sean médicalemente necesarias, como los chequeos anuales, no se consideran urgentemente necesarias, incluso si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o la red de nuestro plan está temporalmente no disponible.
- Servicios de diálisis renal recibidos en un centro de diálisis certificado por Medicare si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan. Si es posible, llame al Servicio para Miembros al 1-844-964-5366 (Los usuarios de TTY deben

llamar al 711) antes de abandonar el área de servicio para que podamos coordinar su tratamiento de diálisis de mantenimiento mientras se encuentre fuera del área.

- Servicios quiroprácticos cubiertos por Medicare de un proveedor de la red.
- Servicios de podología, siempre que los reciba de un proveedor de la red.
- Servicios de medición de la masa ósea siempre que los reciba de un proveedor de la red.

Sección 2.3 | Cómo recibir la atención de especialistas y otros proveedores de la red

El especialista es un médico que presta servicios de atención médica en relación con una enfermedad o una parte del cuerpo específica. Existen muchas clases de especialistas. Por ejemplo:

- Los oncólogos tratan a pacientes que padecen cáncer.
- Los cardiólogos tratan a pacientes que padecen afecciones cardíacas.
- Los ortopedistas tratan a pacientes que padecen determinadas afecciones óseas, articulares o musculares.

Cuando su médico de atención primaria (PCP) considere que usted necesita un tratamiento especializado, le dará una referencia (aprobación previa) para consultar a un especialista del plan o a ciertos otros proveedores. Para algunos tipos de referencias, su PCP puede necesitar obtener aprobación previa del plan (esto se denomina obtener una “autorización previa”).

Es muy importante obtener una referencia (aprobación previa) de su PCP antes de ver a un especialista del plan o a ciertos otros proveedores (existen algunas excepciones, como la atención médica rutinaria para mujeres, tal como se explicó en la sección anterior). Si no tiene una referencia (aprobación previa) antes de recibir servicios de un especialista, es posible que tenga que pagar esos servicios por su cuenta. Si el especialista desea que regrese para recibir más atención, verifique primero que la referencia (aprobación previa) que obtuvo de su PCP para la primera visita cubra las visitas adicionales al especialista.

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

Es posible que hagamos cambios en relación con los hospitales, los médicos y los especialistas (proveedores de servicios médicos) que forman parte de la red de nuestro plan durante el año. Si su médico o especialista abandona nuestro plan, tiene estos derechos y protecciones:

- Si bien nuestra red de proveedores de servicios médicos puede cambiar durante el año, Medicare exige que usted tenga acceso ilimitado a médicos y especialistas calificados.
- Le notificaremos que su proveedor de servicios médicos abandona nuestro plan para que tenga tiempo para elegir uno nuevo.
 - Si su proveedor de atención primaria o de salud conductual abandona nuestro plan, le notificaremos si visitó a ese proveedor en los últimos 3 años.

- Si alguno de sus otros proveedores de servicios médicos abandona nuestro plan, le notificaremos si tiene asignado a ese proveedor, recibe actualmente atención de él o lo visitó en los últimos 3 meses.
- Le ayudaremos a elegir un nuevo proveedor calificado dentro de la red para la atención continua.
- Si está recibiendo un tratamiento médico o terapias con su proveedor de servicios médicos actual, tiene derecho a solicitar la continuidad del tratamiento o las terapias médicamente necesarias que está recibiendo. Trabajaremos con usted para que pueda continuar recibiendo atención.
- Le proporcionaremos información sobre los períodos de inscripción disponibles y las opciones que pueda tener para cambiar de plan.
- Haremos los arreglos para cualquier beneficio con cobertura médica necesaria fuera de nuestra red de proveedores de servicios médicos al costo compartido dentro de la red cuando un proveedor o beneficio dentro de la red no esté disponible o no sea adecuado para satisfacer sus necesidades médicas. Es posible que se requiera autorización previa.
- Si sabe que su médico o especialista está por abandonar nuestro plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarle a elegir un nuevo proveedor de servicios médicos para que administre su atención médica.
- Si cree que no hemos puesto a su disposición un proveedor de servicios médicos calificado para reemplazar el anterior o que su atención no se administra de forma adecuada, tiene derecho a presentar una queja sobre la calidad de la atención ante la Organización de Mejora de la Calidad (QIO), una queja formal sobre calidad de la atención ante el plan o ambas (consulte el Capítulo 9).

Sección 2.4 | Cómo recibir atención de proveedores fuera de la red

Su PCP o el plan tiene que darle a usted la aprobación por anticipado antes que pueda verse con los proveedores que no están en la red del plan. A esto se le dice darle el “referido”. Dejar de recibir el referido (la aprobación por anticipado) antes que obtenga estos servicios de un proveedor fuera de la red podrá conducir a que usted mismo tenga que pagar estos servicios.

Cuando se trata de ciertos servicios, puede que su médico tenga que conseguir la aprobación por anticipado de nuestro plan (a esto se le llama conseguir la “autorización previa”). Consulte el Capítulo 4, Sección 2.1 para informarse más de los servicios para los que se necesita la autorización previa.

A continuación, se ofrecen ejemplos de servicios que usted puede obtener de proveedores fuera de la red:

- Servicios de emergencia o necesitados urgentemente. Si emplea a un proveedor fuera de la red para obtener atención de emergencia o servicios necesitados urgentemente, pagará lo mismo que paga si recibe la atención procedente de un proveedor que está en la red.

Consulte la Sección 3 de este capítulo para informarse más.

- Cuando proveedores de servicios especializados no están disponibles en nuestra red. Si necesita atención médica que Medicare exige que nuestro plan cubra, y los proveedores de nuestra red no pueden prestar dicha atención, usted puede conseguir dicha atención de un proveedor fuera de la red. Hay que obtener la autorización del plan antes de buscar la atención. En esta situación, pagará lo mismo que paga si consigue la atención de un proveedor de la red. Para informarse de cómo conseguir la aprobación para verse con un proveedor fuera de la red, hable con su PCP.
- Diálisis médica necesaria aplicado por cualquier proveedor calificado que escoja el afiliado cuando el afiliado está ausente temporalmente del área de servicio del plan y no puede acceder razonablemente a los proveedores de diálisis contratados del plan.
- Las segundas y terceras opiniones se considerarán, si no hay un proveedor de la red disponible o adecuado, y las tiene que autorizar Leon Health. Todas las segundas y terceras opiniones tienen que darse dentro de la red, si el proveedor adecuado está disponible, y las tiene que autorizar Leon Health.

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

Sección 3.1 | Reciba atención si tiene una emergencia médica

Una **emergencia médica** es presenta cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio sobre salud y medicina, cree que presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la muerte (y, si es una mujer embarazada, la pérdida de un feto), la pérdida de una extremidad o la pérdida de la función de una extremidad, o pérdida o deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o un problema de salud que empeora rápidamente.

En caso de que se enfrente a una emergencia médica, haga lo siguiente:

- **Busque ayuda con la mayor rapidez posible.** Llame al 911 para pedir ayuda y diríjase a la sala de emergencias u hospital más cercano. Llame una ambulancia en caso de que la necesite. No es necesario que primero solicite una autorización o una referencia de su PCP. No es necesario que utilice un médico de la red. Puede obtener atención médica de emergencia con cobertura siempre que la necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios, y de cualquier proveedor con una licencia estatal adecuada, incluso si no forma parte de nuestra red. También tiene cobertura para servicios de urgencias y emergencias en cualquier parte del mundo. Consulte el Capítulo 3 (Sección 3.2) y el Capítulo 4 (Sección 2) para obtener más información.

- **Asegúrese lo antes posible de que nuestro plan haya recibido la notificación sobre su emergencia.** Debemos llevar a cabo un seguimiento de su atención médica de emergencia. Usted u otra persona debe llamarnos para avisarnos sobre la atención médica de emergencia, por lo general, en el plazo de 48 horas. Llámenos al 1-844-969-5366 (usuarios de TTY deben llamar al 711) de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre para que podamos asistirle. Esta llamada es gratuita.

Servicios cubiertos en una emergencia médica

Nuestro plan cubre servicios de ambulancia cuando el hecho de llegar a una sala de emergencias de cualquier otro modo podría implicar un riesgo para su salud. También cubrimos los servicios médicos durante la emergencia.

Los médicos que le brindan atención médica de emergencia decidirán si su problema de salud se estabilizó y el momento en que cesa la emergencia médica.

Una vez que haya cesado la emergencia, tiene derecho a recibir atención de seguimiento para asegurarse de que su condición continúa siendo estable. Sus médicos continuarán tratándole hasta que sus médicos se comuniquen con nosotros y planifiquen atención adicional. El plan cubre la atención de seguimiento.

Si la atención médica de emergencia es proporcionada por proveedores fuera de la red, haremos todo lo posible para que los proveedores de la red se hagan cargo de la atención tan pronto como su afección y las circunstancias lo permitan.

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

En ciertas ocasiones puede resultar difícil darse cuenta de si está frente a una emergencia médica. Por ejemplo, es posible que solicite atención médica de emergencia (porque considera que su salud está en grave peligro) y que el médico le comunique que no se trataba de una emergencia médica después de todo. Si resulta ser que no se trataba de una emergencia, cubriremos la atención que reciba siempre y cuando haya creído, dentro de lo razonable, que su salud estaba en grave peligro.

No obstante, una vez que el médico confirma que no se trataba de una emergencia, cubriremos la atención médica adicional solo si usted recibe esta atención adicional en una de estas 2 maneras:

- Obtiene la atención adicional mediante un proveedor de servicios médicos de la red
- La atención adicional que recibe se considera servicios de urgencia y usted sigue las reglas para obtener esta atención de urgencia.

Sección 3.2 | Reciba atención cuando tiene una necesidad urgente de servicios

Un servicio que requiere atención médica inmediata, pero que no es una emergencia, es un servicio urgentemente necesario si usted está temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan, o si resulta poco razonable, dadas sus circunstancias de tiempo y lugar, obtener este servicio de los proveedores de la red. Ejemplos de servicios urgentemente necesarios son enfermedades médicas imprevistas y lesiones, o brotes inesperados de afecciones existentes. Sin embargo, las visitas rutinarias al proveedor que sean médicalemente necesarias, como los chequeos anuales, no se consideran urgentemente necesarias, incluso si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o la red de nuestro plan está temporalmente no disponible.

Siempre debe intentar obtener los servicios de atención de urgencia a través de proveedores dentro de la red. Sin embargo, si los proveedores no están disponibles o se encuentran inaccesibles temporalmente, y no es razonable esperar hasta obtener la atención de su proveedor de la red cuando la red esté disponible, cubriremos los servicios necesitados urgentemente que reciba del proveedor fuera de la red. Si necesita atención médica de urgencia, vaya a cualquier clínica o centro de atención de urgencia.

Cuando se encuentre dentro del área de servicio del plan y durante el horario regular de operaciones, siempre debe obtener servicios de atención urgente en un Centro de Atención Urgente de Leon Medical Centers.

Estos centros de atención urgente están ubicados en su clínica de Leon Medical Centers más cercana. Consulte su Directorio de Proveedores y Farmacias o llame a Servicios para Miembros al 1-844-964-5366 para obtener la dirección, número de teléfono y horario de atención del centro de atención urgente de Leon Medical Centers más cercano.

Nuestro plan cubre servicios de atención de emergencia y urgencia a nivel internacional, fuera de los Estados Unidos, en las siguientes circunstancias:

Cuando usted se encuentra fuera del área de servicio y no puede recibir atención procedente de un proveedor de la red, nuestro plan cubrirá los servicios necesitados urgentemente que sean médicalemente necesarios recibidos de cualquier proveedor. En nuestro plan también se cubren a nivel mundial los servicios de emergencia médicalemente necesarios y los servicios necesitados urgentemente.

Bajo este beneficio, los afiliados pueden obtener únicamente aquellos servicios que se clasificarían como servicios de emergencia y necesitados urgentemente si estarían cubiertos dentro de Estados Unidos. Si tiene una emergencia fuera de Estados Unidos y sus territorios, usted es el responsable de pagar los servicios por adelantado. Tiene que enviarle al plan la constancia de pago, las copias de la documentación médica, la información de contacto de los proveedores que prestaron los servicios y todos los documentos justificativos para el reembolso dentro de 12 meses a partir de la fecha del servicio.

Sección 3.3 | Reciba atención durante un desastre

Si el gobernador de su estado, la Secretaría de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. o el presidente de los Estados Unidos declaran un estado de catástrofe o emergencia en su

región geográfica, sigue teniendo derecho a recibir atención de nuestro plan.

Visite www.leonhealth.com para obtener información sobre cómo recibir la atención necesaria durante una catástrofe.

Si no puede usar un proveedor de servicios médicos de la red durante una catástrofe, nuestro plan le permitirá recibir atención de proveedores de servicios médicos fuera de la red por el monto de costos compartidos dentro de la red. Si durante una catástrofe no puede acudir a una farmacia de la red, puede surtir los medicamentos con receta en una farmacia fuera de la red. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5.

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

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

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

Leon MediMore (HMO) cubre todos los servicios médicamente necesarios que se enumeran en el Cuadro de beneficios médicos del Capítulo 4. Si recibe servicios que no están cubiertos por nuestro plan o servicios fuera de la red sin autorización, deberá pagar el costo total de los servicios.

Para los servicios cubiertos que tienen un límite de beneficios, usted paga el costo total de los servicios que reciba después de agotar el beneficio de ese tipo de servicio cubierto. El pago de los costos una vez que ha alcanzado el límite de beneficios no se tiene en cuenta en el desembolso máximo. Puede llamar al Servicio para Miembros si desea saber cuánto ha usado del límite de sus beneficios.

SECCIÓN 5 | Servicios médicos en un estudio de investigación clínica

Sección 5.1 | Qué es un estudio de investigación clínica

Un estudio de investigación clínica (también llamado *ensayo clínico*) es una forma en que los médicos y científicos prueban nuevos tipos de atención médica, como lo bien que funciona un nuevo medicamento contra el cáncer. Ciertos estudios de investigación clínica están aprobados por Medicare. Los estudios de investigación clínica aprobados por Medicare suelen solicitar voluntarios para participar en el estudio. Cuando participe en un estudio de

investigación clínica, puede permanecer inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo el resto de su atención (la atención que no está relacionada con el estudio) mediante nuestro plan.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Original Medicare pagará la mayor parte de los costos de los servicios con cobertura que reciba como parte del estudio. Si nos informa de que está participando en un ensayo clínico calificado, solo será responsable de los costos compartidos dentro de la red para los servicios de ese ensayo. Si pagó más, por ejemplo, si ya pagó el monto de costo compartido de Medicare Original, le reembolsaremos la diferencia entre lo que pagó y los costos compartidos de la red. Deberá proporcionar documentación para indicarnos cuánto pagó.

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

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

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

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

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

- Habitación y comida para la estadía en un hospital que Medicare pagaría incluso si no participara en un estudio.
- Una operación u otro procedimiento médico si forma parte del estudio.
- El tratamiento de los efectos secundarios y las complicaciones como 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 su costo compartido de la red como miembro de nuestro plan. Esto significa que usted pagará por los servicios que reciba como parte del estudio el mismo monto que pagaría si recibiera estos servicios de nuestro plan. Sin embargo, debe presentar documentación que indique cuánto costo compartido pagó. Consulte el Capítulo 7 para obtener más información sobre el envío de solicitudes de pago.

Ejemplo de costo compartido en un ensayo clínico: Supongamos que tiene que hacerse un análisis de laboratorio que cuesta \$100, como parte del estudio. Su parte de los costos para este análisis conforme a Original Medicare es de \$20, pero el análisis costaría \$10 conforme a nuestro plan. En este caso, Original Medicare pagaría \$80 por el análisis y usted pagaría el copago de \$20 requerido en virtud de Original Medicare. Debería notificar a nuestro plan que recibió un servicio de ensayo clínico calificado y enviar documentación (como una factura del proveedor) a nuestro plan. Luego, nuestro plan le pagaría directamente \$10. Su pago neto es de \$10 para el análisis, el mismo monto que usted pagaría en virtud de los beneficios de nuestro plan.

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

- Por lo general, Medicare no pagará el nuevo artículo o servicio que se evalúe en el estudio, a menos que Medicare cubriese dicho artículo o servicio incluso si usted no participara en un estudio.
- Los artículos o servicios que se proporcionen solo para recopilar datos y que no se utilicen en su atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no cubriría tomografías computarizadas mensuales que se efectuaron como parte de un estudio si su afección normalmente exigiera una sola tomografía.
- Artículos y servicios que proporcionan los patrocinadores de la investigación sin cargo para personas en el estudio.

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 *Medicare y los estudios de investigación clínica* disponible en www.Medicare.gov/sites/default/files/2019-09/02226-medicare-and-clinical-research-studies.pdf. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 6 | Reglas para recibir atención en un centro religioso no médico dedicado a la salud

Sección 6.1 | Un centro religioso no médico dedicado a la salud

Un centro religioso no médico dedicado a la salud es un centro que brinda atención para una afección que normalmente se trataría en un hospital o centro de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o en un centro de enfermería especializada va en contra de las creencias religiosas de un miembro, proporcionaremos cobertura para que se atienda en un centro religioso no médico dedicado a la salud. Este beneficio se proporciona solo para los servicios para pacientes hospitalizados de la Parte A (servicios no médicos dedicados a la salud).

Sección 6.2 | Cómo recibir atención de un centro religioso no médico dedicado a la salud

Para recibir atención en un centro religioso no médico dedicado a la salud, debe firmar un documento legal en el que exprese que se niega conscientemente a recibir un tratamiento médico **no exceptuado**.

- La atención o el tratamiento médico **no exceptuado** corresponde a la atención o el tratamiento médico *voluntario y no obligatorio* según la ley federal, estatal o local.
- El tratamiento médico **exceptuado** se refiere a la atención o el tratamiento médico no voluntario u obligatorio según la ley federal, estatal o local.

Para brindarle cobertura, la atención que reciba en un centro religioso no médico dedicado a la salud debe cumplir con las siguientes condiciones:

- El centro que brinde la atención debe contar con certificación de Medicare.
- Nuestro plan solo cubre aspectos no religiosos de la atención.
- Si recibe servicios de esta institución que se le presten en un centro, regirán las siguientes condiciones:
 - Debe tener una afección que le permita recibir servicios con cobertura de atención hospitalaria para pacientes hospitalizados o en un centro de enfermería especializada.
 - – Y – debe tener que obtener la aprobación por adelantado de nuestro plan antes de que lo hospitalicen en el centro; de lo contrario, su estadía no tendrá cobertura.

Tiene cobertura para una cantidad ilimitada de días de hospitalización médica necesarios. Para obtener detalles, consulte el Capítulo 4 (Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y qué debe pagar)).

SECCIÓN 7 | Reglas de propiedad de equipo médico duradero

Sección 7.1 | No será propietario del equipo médico duradero después de efectuar una cierta cantidad de pagos en virtud de nuestro plan

El equipo médico duradero (DME) incluye artículos como equipos y suministros de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, sistemas de colchones motorizados, muletas, suministros para diabetes, dispositivos de generación de habla, bombas de infusión intravenosa, nebulizadores y camas hospitalarias ordenadas por un proveedor para uso en el hogar por parte de los miembros. El miembro siempre es propietario de algunos artículos de DME, como prótesis. Debe alquilar otros tipos de DME.

En Original Medicare, las personas que alquilan ciertos tipos de DME son propietarias del

equipo después de pagar copagos por el artículo durante 13 meses. **Como miembro de *Leon MediMore (HMO)*, por lo general no obtendrá la propiedad de los artículos de DME alquilados, independientemente de la cantidad de copagos que pague por el artículo mientras sea miembro de nuestro plan.** No obtendrá la propiedad incluso si efectuó hasta 12 pagos consecutivos por el artículo de DME en virtud de Original Medicare antes de inscribirse en nuestro plan. En algunas circunstancias limitadas, le transferiremos la propiedad del artículo DME. Llame a Servicios para Miembros al 1-844-964-5366 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información.

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

Si no adquirió la propiedad del artículo de DME mientras estaba en nuestro plan, tendrá que hacer 13 nuevos pagos consecutivos después de cambiar a Original Medicare para ser propietario del artículo de DME. Los pagos que efectuó mientras estaba inscrito en nuestro plan no cuentan para estos 13 pagos.

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

Tendrá que efectuar 13 pagos a nuestro plan antes de ser propietario del artículo.

Ejemplo 2: Usted efectuó 12 pagos consecutivos o menos por el artículo en Original Medicare y luego se inscribió en nuestro plan. No obtuvo la propiedad del artículo mientras estaba en nuestro plan. Luego, regresa a Original Medicare. Tendrá que efectuar 13 pagos nuevos consecutivos para ser propietario del artículo una vez que se inscriba nuevamente en Original Medicare. Cualquier pago que ya haya efectuado (ya sea a nuestro plan o a Original Medicare) no cuenta.

Sección 7.2 | Normas para equipos, suministros y mantenimiento de oxígeno

Si reúne los requisitos para la cobertura de equipos de oxígeno de Medicare, *Leon MediMore (HMO)* cubrirá lo siguiente:

- Alquiler de equipos de oxígeno
- Suministro de oxígeno y contenido de oxígeno
- Sondas y accesorios de oxígeno afines para el suministro de oxígeno y contenido de oxígeno
- Mantenimiento y reparaciones de equipos de oxígeno

Si deja de necesitar LEON MediMore (HMO) o ya no lo requiere médicaamente equipos de oxígeno, el equipo de oxígeno debe ser devuelto.

¿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 del copago por el oxígeno). Después de 5 años, puede optar por permanecer con la misma compañía o cambiar a otra compañía. En este punto, el ciclo de 5 años comienza nuevamente, incluso si permanece con la misma compañía, lo que requerirá otra vez que pague copagos durante los primeros 36 meses. Si se inscribe o abandona nuestro plan, el ciclo de 5 años comienza de nuevo.

CAPÍTULO 4

**CUADRO DE BENEFICIOS MÉDICOS
(LO QUE TIENE COBERTURA Y LO
QUE USTED PAGA)**

SECCIÓN 1 | Información sobre los costos de desembolso para servicios cubiertos

El Cuadro de beneficios médicos enumera sus servicios cubiertos y muestra cuánto pagará por cada servicio cubierto como miembro de *Leon MediMore (HMO)*. Esta sección también brinda información sobre los servicios médicos que no están cubiertos y explica los límites en ciertos servicios.

Sección 1.1 | Gastos de desembolso que puede pagar por los servicios cubiertos

Los tipos de gastos de desembolso que puede pagar por los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:

- **Copago:** el monto fijo que usted paga cada vez que recibe ciertos servicios médicos. Debe pagar el copago en el momento en que recibe el servicio médico. (En el Cuadro de beneficios médicos le brinda más información sobre los copagos).
- **Coseguro:** el porcentaje del costo total de ciertos servicios médicos que usted paga. Debe pagar el coseguro en el momento en que recibe el servicio médico. (En el Cuadro de beneficios médicos le brinda más información sobre el coseguro).

La mayoría de las personas que califican para Medicaid o para el programa de Beneficiarios Calificados de Medicare (QMB) no pagan deducibles, copagos o coseguros. Si está en uno de estos programas, asegúrese de mostrarle su prueba de elegibilidad para Medicaid o QMB a su proveedor.

Sección 1.2 | ¿Cuál es el monto máximo que pagará por los servicios médicos cubiertos de la Parte A y la Parte B de Medicare?

Los planes de Medicare Advantage tienen límites en la cantidad total que debe pagar con un desembolso cada año por servicios médicos con cobertura en virtud de la Parte A y la Parte B de Medicare. Este límite se denomina monto de desembolso máximo (maximum out-of-pocket, MOOP) por servicios médicos. **Para el año calendario 2026, el monto del MOOP es \$3,450.**

Los montos de copagos y coseguro que paga por los servicios cubiertos se tienen en cuenta en este monto de desembolso máximo. Los montos que paga por los medicamentos de la Parte D no se contemplan en el monto de desembolso máximo. Además, los montos que usted paga por algunos servicios no cuentan para el monto de desembolso máximo. Estos servicios están marcados con un asterisco en la tabla de beneficios médicos. Si alcanza el monto de desembolso máximo de \$3,450, no deberá pagar ningún monto de desembolso máximo por el resto del año por los servicios cubiertos por la Parte A y B. Sin embargo, debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare (excepto cuando Medicaid o un tercero pague su prima de la Parte B).

Sección 1.3 | Los proveedores no tienen permitido facturarle el saldo

Como miembro de *Leon MediMore (HMO)*, tiene una protección importante porque solo tiene que pagar los montos de costos compartidos cuando reciba sus servicios con cobertura de nuestro plan. Los proveedores no pueden facturarle cargos adicionales por separado por servicios cubiertos por Medicare, lo que se conoce como **facturación de saldo**. Esta protección rige incluso si le pagamos al proveedor de servicios médicos menos de lo que él cobra por un servicio e incluso si hay una disputa y no pagamos determinados cargos de proveedores de servicios médicos.

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

- Si su costo compartido es un copago (un monto fijo en dólares, por ejemplo, \$15.00), solo pagará ese monto por cualquier servicio con cobertura que reciba de un proveedor de servicios médicos de la red.
- Si los costos compartidos son un coseguro (un porcentaje de los cargos totales), nunca paga más que ese porcentaje. No obstante, su costo depende del tipo de proveedor de servicios médicos que consulte:
 - Si recibe los servicios con cobertura de un proveedor de servicios médicos de la red, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de reembolso de nuestro plan (esto se determina en el contrato entre el proveedor de servicios médicos y nuestro plan).
 - Si recibe servicios con cobertura de un proveedor de servicios médicos fuera de la red que participa en Medicare, paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para proveedores de servicios médicos participantes. (Nuestro plan cubre servicios de proveedores de servicios médicos fuera de la red solo en determinadas situaciones, como cuando usted recibe una referencia o para emergencias o servicios de urgencia).
 - Si recibe los servicios con cobertura de un proveedor de servicios médicos fuera de la red que no participa en Medicare, paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para proveedores de servicios médicos de la red no participantes. (Nuestro plan cubre servicios de proveedores de servicios médicos fuera de la red solo en ciertas situaciones, como cuando usted recibe una referencia, o para emergencias o para servicios de urgencia fuera del área de servicio).
- Si cree que un proveedor le ha facturado un saldo, llame a Servicios para Miembros al 1-844-964-5366 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

SECCIÓN 2 | El Cuadro de beneficios médicos muestra sus beneficios y costos médicos

El Cuadro de beneficios médicos en las páginas siguientes indica los servicios que cubre *Leon MediMore (HMO)* y lo que usted paga con un desembolso por cada servicio (la cobertura de medicamentos de la Parte D está en el Capítulo 5). Los servicios enumerados en el Cuadro de beneficios médicos tienen cobertura solo cuando se cumplen con estos requisitos:

- Sus servicios con cobertura de Medicare deben prestarse según las pautas de cobertura de Medicare.
- Sus servicios (que incluyen atención médica, servicios, suministros, equipos y medicamentos de la Parte B) *deben* ser médicaamente necesarios. Médicamente necesario significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y que estos cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.
- Para los nuevos afiliados, su plan de atención coordinada de MA debe proporcionar un período de transición mínimo de 90 días, durante el cual el nuevo plan de MA no puede requerir autorización previa para ningún curso de tratamiento activo, incluso si el curso de tratamiento comenzó con un proveedor fuera de la red.
- Recibe atención de un proveedor que forma parte de la red. En la mayoría de los casos, la atención que reciba de un proveedor de servicios médicos fuera de la red no tendrá cobertura, a menos que sea atención de emergencia o de urgencia, o bien que nuestro plan o un proveedor de servicios médicos de la red le hayan otorgado una referencia. Esto significa que usted le paga al proveedor la totalidad de los servicios fuera de la red que recibe.
- Tiene un proveedor de atención primaria (un PCP) que le proporciona atención y la supervisa. En la mayoría de las situaciones, su PCP tiene que darle su aprobación por adelantado (un referido) antes de que pueda atenderse con otros proveedores de servicios médicos de la red de nuestro plan.
- Algunos servicios enumerados en el Cuadro de beneficios médicos solo tienen cobertura si su médico u otro proveedor de servicios médicos de la red obtiene nuestra aprobación previa (a veces se denomina autorización previa). Los servicios incluidos que requieren aprobación por adelantado aparecen en el Cuadro de beneficios médicos.

Otros aspectos importantes que debe conocer sobre nuestra cobertura:

- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Original Medicare y más. Para recibir algunos de estos beneficios, quizás deba pagar más con nuestro plan que lo que pagaría con Original Medicare. Para otros, quizás deba pagar menos. Para obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, busque en su *Manual Medicare & You 2026* (Medicare y usted). Puede consultarlo en línea en www.Medicare.gov o llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para solicitar una copia, las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

- En el caso de los servicios preventivos con cobertura sin costo con Original Medicare, también cubrimos esos servicios sin costo para usted.
- Si Medicare agrega cobertura para algún servicio nuevo durante 2026, Medicare o nuestro plan lo cubrirá.

Tabla de beneficios médicos

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

* Se mostrará un asterisco al lado de los beneficios suplementarios en la tabla de beneficios médicos.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal Una ecografía de detección por única vez para las personas en riesgo. El plan solo cubre esta prueba de detección si usted tiene ciertos factores de riesgo y si recibe una remisión de parte de su médico, asistente médico, enfermero practicante o especialista en enfermería clínica.</p>	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para esta prueba de detección preventiva.
<p>Acupuntura para dolor crónico en la parte baja de la espalda Los servicios cubiertos incluyen: Hasta 12 visitas en un período de 90 días están cubiertas bajo las siguientes circunstancias: Para los fines de este beneficio, el dolor lumbar crónico se define como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • De duración igual o superior a 12 semanas; • No específico, es decir, sin causa sistémica identificable (por ejemplo, no asociado con enfermedad metastásica, inflamatoria o infecciosa, etc.); • No asociado con cirugía; y • No asociado con embarazo. <p>Se cubrirán 8 sesiones adicionales para los pacientes que demuestren mejoría. No se podrán realizar más de 20 tratamientos de acupuntura por año.</p> <p>El tratamiento debe suspenderse si el paciente no muestra mejoría o presenta retroceso.</p> <p>Requisitos para los proveedores: Los médicos (según se define en la sección 1861(r)(1) de la Ley del Seguro Social (la Ley)) pueden brindar sesiones de acupuntura de conformidad con los requisitos estatales vigentes.</p>	\$0 copago

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Acupuntura para dolor crónico en la parte baja de la espalda (continúa)</p> <p>Los asistentes médicos (PA), enfermeros practicantes (NP) y enfermeros especialistas clínicos (CNS) (según se identifican en la sección 1861(aa)(5) de la Ley) y el personal auxiliar pueden brindar acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales aplicables y poseen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un título de maestría o doctorado en acupuntura o Medicina Oriental de una escuela acreditada por la Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine (ACAOM); y • Una licencia vigente, completa, activa y sin restricciones para ejercer acupuntura en un Estado, Territorio o Mancomunidad (por ejemplo, Puerto Rico) de los Estados Unidos, o en el Distrito de Columbia. <p>El personal auxiliar que brinde servicios de acupuntura debe hacerlo bajo el nivel de supervisión apropiado de un médico, PA o NP/CNS, según lo requerido por nuestras regulaciones en 42 CFR §§ 410.26 y 410.27.</p>	
<p>*Acupuntura para atención no médica o rutinaria (Beneficio suplementario)</p> <p>Se cubren servicios inclusive hasta seis (6) consultas rutinarias de acupuntura por cualquier afección de la salud.</p>	<p>\$0 copago</p> <p>Se requiere autorización previa y referido.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios de ambulancia</p> <p>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 si se trata de un miembro cuya afección es tal que cualquier otro medio de transporte podría poner en peligro su salud o si está autorizado por el plan. Si los servicios de ambulancia no están cubiertos para una situación de emergencia, se debe documentar que la afección del miembro es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro su salud y que el transporte en ambulancia es médicaamente necesario.</p> <p>*Servicios de ambulancia – Cobertura mundial (Beneficio suplementario)</p> <p>Nuestro plan cubre servicios de atención médica de emergencia a nivel mundial fuera de los Estados Unidos bajo las siguientes circunstancias:</p> <p>Cuando se encuentre fuera del área de servicio y no pueda recibir atención de un proveedor dentro de la red, nuestro plan cubrirá los servicios médicaamente necesarios de urgencia que reciba de cualquier proveedor.</p> <p>Nuestro plan también cubre servicios médicos de emergencia médicaamente necesarios a nivel mundial.</p> <p>En virtud de este beneficio, los afiliados solo pueden obtener servicios que se clasificarían como servicios de emergencia si se hubieran brindado dentro de los Estados Unidos. Si tiene una emergencia fuera de los Estados Unidos o sus territorios, usted es responsable de pagar los servicios por adelantado. Debe presentar comprobante de pago, copias de los registros médicos, información de contacto de los proveedores que brindaron los servicios y toda la documentación de respaldo al plan para solicitar el reembolso dentro de los 12 meses a partir de la fecha del servicio.</p>	<p>Servicios de ambulancia: \$100 copago</p> <p>Servicios de ambulancia terrestre: 20% del costo</p> <p>Cobertura mundial: \$100 copago por transporte terrestre de emergencia a nivel mundial</p> <p>20% del costo por transporte aéreo de emergencia a nivel mundial</p> <p>Aun si es admitido, deberá pagar su copago por el transporte de emergencia a nivel mundial.</p> <p>Podría necesitarse autorización previa para los servicios de ambulancia que no sean de emergencia.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> 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 <i>Bienvenido a Medicare</i>. Sin embargo, no necesita haber realizado una consulta de <i>Bienvenido a Medicare</i> para tener cobertura para las consultas anuales de bienestar después de haber tenido la Parte B por 12 meses.</p>	No se requiere coseguro, copago ni deducible para consultas anuales de bienestar.
<p> Medición de la masa ósea Para personas calificadas (generalmente, esto significa personas en riesgo de perder masa ósea o en riesgo de osteoporosis), los siguientes servicios están cubiertos cada 24 meses o con más frecuencia si es médicaamente necesario: procedimientos para identificar la masa ósea, detectar la pérdida ósea o determinar la calidad ósea, incluyendo la interpretación del médico de los resultados.</p>	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la medición de la masa ósea cubierta por Medicare.
<p> Prueba de detección de cáncer de mama (mamografías) Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> • Una mamografía inicial entre los 35 y 39 años • Una mamografía de control cada 12 meses para las mujeres de 40 años o más • Exámenes clínicos de mamas una vez cada 24 meses </p>	No se requiere coseguro, copago ni deducible para mamografías de detección cubiertas.
<p>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 un referido del médico. El plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca que son habitualmente más rigurosos o intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.</p>	\$0 copago Se requiere autorización previa y referido.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Consulta para disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (tratamiento para las enfermedades cardiovasculares)</p> <p>Cubrimos una visita por año con su médico de atención primaria para ayudar a reducir su riesgo de enfermedad cardiovascular. Durante esta visita, su médico puede hablar sobre el uso de aspirina (si corresponde), revisar su presión arterial y darle consejos para asegurarse de que esté manteniendo una alimentación saludable.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo para el tratamiento conductual intensivo de enfermedades cardiovasculares.</p>
<p> Pruebas de enfermedad cardiovascular</p> <p>Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas con un riesgo elevado de enfermedad cardiovascular) una vez cada 5 años (60 meses).</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para el análisis para detectar enfermedades cardiovasculares que se cubre una vez cada 5 años.</p>
<p> Detección de cáncer de cuello uterino y vaginal</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> Para todas las mujeres: las pruebas de Papanicolaou (Pap) y los exámenes pélvicos están cubiertos una vez cada 24 meses. Si tiene alto riesgo de cáncer de cuello uterino o vaginal, o está en edad fértil y ha tenido una prueba de Papanicolaou anormal en los últimos 3 años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses. 	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos preventivos cubiertos por Medicare.</p>
<p>*Servicios de quiropráctica</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> Manipulación manual de la columna vertebral para corregir subluxaciones Visitas rutinarias ilimitadas al quiropráctico por año 	<p>\$0 copago</p> <p>Podría necesitarse autorización previa.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios de manejo y tratamiento del dolor crónico</p> <p>Servicios mensuales cubiertos para personas que viven con dolor crónico (dolor persistente o recurrente que dura más de 3 meses). Los servicios pueden incluir evaluación del dolor, manejo de medicamentos y coordinación y planificación de la atención.</p>	<p>El costo compartido por este servicio variará según los servicios individuales proporcionados durante el curso del tratamiento.</p> <p>\$0 copago</p>
<p> Prueba de detección de cáncer colorrectal</p> <p>Están cubiertos las siguientes pruebas de detección:</p> <ul style="list-style-type: none"> La colonoscopia no tiene límite de edad mínimo ni máximo y está cubierta una vez cada 120 meses (10 años) para pacientes que no tienen alto riesgo, o 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 los pacientes de alto riesgo después de una colonoscopia de detección previa. Colonografía por tomografía computarizada para pacientes de 45 años o más que no presentan alto riesgo de cáncer colorrectal, está cubierta cuando han pasado al menos 59 meses desde el mes en que se realizó la última colonografía por tomografía computarizada de detección, o 47 meses desde el mes en que se realizó la última sigmoidoscopia flexible o colonoscopia de detección. Para los pacientes con alto riesgo de cáncer colorrectal, se puede efectuar el pago por una colonografía por tomografía computarizada de detección realizada después de que hayan pasado al menos 23 meses desde el mes en que se realizó la última colonografía por tomografía computarizada de detección o la última colonoscopia de detección. Sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 120 meses para pacientes que no presentan alto riesgo, después de haber recibido una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para pacientes de alto riesgo desde la última sigmoidoscopia flexible o colonografía por tomografía computarizada. Pruebas de sangre oculta en heces de detección para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 12 meses. 	<p>No hay coseguro, copago ni deducible por un examen de detección de cáncer colorrectal cubierto por Medicare. Si su médico encuentra y elimina un pólipos u otro tejido durante la colonoscopia o la sigmoidoscopia flexible, el examen de detección se convierte en un examen diagnóstico.</p> <p>No se requiere autorización previa para los exámenes rectales digitales cubiertos por Medicare.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Prueba de detección de cáncer colorrectal (continúa)</p> <ul style="list-style-type: none"> Prueba de ADN en heces con múltiples objetivos para pacientes de 45 a 85 años que no cumplen los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. Pruebas de biomarcadores basadas en sangre para pacientes de 45 a 85 años que no cumplen los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de detección posterior después de que una prueba de detección colorrectal no invasiva cubierta por Medicare basada en heces arroje un resultado positivo. Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una sigmoidoscopia flexible o colonoscopia de detección planificada que implique la extracción de tejido u otra materia, o cualquier otro procedimiento realizado en relación con, como resultado de, y en el mismo encuentro clínico que la prueba de detección. 	
<p>Servicios odontológicos (Cubiertos por Medicare)</p> <p>En general, los servicios odontológicos preventivos (como limpiezas, exámenes de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Original Medicare. Sin embargo, Medicare actualmente paga los servicios odontológicos en una cantidad limitada de circunstancias, concretamente cuando ese servicio es parte integral del tratamiento específico de la afección primaria del beneficiario. Algunos ejemplos incluyen reconstrucción de la mandíbula después de una fractura o lesión, extracciones de dientes realizadas en preparación para el tratamiento de radiación para el cáncer de mandíbula o exámenes orales previos al trasplante de riñón.</p>	<p><u>Servicios odontológicos (Cubiertos por Medicare):</u></p> <p>\$0 copago</p> <p>Se requiere autorización previa y referido.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>*Servicios Dentales (Beneficio suplementario) <i>Leon MediMore</i> cubre:</p> <p><u>Servicios dentales preventivos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Limpiezas (1 cada 6 meses) • Radiografía(s) dental(es) (1 cada 6 meses) • Tratamiento por flúor (1 cada año) • Examen bucal (1 cada 6 meses) <p><u>Servicios dentales comprensivos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de diagnóstico • Prostodoncia (Implantes dentales, dentaduras y coronas) • Servicios restaurativos (Empastes) • Endodoncia (Tratamientos de conducto) • Periodoncia (Tratamiento de las encías y huesos) • Cirugía bucal y maxilofacial (Extracciones) • Implantes dentales • Otros servicios no rutinarios <p>*No se cubren las endodoncias de molares.</p> <p>El plan tiene un beneficio máximo de \$5,250 por año por la combinación de servicios preventivos y comprensivos. El costo compartido del miembro es cero hasta llegar al monto máximo de cobertura de beneficio del plan. Una vez que se agote el monto máximo, el miembro es responsable de cualquier costo adicional por los servicios dentales preventivos y comprensivos. Las sumas no aprovechadas no se transfieren al próximo periodo.</p> <p>Para obtener una lista completa de los servicios dentales cubiertos y sus limitaciones, consulte el Calendario de Beneficios Dentales de 2026.</p>	<p>Asignación anual de \$5,250</p> <p>Servicios dentales preventivos y comprensivos: \$0 copago</p> <p>Se requiere autorización previa y referido.</p>
<p> Prueba de detección de depresión</p> <p>Cubrimos un examen de detección de depresión por año. La prueba de detección debe realizarse en un establecimiento de atención primaria que pueda brindar referidos o tratamiento de seguimiento.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta anual de detección de depresión.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Prueba de detección de diabetes</p> <p>Cubrimos esta prueba (incluidas pruebas rápidas de glucosa) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), niveles históricos anormales de triglicéridos y colesterol (dislipidemia), obesidad o historial de niveles elevados de azúcar en sangre (glucosa). Los exámenes también pueden ser cubiertos si cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso y tener antecedentes familiares de diabetes.</p> <p>Es posible que sea elegible para realizarse hasta dos pruebas de detección de diabetes cada 12 meses después de la fecha de su prueba de detección de diabetes más reciente.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.</p>
<p> Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para pacientes diabéticos</p> <p>Para todas las personas que padecen diabetes (ya sea que usen insulina o no). Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> Suministros para controlar la glucosa en sangre: glucómetro, tiras reactivas para análisis de glucosa en sangre, dispositivos de punción y lancetas, y soluciones de control de glucosa para verificar la precisión de las tiras reactivas y de los glucómetros. Para las personas que padecen diabetes y pie diabético grave: un par de zapatos terapéuticos a medida por año calendario (con los zapatos se incluyen las plantillas ortopédicas) y dos pares extra de plantillas ortopédicas, o un par de zapatos profundos y tres pares de plantillas ortopédicas (con los zapatos no se incluyen las plantillas ortopédicas extraíbles que no están hechas a medida). La cobertura incluye adaptación. La capacitación para el autocontrol de la diabetes está cubierta, siempre que se cumpla con ciertos requisitos. <p>Leon MediMore limita los suministros para diabéticos exclusivamente a las marcas True Metrix, Prodigy, iGlucose, Freestyle y Glucocard.</p>	<p>Entrenamiento para el manejo de la diabetes: \$0 copago</p> <p>No se requiere autorización previa para el entrenamiento en manejo de la diabetes.</p> <p>Servicios y suministros para diabéticos: \$0 copago</p> <p>No se requiere autorización previa para los suministros para diabéticos cubiertos por Medicare.</p> <p>Calzado diabético y plantillas terapéuticas: \$0 copago</p> <p>No se requiere autorización previa para el calzado diabético y las plantillas terapéuticas cubiertos por Medicare.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) y suministros relacionados (En el Capítulo 12 y en la Sección 7 del Capítulo 3 de este documento, encontrará una definición de equipo médico duradero).</p> <p>Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, camas de hospital recetadas por un proveedor para usar en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos para la generación del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores y andadores.</p> <p>Con este documento de <i>Evidencia de Cobertura</i>, le enviamos la lista de DME de <i>Leon MediMore</i>. La lista indica las marcas y los fabricantes de DME que cubriremos. También puede acceder a esta lista más actualizada de marcas, fabricantes y proveedores en nuestro sitio web en www.leonhealth.com.</p> <p>Generalmente, <i>Leon MediMore</i> cubre cualquier DME cubierto por Original Medicare de las marcas y los fabricantes que se encuentran en esta lista. No cubriremos otras marcas ni otros fabricantes, a menos que su médico u otro proveedor nos informen que la marca es adecuada para sus necesidades médicas. Sin embargo, si es un miembro nuevo de <i>Leon MediMore</i> y utiliza una marca de DME que no figura en nuestra lista, continuaremos con la cobertura de esta marca durante un máximo de 90 días. Durante este período, debe hablar con su médico para decidir qué marca es médicaamente adecuada en su caso después de este período de 90 días. (Si no está de acuerdo con su médico, puede pedirle que lo remita para tener una segunda opinión).</p> <p>Si usted (o su proveedor) no están de acuerdo con la decisión de cobertura del plan, pueden presentar una apelación. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con la decisión de su proveedor sobre qué producto o marca es adecuada para su afección. (Para obtener más información sobre apelaciones, consulte el Capítulo 9).</p> <p><i>Leon MediMore limita los suministros de equipo médico duradero (DME) a los siguientes proveedores:</i> Drive Medical, Medline, Respirotech, Respironics, Resmed, Fisher, Paykel, Kinetic, Arjo Huntleigh, Mckesson, IMS y Orthofix.</p>	<p><u>Equipos médicos duraderos (DME) y suministros relacionados:</u> \$0 copago</p> <p><u>Artículos de comodidad necesarios:</u> 20% del costo a los artículos de equipo médico duradero (DME) necesarios y razonables obtenidos de proveedores solicitados por el miembro que no estén en la lista aprobada del plan.</p> <p>Su costo compartido por la cobertura de equipo de oxígeno de Medicare es de \$0 cada 36 meses.</p> <p>Su costo compartido no cambiará después de haber estado inscrito durante 36 meses.</p> <p>La autorización previa puede ser requerida.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) y suministros relacionados (continúa)</p> <p>Leon MediMore limita los suministros para diabéticos exclusivamente a las marcas True Metrix, Prodigy, iGlucose, Freestyle y Glucocard.</p>	
<p>Atención de emergencia</p> <p>La atención de emergencia hace referencia a los servicios con estas características:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Son brindados por un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia. • Son necesarios para evaluar o estabilizar una afección de emergencia. <p>Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente, con un conocimiento normal sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren de atención médica inmediata para evitar que pierda la vida (y, si está embarazada, la pérdida del feto), una extremidad o la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección que se agrava rápidamente.</p> <p>Los costos compartidos para los servicios de emergencia necesarios que se brindan fuera de la red son los mismos que para los mismos servicios que se brindan dentro de la red.</p> <p>*Atención de emergencia – Cobertura mundial (Beneficio suplementario)</p> <p>Nuestro plan cubre los servicios de emergencia a nivel mundial fuera de los Estados Unidos bajo las siguientes circunstancias:</p> <p>Cuando se encuentre fuera del área de servicio y no pueda recibir atención de un proveedor dentro de la red, nuestro plan cubrirá los servicios de emergencia médica necesarios que reciba de cualquier proveedor.</p> <p>En virtud de este beneficio, los afiliados pueden obtener únicamente servicios que se clasificarían como servicios de emergencia si se hubieran cubierto dentro de los Estados Unidos. Si recibe atención de emergencia fuera de los Estados Unidos y sus territorios, usted es responsable de pagar los servicios por adelantado. Luego debe presentar comprobante de pago, copias de los registros médicos, información de contacto</p>	<p>Atención de emergencia: \$120 copago por servicios de atención de emergencia.</p> <p>Su copago será eximido si es admitido en el hospital dentro de las 24 horas. Si se encuentra en estado de observación, el copago seguirá aplicándose.</p> <p>Cobertura mundial: \$100 copago para la atención de emergencia mundial.</p> <p>Su copago será eximido si es admitido en el hospital dentro de las 24 horas. Si se encuentra en estado de observación, el copago seguirá aplicándose.</p> <p>Transporte de emergencia a nivel mundial: \$100 copago por transporte terrestre de emergencia a nivel mundial. 20% del costo por transporte aéreo de emergencia a nivel mundial.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>*Atención de emergencia – Cobertura mundial (Beneficio suplementario) (continúa)</p> <p>del proveedor y toda la documentación de respaldo al plan para el reembolso dentro de los 12 meses a partir de la fecha del servicio.</p> <p>Tenga en cuenta: Es posible que no le reembolsemos todos los gastos de su bolsillo. El plan reembolsará solo hasta los montos permitidos por Medicare.</p>	<p>Usted aún deberá pagar su copago por el transporte de emergencia a nivel mundial, incluso si es admitido.</p> <p>Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita recibir atención para pacientes internados después de haber estabilizado su afección de emergencia, debe regresar a un hospital dentro de la red para que se siga cubriendo su atención. O debe recibir la atención para pacientes internados en un hospital fuera de la red que el plan autorice y su costo será el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Programas educativos sobre salud y bienestar El plan cubre los siguientes programas complementarios de educación/bienestar: Educación para la salud: Los Centros Leon Healthy Living ofrecen información sobre diversos temas relacionados con la salud, así como programas para apoyar el desarrollo personal. Disfrute de seminarios sobre temas importantes que incluyen medicina preventiva, dieta y nutrición, diabetes y prevención de caídas. Acondicionamiento físico: Los afiliados tienen acceso a los Centros Leon Healthy Living para utilizar el equipo de entrenamiento de fuerza y cardiovascular de las instalaciones, así como acceso a clases grupales de ejercicios, donde estén disponibles, para ayudarles a alcanzar sus objetivos de acondicionamiento físico. Los servicios de acondicionamiento físico que requieran tarifas adicionales no forman parte del beneficio de acondicionamiento físico y no serán reembolsados.</p>	\$0 copago
<p>Servicios auditivos (Cubiertos por Medicare) Las evaluaciones auditivas de diagnóstico y las relacionadas con el equilibrio realizadas por su PCP para determinar si necesita tratamiento médico se cubren como atención para pacientes externos cuando las proporciona un médico, un audiólogo u otro proveedor calificado.</p>	<p>Servicios auditivos cubiertos por Medicare: \$0 copago Se requiere referido.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>*Servicios auditivos (Beneficio suplementario)</p> <p><i>Leon MediMore</i> cubre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un (1) examen de audición de rutina cada año • Una (1) evaluación y colocación de aparatos auditivo por oído cada tres (3) años • Un (1) aparato auditivo seleccionado por oído, cada tres (3) años <p>Usted es responsable de pagar todos los costos que excedan los beneficios máximos. Los audífonos no incluyen dispositivos de asistencia auditiva, amplificadores ni dispositivos implantables. Debe utilizar un proveedor de audición dentro de la red. Los montos no utilizados no se acumulan.</p>	<p>Reciba hasta \$1,050 por aparato auditivo por oído (beneficio máximo de \$2,100) cada tres (3) años.</p> <p><u>Examen de audición de rutina:</u> \$0 copago</p> <p><u>Evaluación y adaptación de audífonos:</u> \$0 copago</p> <ul style="list-style-type: none"> • Está cubierto para una adaptación y evaluación de audífono por oído, cada tres años. <p><u>Audífonos:</u> \$0 copago</p> <ul style="list-style-type: none"> • Está cubierto para un audífono por oído, cada tres años. • Debe utilizar un proveedor de audífonos de <i>Leon Health</i>. <p>Se requiere referido.</p>
<p> Prueba de detección de VIH</p> <p>Para personas que solicitan una prueba de detección de VIH o que están en mayor riesgo de infección por el VIH, cubrimos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una prueba de detección cada 12 meses <p>Para mujeres embarazadas, cubrimos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hasta tres pruebas de detección durante el embarazo. 	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para pruebas de detección de VIH preventivas cubiertas por Medicare.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Agencia de atención médica a domicilio</p> <p>Antes de recibir los servicios de atención médica a domicilio, un médico debe certificar que usted necesita servicios médicos a domicilio y solicitará que una agencia de atención médica a domicilio le brinde estos servicios. El requisito es que usted no pueda salir de su casa, lo que significa que hacerlo implica un gran esfuerzo.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none">• Servicios de enfermería especializada o los servicios de un auxiliar de atención de la salud a domicilio en forma intermitente o de medio tiempo (para que se los cubra en función del beneficio de atención médica a domicilio, los servicios de enfermería especializada y los servicios de un auxiliar de atención médica a domicilio combinados deben totalizar menos de 8 horas por día y 35 horas por semana).• Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla.• Servicios médicos y sociales.• Equipos y suministros médicos.	<p>\$0 copago</p> <p>Se requiere autorización previa y referido.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Tratamiento de infusión en el hogar</p> <p>El tratamiento de infusión en el hogar implica la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a una persona en su hogar. Los componentes necesarios para realizar una infusión en el hogar incluyen el medicamento (por ejemplo, antivíricos, inmunoglobulinas), el equipo (por ejemplo, una bomba) y los suministros (por ejemplo, sondas y catéteres).</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, brindados de conformidad con el plan de atención. • La capacitación y la educación del paciente no están cubiertas, de otra manera, por los beneficios del equipo médico duradero. • Supervisión remota. • Servicios de supervisión para el suministro del tratamiento de infusión en el hogar y los medicamentos de infusión en el hogar brindados por un proveedor calificado para el tratamiento de infusión en el hogar. 	<p>Tratamiento de infusión en el hogar: 0% - 20% del costo</p> <p>Quimioterapia / Medicamentos de Radiación: 0% - 20% del costo</p> <p>Medicamentos cubiertos de la Parte B de Medicare: 0% - 20% del costo</p> <p>Podría necesitarse autorización previa.</p> <p>La terapia escalonada puede aplicarse a ciertos medicamentos cubiertos por la Parte B.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Podemos requerir que primero pruebe un medicamento alternativo preferido antes de cubrir el medicamento que su médico recetó originalmente. Esto se llama terapia escalonada y ayuda a garantizar una atención segura, eficaz y rentable.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Atención en un hospicio</p> <p>Usted es elegible para el beneficio de hospicio cuando su médico y el director médico del hospicio le han dado un diagnóstico de enfermedad terminal que certifica que tiene una enfermedad terminal y que tiene una expectativa de vida inferior a 6 meses si su enfermedad sigue el curso normal. Es posible que reciba atención a través de un programa de hospicio certificado por Medicare. Su plan está obligado a ayudarlo a encontrar programas de hospicio certificados por Medicare en el área de servicio del plan, incluidos aquellos que la organización de MA posee, controla o en las que tiene un interés financiero. El médico del hospicio puede ser un proveedor dentro o fuera de la red.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos para controlar síntomas y aliviar el dolor. • Atención de alivio a corto plazo. • Atención a domicilio. <p>Cuando es admitido en un hospicio, tiene derecho a permanecer en su plan; si elige permanecer en su plan, debe continuar pagando las primas del plan.</p> <p><u>Para los servicios en un hospicio y para los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que se relacionan con su diagnóstico de enfermedad terminal:</u> Original Medicare (en lugar de nuestro plan) pagará a su proveedor del hospicio por sus servicios en un hospicio y cualquier servicio de la Parte A y la Parte B relacionado con su diagnóstico de enfermedad terminal. Mientras esté en el programa de hospicios, su proveedor del hospicio facturará a Original Medicare por los servicios que Original Medicare cubra. Se le facturará el costo compartido de Original Medicare.</p> <p><u>Para los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que no se relacionen con su diagnóstico de enfermedad terminal:</u> Si necesita servicios que no sean de emergencia ni de urgencia que estén cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que no estén relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal, el costo de estos servicios depende de si usted utiliza un proveedor de la red de nuestro plan y sigue las normas del plan (como si hay algún requisito de obtener una autorización previa).</p>	<p>Cuando se inscribe en un programa de hospicios certificado por Medicare, los servicios de hospicio y los servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal son pagados por Original Medicare, y no por <i>Leon MediMore</i>.</p> <p>Consultas de hospicio: \$0 copago</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Atención en un hospicio (continúa)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red y sigue las normas del plan para los servicios recibidos, solo pagará el monto de costo compartido del plan para los servicios dentro de la red. • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, pagará el costo compartido correspondiente al pago por servicio de Medicare (Original Medicare). <p>Para los servicios cubiertos por <i>Leon MediMore</i> pero que no están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare: <i>Leon MediMore</i> continuará cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no estén cubiertos por la Parte A o la Parte B o que no estén relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal. Usted paga el monto del costo compartido de su plan por estos servicios.</p> <p>Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por los beneficios de la Parte D del plan: Si estos medicamentos no están relacionados con su condición en un hospicio por enfermedad terminal, usted paga el costo compartido. Si están relacionados con su condición en un hospicio por enfermedad terminal, entonces usted paga el costo compartido de Original Medicare. Los medicamentos nunca están cubiertos por el hospicio y nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte la Sección 9.4 del Capítulo 5.</p> <p>Nota: Si necesita atención médica que no sea en un hospicio (atención que no está relacionado con su diagnóstico de enfermedad terminal), debe comunicarse con nosotros para coordinar los servicios.</p> <p>Nuestro plan cubre servicios de consulta de hospicio (solo una vez) para una persona con una enfermedad terminal que no haya elegido el beneficio de hospicio.</p>	

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Inmunizaciones</p> <p>Los servicios de la Parte B cubiertos por Medicare incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none">• Vacuna contra la neumonía.• Inyecciones antigripales (o vacunas), una vez en cada temporada de gripe en el otoño y el invierno, e inyecciones adicionales contra la gripe (o vacunas) si son médicaamente necesarias.• Vacunas contra la hepatitis B si corre riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B.• Vacunas contra la COVID-19.• Otras vacunas si su salud está en peligro y si cumple con las normas de cobertura de la Parte B de Medicare. <p>También cubrimos la mayoría de las vacunas para adultos en virtud de los beneficios de cobertura para medicamentos con receta de la Parte D. Consulte la Sección 8 del Capítulo 6 para obtener información adicional.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, la gripe, la hepatitis B ni la COVID 19.</p> <p>Debe obtener estos servicios de proveedores dentro de nuestra red.</p> <p>20% del costo se aplica para las demás vacunas de la Parte B.</p> <p>La terapia escalonada puede aplicarse a ciertas vacunas cubiertas por la Parte B.</p> <ul style="list-style-type: none">• Podemos requerir que primero reciba una vacuna alternativa preferida antes de cubrir la vacuna que su médico recomendó originalmente. Esto se llama terapia escalonada y ayuda a garantizar una atención segura, eficaz y rentable.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Atención hospitalaria para pacientes internados</p> <p>Incluye servicios hospitalarios de cuidados agudos, de rehabilitación, de atención a largo plazo y de otros tipos para pacientes internados. La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día en que formalmente ingresa al hospital con una orden del médico. El día anterior a su alta médica es su último día como paciente internado.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o privada si es médica mente necesario). • Comidas, incluidas dietas especiales. • Servicios de enfermería permanentes. • Costos de las unidades de cuidados especiales (por ejemplo, unidades de cuidados intensivos o coronarios). • Medicamentos. • Análisis de laboratorio. • Radiografías y otros servicios radiológicos. • Suministros médicos y quirúrgicos necesarios. • Uso de aparatos, como sillas de ruedas. • Costos de la sala de operaciones y de recuperación. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje. • Servicios por el trastorno por el consumo de sustancias para pacientes internados. • En determinadas condiciones, están cubiertos los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, páncreas y riñón, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinos/múltiples vísceras. Si necesita un trasplante, organizaremos la revisión de su caso en un centro de trasplantes aprobado por Medicare, que decidirá si es candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o estar fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de trasplante de la red se encuentran fuera del patrón de atención de la comunidad, puede elegir un lugar cerca siempre y cuando los proveedores locales de trasplante estén dispuestos a aceptar la tarifa de Original Medicare. Si <i>Leon MediMore</i> 	<p>Día(s) 1–5: \$50 copago por día</p> <p>Días 6–90: \$0 copago por cada día de reserva vitalicia (hasta 60 días durante la vida)</p> <p>Después de los días de reserva de por vida: Sin cobertura – usted es responsable de todos los costos.</p> <p>Se requiere autorización previa y referido.</p> <p>Si recibe atención autorizada 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 pagaría en un hospital de la red.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Atención hospitalaria para pacientes internados (continúa)</p> <p>brinda servicios de trasplante en un lugar fuera del patrón de atención para trasplantes en su comunidad y usted elige llevar a cabo el trasplante en este lugar distante, coordinaremos o pagaremos los costos de transporte y alojamiento correspondientes para usted y un acompañante.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sangre – incluyendo almacenamiento y administración. Nuestro plan cubre sangre completa y glóbulos rojos empacados, y se exime el deducible para las primeras tres pintas que reciba en un año calendario. Esto significa que usted no será responsable del costo de esas tres primeras pintas. Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta utilizada. • Servicios médicos. <p>Nota: Para ser paciente internado, el proveedor debe hacer una orden por escrito para que lo ingresen de manera formal como paciente internado en el hospital. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente externo. Si no está seguro de si es un paciente internado o externo, consulte con el personal del hospital.</p> <p>Obtenga más información en la hoja informativa de Medicare Beneficios hospitalarios de Medicare. Esta hoja informativa está disponible en www.Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.</p>	
<p>Servicios de hospitalización en un hospital psiquiátrico</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen atención de salud mental que requiere una hospitalización.</p> <p><i>Leon MediMore</i> cubre hasta 190 días de atención psiquiátrica para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico independiente durante toda su vida, según lo permitido por Medicare Original. Una vez que haya utilizado los 190 días de por vida, no se cubrirán días adicionales.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nota: El límite de por vida de 190 días no se aplica a los servicios de salud mental para pacientes hospitalizados que se brinden en una unidad psiquiátrica de un hospital general. 	<p>Día(s) 1-90: \$50 copago</p> <p>Días 91–190: \$0 copago por cada día de reserva de por vida (hasta 60 días durante toda la vida).</p> <p>Después de los días de reserva de por vida: Sin cobertura — usted es responsable de todos los costos.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios de hospitalización en un hospital psiquiátrico (continúa)</p> <p>Si su estancia se extiende más allá de 90 días, puede usar los días de reserva de por vida (hasta 60 días durante su vida) para continuar recibiendo servicios cubiertos. Usted paga \$0 por cada día de reserva de por vida cubierto. El plan no cubre ningún costo más allá de los 60 días de reserva de por vida.</p>	<p>Se requiere la autorización previa y referido.</p>
<p>Hospitalización: Servicios cubiertos recibidos en un hospital o SNF durante una hospitalización no cubierta</p> <p>Si ha agotado sus beneficios para paciente internado o si la hospitalización no es razonable y necesaria, no cubriremos su hospitalización. Sin embargo, en algunos casos, cubriremos ciertos servicios que recibe mientras está en el hospital o en el centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios médicos. • Análisis de diagnóstico (como los análisis de laboratorio). • Tratamiento con radiografías, radio e isótopos, incluidos los servicios y materiales de los técnicos. • Vendajes quirúrgicos. • Entabillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones. • Dispositivos protésicos y ortésicos (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 del habla y terapia ocupacional. 	<p>Cuando su estadía como paciente interno no esté cubierta, usted pagará el costo de los servicios recibidos, excepto aquellos que se describen a lo largo de esta tabla de beneficios.</p> <p>Se requiere autorización previa y referido.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>*Comidas – Despues del Alta (Beneficio suplementario)</p> <p>Después del alta de una hospitalización en un hospital o centro de enfermería especializada, puede ser elegible para recibir 14 comidas nutritivas congeladas entregadas en su hogar. Usted es elegible para recibir este beneficio hasta tres (3) veces por año, para un total máximo anual de 42 comidas. Este beneficio solo se aplicará a altas hospitalarias tras una admisión. Las altas de estancias por observación o de salud conductual no son elegibles. Las llamadas para programar este beneficio serán iniciadas por el proveedor del plan de salud.</p>	<p>\$0 copago</p>
<p> Terapia médica nutricional</p> <p>Este beneficio es para las personas con diabetes, enfermedad renal (del riñón) (pero no con tratamiento de diálisis) o después de un trasplante con un referido del médico.</p> <p>Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento individual durante el primer año que recibe los servicios de terapia médica nutricional en virtud de Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier plan Medicare Advantage u Original Medicare) y 2 horas cada año, después de este. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambian, puede recibir más horas de tratamiento con el referido de un médico.</p> <p>El médico debe recetar estos servicios y renovar el referido todos los años si hay que continuar el tratamiento en el próximo año calendario.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para servicios de terapia médica nutricional cubiertos por Medicare.</p> <p>Se requiere la autorización previa y referido.</p>
<p> Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP)</p> <p>Los servicios del Programa de prevención de la diabetes de Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP) estarán cubiertos para los beneficiarios elegibles de Medicare a través de todos los planes de salud de Medicare.</p> <p>El MDPP es una intervención estructurada de cambio de conducta de salud que brinda capacitación práctica sobre cambio en la dieta a largo plazo, mayor actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar los desafíos a fin de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio del MDPP.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare</p> <p>La Parte B de Original Medicare cubre estos medicamentos. Los miembros de nuestro plan reciben la cobertura de estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> Medicamentos que, generalmente, el paciente no se autoadministra y que se aplican por medio de una inyección o infusión cuando recibe los servicios de médicos, en un hospital para pacientes externos o en un centro quirúrgico ambulatorio. Insulina provista a través de un equipo médico duradero (por ejemplo, una bomba de insulina médica necesaria). Otros medicamentos que se administran con equipo médico duradero (por ejemplo, nebulizadores) autorizados por el plan. El medicamento para el Alzheimer, Leqembi[□], (nombre genérico lecanemab), que se administra por vía intravenosa. Además de los costos de los medicamentos, es posible que necesite análisis y tomografías adicionales antes o durante el tratamiento que podrían agregarse a sus costos totales. Consulte con su médico qué tomografías y análisis 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 el tratamiento con medicamentos para trasplantes si Medicare pagó por el trasplante de órgano. Debe tener la Parte A en el momento del trasplante cubierto y debe tener la Parte B en el momento en que reciba medicamentos inmunosupresores. Tenga en cuenta que la cobertura para medicamentos de Medicare (Parte D) cubre los medicamentos inmunosupresores si la Parte B no los cubre. Medicamentos inyectables para la osteoporosis si usted no puede salir de su casa, tiene una fractura ósea que el médico confirma que se relacionó con la osteoporosis posmenopáusica y no puede administrarse usted mismo el medicamento. 	<p>Medicamentos cubiertos de la Parte B de Medicare:</p> <p>\$0 copago por inyecciones de Hialuronato de Sodio, inyecciones intravítreas de bevacizumab (Avastin), inyecciones de Enoxaparina y medicamentos para inhalación mediante nebulizador.</p> <p>0% - 20% del costo para todos los demás medicamentos y vacunas de la Parte B. Algunos medicamentos de la Parte B de Medicare pueden requerir terapia escalonada. Esto significa que es posible que deba probar primero un medicamento de menor costo antes de que el plan cubra uno más costoso.</p> <p>Quimioterapia/ Medicamentos de Radiación:</p> <p>0% - 20% del costo</p> <p>Insulinas cubiertas de la Parte B de Medicare:</p> <p>No paga más de \$35 por un suministro de 30 días de cada producto de insulina cubierto por</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare (continúa)</p> <ul style="list-style-type: none"> Determinados medicamentos orales para el tratamiento del cáncer: Medicare cubre algunos medicamentos orales para el cáncer que toma por la boca si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable o si el medicamento es un profármaco (una forma oral de un medicamento que, cuando se ingiere, se descompone en el mismo principio activo que se encuentra en el medicamento inyectable) del medicamento inyectable. A medida que estén disponibles nuevos medicamentos orales para el cáncer, la Parte B puede cubrirlos. Si la Parte B no los cubre, la Parte D sí los cubre. Medicamentos orales para las náuseas: Medicare cubre los medicamentos orales para las náuseas que utilice como parte de un régimen quimioterapéutico contra el cáncer si se administran antes, durante o dentro de las 48 horas posteriores a la quimioterapia, o se utilizan como reemplazo terapéutico total para un medicamento intravenoso contra las náuseas. Determinados medicamentos orales para la enfermedad renal terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD) si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable y el beneficio de la ESRD de la Parte B lo cubre. Medicamentos calcimimético según el sistema de pago de la ESRD, incluidos los medicamentos intravenosos Parsabiv® y el medicamento oral Sensipar®. Determinados medicamentos para autodiálisis en su hogar, incluidos la heparina, el antídoto para la heparina cuando sea médicaamente necesario y anestésicos tópicos. Fármacos estimuladores de la eritrocitopoyesis Medicare cubre la eritropoyetina mediante inyección si usted tiene enfermedad renal terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD) o si necesita este medicamento para tratar la anemia relacionada con otras afecciones (por ejemplo Procrit® y Retacrit®) Inmunoglobulinas intravenosas para el tratamiento a domicilio de deficiencias inmunitarias primarias. Nutrición parenteral y enteral (intravenosa y para sondas). 	<p>nuestro plan, independientemente del nivel de costos compartidos para farmacias minoristas preferidas y estándar. Podría necesitarse autorización previa.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare (continúa)</p> <p>Mediante el siguiente enlace accederá a una lista de medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos a tratamiento escalonado: www.leonhealth.com/planes-y-beneficios/beneficios-de-medicamentos-recetados/?lang=es.</p> <p>También cubrimos algunas vacunas bajo la Parte B y la mayoría de las vacunas para adultos bajo nuestro beneficio de medicamentos de la Parte D.</p> <p>El Capítulo 5 explica el beneficio para medicamentos con receta de la Parte D e indica las normas que deben seguirse a fin de recibir cobertura para los medicamentos con receta. Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D a través de nuestro plan se explica en el Capítulo 6.</p>	
<p> Prueba de detección de obesidad y tratamiento para fomentar la pérdida de peso continua</p> <p>Si usted tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos asesoramiento intensivo para ayudarlo a 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.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para los tratamientos y las pruebas de detección preventivos de obesidad.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios del programa de tratamiento para opioides</p> <p>Los miembros de nuestro plan con trastorno por uso de opioides (Opioid Use Disorder, OUD) pueden recibir la cobertura de servicios para tratar los OUD a través de un Programa de tratamiento para opioides (Opioid Treatment Program, OTP), que incluye los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> Medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) de los Estados Unidos y medicamentos agonistas y antagonistas para tratamiento asistido por medicamentos (medication-assisted treatment, MAT). Suministro y administración de medicamentos de MAT (si corresponde). Asesoramiento sobre el trastorno por el consumo de sustancias Terapia individual y grupal Pruebas toxicológicas Actividades de admisión Evaluaciones periódicas 	<p>\$0 copago</p> <p>Se requiere autorización previa y referido.</p>
<p>Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> Radiografías. Tratamiento de radiación (radio e isótopos) que incluye materiales de los técnicos y suministros. Suministros quirúrgicos, por ejemplo, vendajes. Entabillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones. Análisis de laboratorio. Sangre – incluyendo almacenamiento y administración. Nuestro plan cubre sangre completa y glóbulos rojos empacados, y se exime el deducible para las primeras tres pintas que reciba en un año calendario. Esto significa que usted no será responsable del costo de esas tres primeras pintas. Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta utilizada. Otros análisis de diagnóstico para pacientes externos 	<p>Procedimientos, pruebas y servicios de laboratorio diagnósticos ambulatorios:</p> <p>\$0 copago</p> <p>Servicios radiológicos terapéuticos ambulatorios cubiertos por Medicare:</p> <p>20% del costo</p> <p>Se requiere autorización previa y referido.</p> <p>No se requiere autorización previa para pruebas relacionadas con COVID-19.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Observación hospitalaria para pacientes externos</p> <p>Los servicios de observación son servicios hospitalarios para pacientes externos proporcionados para determinar si necesita ser ingresado como paciente internado o puede ser dado de alta.</p> <p>Para que los servicios hospitalarios de observación para pacientes externos tengan cobertura, deben cumplir con los criterios de Medicare y considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación tienen cobertura solo cuando son proporcionados a partir de la orden de un médico o de otra persona autorizada por la ley de licencias del estado y los reglamentos sobre personal del hospital para ingresar pacientes al hospital u ordenar pruebas para pacientes externos.</p> <p>Nota: A menos que el proveedor haya dejado por escrito una orden de admisión como paciente internado, usted es un paciente externo y paga los montos del costo compartido por servicios hospitalarios para pacientes externos. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente externo. Si no está seguro de si es un paciente externo, consulte con el personal del hospital.</p> <p>Obtenga más información en la hoja informativa de Medicare Beneficios hospitalarios de Medicare. Esta hoja informativa está disponible en www.Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.</p>	<p>Observación hospitalaria para pacientes externos: \$120 copago por estadía</p> <p>Se requiere autorización previa y referido.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios hospitalarios para pacientes externos</p> <p>Cubrimos servicios médicaamente necesarios que se le hayan brindado en el departamento de pacientes externos de un hospital para diagnóstico y tratamiento de una enfermedad o lesión.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none">• Servicios en un departamento de emergencias o una clínica para pacientes 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 entabillados y yesos.• Algunos medicamentos y productos biológicos que no se pueden autoadministrar. <p>Nota: A menos que el proveedor haya dejado por escrito una orden de admisión como paciente internado, usted es un paciente externo y paga los montos del costo compartido por servicios hospitalarios para pacientes externos. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente externo. Si no está seguro de si es un paciente externo, consulte con el personal del hospital.</p>	<p><u>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios:</u></p> <p>\$0 - \$50 copago</p> <p><u>Cirugía ambulatoria:</u></p> <p>\$40 copago</p> <p><u>Transfusiones de sangre ambulatorias:</u></p> <p>\$0 copago</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Atención de salud mental para pacientes externos</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <p>Servicios de salud mental prestados por un psiquiatra o médico autorizado por el estado, psicólogo clínico, asistente social clínico, especialista en enfermería clínica, consejera profesional autorizada (Licensed Professional Counselor, LPC), terapeuta familiar y matrimonial con licencia (licensed marriage and family therapist, LMFT), enfermero practicante (nurse practitioner, NP), asistente médico (physician assistant, PA) u otro profesional de atención de salud mental calificado por Medicare, según lo permitido por la legislación estatal aplicable.</p> <p><i>Leon MediMore</i> ofrece sesiones de terapia individual y grupal para pacientes externos.</p>	<p>\$0 copago</p> <p>Se requiere autorización previa y referido.</p>
<p>Servicios de rehabilitación para pacientes externos</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y del lenguaje.</p> <p>Los servicios de rehabilitación para pacientes externos son brindados en varios entornos para pacientes externos, como departamentos ambulatorios de hospitales, consultorios de terapeutas independientes y Centros de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facilities, CORF).</p>	<p>\$0 copago</p> <p>Se requiere autorización previa y referido.</p>
<p>Servicios por el trastorno por el consumo de sustancias para pacientes externos</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen: los servicios contra el abuso de sustancias prestados a pacientes ambulatorios, incluido el Programa de Hospitalización Parcial, evaluación al paciente ambulatorio, terapia al paciente ambulatorio y manejo de medicamentos proporcionados por un médico, psicólogo clínico, trabajador social clínico, especialista en enfermería clínica, enfermero practicante, asistente de médico u otro profesional de atención de salud mental conductual calificado ante Medicare, según lo permitido por la ley aplicable del estado.</p>	<p>\$0 copago</p> <p>Se requiere autorización previa y referido.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Cirugía para pacientes externos, incluidos servicios brindados en centros hospitalarios para pacientes externos y centros quirúrgicos ambulatorios</p> <p>Nota: Si va a ser sometido a una cirugía en un centro hospitalario, consulte con el proveedor si será considerado un paciente internado o externo. A menos que el proveedor escriba una orden de admisión para su hospitalización, 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.</p>	<p><u>Cirugía para pacientes externos</u> – Instalaciones hospitalarias para pacientes ambulatorios: \$40 copago</p> <p><u>Cirugía para pacientes externos – Centros de cirugía ambulatoria:</u> \$30 copago</p> <p>Se requiere autorización previa y referido.</p>
<p>*Medicamentos sin receta (OTC, por sus siglas en inglés)</p> <p>Los beneficiarios de Leon MediMore reciben una asignación mensual de \$50 para comprar medicamentos de venta sin receta (OTC) y artículos relacionados con la salud en las farmacias de Leon Medical Center o en establecimientos minoristas aprobados.</p> <p>Si elige obtener sus productos en las farmacias de LMC, debe completar el formulario de artículos OTC con los artículos elegibles seleccionados o llamar a Servicios para miembros cada mes para realizar su pedido.</p>	<p>\$50 de asignación mensual</p> <p><u>OTC y artículos relacionados con la salud:</u> \$0 copago</p> <p>Los montos no utilizados caducan al final de cada mes.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios de hospitalización parcial y servicios intensivos para pacientes externos</p> <p><i>La hospitalización parcial</i> es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo, suministrado como un servicio hospitalario para pacientes externos o en un centro comunitario de salud mental, que es más intenso que la atención recibida en el consultorio del médico, del terapeuta, del terapeuta familiar y matrimonial con licencia (licensed marriage and family therapist's, LMFT) o en un consultorio de asesores profesionales con licencia y es una alternativa a la hospitalización.</p> <p><i>El servicio intensivo para pacientes externos</i> es un programa estructurado de tratamiento de salud conductual (mental) activo proporcionado en un departamento de pacientes externos de un hospital, un centro comunitario de salud mental, un centro de salud calificado por el gobierno federal o una clínica de salud rural que es más intensa que es más intenso que la atención recibida en el consultorio del médico, del terapeuta, del terapeuta familiar y matrimonial con licencia (licensed marriage and family therapist's, LMFT) o en un consultorio de asesores profesionales con licencia, pero menos intenso que la hospitalización parcial.</p> <p>Nota: Debido a que no hay centros de salud mental comunitarios en nuestra red, solo cubrimos la hospitalización parcial como un servicio hospitalario para pacientes externos.</p>	<p>\$0 copago</p> <p>Se requiere autorización previa y referido.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios quirúrgicos o de atención médica necesarios llevados a cabo en un consultorio médico, centro quirúrgico ambulatorio certificado, departamento para pacientes externos de un hospital o cualquier otra ubicación. • Consultas con un especialista, y diagnóstico y tratamiento a cargo de un especialista. • Exámenes auditivos básicos y relacionados con el equilibrio realizados por su PCP, si el médico así lo indica para determinar si usted necesita tratamiento médico. • Determinados servicios de telesalud, incluidos los siguientes: Atención Primaria, Cardiología, Quiropráctica, Dermatología, Endocrinología, Gastroenterología, Ginecología, Hematología, Enfermedades Infecciosas, Nefrología, Neurología, Nutrición, Oncología, Optometría, Oftalmología, Podología, Psiquiatría y Neumología. <ul style="list-style-type: none"> ○ Tiene la opción de recibir estos servicios mediante una consulta en persona o a través de telesalud. Si elige recibir uno de estos servicios a través de telesalud, debe utilizar un proveedor de la red que ofrezca el servicio a través de telesalud. ○ Las consultas de telesalud están disponibles empleando su teléfono móvil, computadora o tableta. • Algunos servicios de telesalud, entre los que se incluyen consultas, diagnósticos y tratamientos por parte de un médico o profesional para los pacientes en ciertas áreas rurales u otros lugares aprobados por Medicare • Servicios de telesalud para las consultas mensuales relacionadas con una enfermedad renal terminal para los miembros que se realizan diálisis en el hogar en un centro de diálisis renal basado en un hospital o basado en un hospital de acceso crítico, centro de diálisis renal o el hogar del miembro. • Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar síntomas de una apoplejía, independientemente de su ubicación. 	<p>\$0 copago</p> <p>Podría necesitarse autorización previa.</p> <p>Se requiere el referido de su médico de atención primaria (PCP) para visitas a especialistas.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico (continúa)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de telesalud para miembros con un trastorno por el consumo de sustancias o un trastorno de salud mental que ocurre en simultáneo, independientemente de su ubicación. • Servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento de trastornos de salud mental si se cumple lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ○ Tiene una visita en persona dentro de los 6 meses anteriores a su primera visita de telesalud. ○ Tiene una visita en persona cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud. ○ Se pueden hacer excepciones a lo anterior en ciertas circunstancias. • Servicios de telesalud para visitas de salud mental proporcionados por Clínicas de Salud Rural y Centros de Salud Calificados Federalmente. • Controles virtuales (por ejemplo, por teléfono o chat de video) con su médico durante 5 10 minutos si: <ul style="list-style-type: none"> ○ No es un paciente nuevo y ○ El control no está relacionado con una consulta en el consultorio en los últimos 7 días y ○ El control no lleva a una consulta en el consultorio dentro de las 24 horas o la cita disponible más cercana. • Evaluación de videos o imágenes que usted envía a su médico, e interpretación y seguimiento por parte de su médico en un plazo de 24 horas si: <ul style="list-style-type: none"> ○ No es un paciente nuevo y ○ La evaluación no está relacionada con una consulta en el consultorio en los últimos 7 días y ○ La evaluación no lleva a una consulta en el consultorio dentro de las 24 horas o la cita disponible más cercana. 	

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico (continúa) <ul style="list-style-type: none"> Consulta que su médico realiza con otros médicos por teléfono, Internet o registro de salud electrónico. Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de la cirugía. 	
*Examen físico – Rutinario (Beneficio suplementario) <i>Leon MediMore cubre un (1) examen físico rutinario anual además de la visita anual de bienestar y la visita preventiva de “Bienvenida a Medicare”. El examen físico rutinario anual incluye un examen físico completo, revisión del historial médico y familiar, recomendaciones para exámenes preventivos y asesoramiento sobre hábitos saludables.</i> Nota: Este beneficio no cubre ningún examen o servicio diagnóstico, de laboratorio o de radiología. Usted paga por separado el monto de costo compartido de su plan por esos servicios.	\$0 copago
Servicios de podiatría (Cubierto por Medicare) Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (por ejemplo, dedo en martillo o espolones calcáneos). Atención de rutina de los pies para los miembros que padecen determinadas afecciones que comprometen las extremidades inferiores. 	\$0 copago Podría necesitarse autorización previa.
*Servicios de podiatría (Beneficio suplementario) Los beneficios de podiatría suplementarios adicionales cubiertos incluyen: <ul style="list-style-type: none"> Cuidado rutinario ilimitado de los pies 	\$0 copago Podría necesitarse autorización previa.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Profilaxis previa a la exposición (PrEP) para la prevención del VIH</p> <p>Si no tiene VIH, pero su médico u otro profesional de la salud determina que tiene un mayor riesgo de contraerlo, cubrimos la medicación de profilaxis previa a la exposición (PrEP) y los servicios relacionados.</p> <p>Si califica, los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos PrEP orales o inyectables aprobados por la FDA. Si recibe un medicamento inyectable, también cubrimos el cargo por la aplicación de la inyección. • Hasta 8 sesiones individuales de consejería (incluyendo evaluación del riesgo de VIH, reducción del riesgo de VIH y adherencia al tratamiento) cada 12 meses. • Hasta 8 pruebas de detección de VIH cada 12 meses. • Una prueba única de detección del virus de la hepatitis B. 	No se requiere coseguro, copago ni deducible por el beneficio de PrEP.
<p> Pruebas de detección de cáncer de próstata</p> <p>Para los hombres de 50 años o más, los servicios cubiertos incluyen los siguientes estudios una vez cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tacto rectal. • Análisis del antígeno prostático específico (Prostate Specific Antigen, PSA). 	No se requiere coseguro, copago ni deducible para un análisis del PSA anual. Podría necesitarse la autorización previa.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Dispositivos protésicos y ortésicos, y suministros relacionados</p> <p>Dispositivos (no odontológicos) que reemplazan una función o parte del cuerpo parcial o totalmente. Estos incluyen, entre otros, pruebas, adaptación o preparación para el uso de dispositivos protésicos y ortésicos, así como: bolsas de colostomía y artículos directamente relacionados con el cuidado de la colostomía, marcapasos, férulas, zapatos protésicos, extremidades artificiales, prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico para después de una mastectomía). Se incluyen determinados suministros relacionados con dispositivos protésicos y ortésicos, así como la reparación o sustitución de estos dispositivos. Además, también se proporciona cierto grado de cobertura después de la extracción de cataratas o de una cirugía de cataratas (para obtener más detalles, consulte Atención de la vista más adelante en esta sección).</p>	<p>\$0 copago</p> <p>Podría necesitarse autorización previa.</p>
<p>Servicios de rehabilitación pulmonar</p> <p>Los programas intensivos de rehabilitación pulmonar están cubiertos para miembros que padecen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a grave y tienen un referido del médico que atiende su enfermedad respiratoria crónica, para comenzar una terapia de rehabilitación pulmonar.</p>	<p>\$0 copago</p> <p>Podría necesitarse autorización previa.</p>
<p> Prueba de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol</p> <p>Cubrimos una prueba de detección de abuso de alcohol para adultos con Medicare (incluidas mujeres embarazadas) que abusan del alcohol, pero que no son dependientes.</p> <p>Si el resultado de la prueba de detección de abuso de alcohol es positivo, usted puede obtener hasta 4 sesiones breves de asesoramiento personales por año (si demuestra ser competente y estar alerta durante el asesoramiento) brindado por un médico o profesional de atención primaria calificado en un establecimiento de atención primaria.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol cubierto por Medicare.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Prueba de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT)</p> <p>Para las personas que reúnen los requisitos, se cubre una tomografía computarizada de baja dosis (Low Dose Computed Tomography, LDCT) cada 12 meses.</p> <p>Los miembros elegibles deben cumplir con los siguientes requisitos: tener entre 50 y 77 años y no tener signos ni síntomas de cáncer de pulmón, pero tener antecedentes como fumadores de tabaco de, al menos, 20 paquetes/años y ser fumadores actualmente o haber dejado de fumar en los últimos 15 años y recibir una orden de parte de un médico o un profesional no médico calificado para realizarse una LDCT durante una consulta para el asesoramiento sobre la prueba de detección de cáncer de pulmón y de la toma de decisiones compartidas que cumplan con los criterios de Medicare para dichas consultas.</p> <p><i>Para poder realizarse una prueba de detección de cáncer de pulmón con una LDCT después de la prueba de detección inicial con una LDCT:</i> los miembros deben recibir una orden para realizarse una prueba de detección de cáncer de pulmón con una LDCT, que puede proporcionar un médico o profesional no médico calificado durante cualquier consulta apropiada. Si un médico o profesional no médico calificado elige realizar una consulta de asesoramiento y de toma de decisiones compartidas para realizar una prueba de detección de cáncer de pulmón con LDCT posterior, la consulta debe cumplir con los criterios de Medicare.</p>	<p>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.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Detección de infección por el virus de la hepatitis C</p> <p>Cubrimos un examen de detección de hepatitis C si su médico de atención primaria u otro proveedor de atención médica calificado solicitan uno y usted cumple con una de estas condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usted tiene un alto riesgo porque consume o ha consumido drogas inyectables ilícitas. • Usted recibió una transfusión de sangre antes de 1992. • Nació entre 1945-1965. <p>Si nació entre el 1945-1965 y no se considera de alto riesgo, pagamos una vez la prueba de detección. Si tiene un alto riesgo (por ejemplo, ha continuado usando drogas ilícitas inyectables desde su prueba de detección de hepatitis C negativa anterior), cubrimos las pruebas de detección anuales.</p>	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los exámenes de detección del virus de la hepatitis C cubiertos por Medicare.
<p> Prueba de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y asesoramiento para prevenirlas</p> <p>Cubrimos pruebas de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) como clamidía, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas de detección están cubiertas para las mujeres embarazadas y para ciertas personas que se encuentran en un mayor riesgo de infecciones por ETS cuando el proveedor de atención primaria las solicita. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertas etapas durante el embarazo.</p> <p>También cubrimos hasta dos sesiones personales súper intensivas de asesoramiento conductual de 20 a 30 minutos por año, para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de infecciones por ETS. Solo cubriremos estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo si son brindadas por un proveedor de atención primaria y se realizan en un establecimiento de atención primaria, como en un consultorio del médico.</p>	No se requiere coseguro, copago ni deducible para beneficios preventivos para pruebas de detección de ETS y asesoramiento para prevenirlas cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios para tratar enfermedades renales</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios educativos sobre la enfermedad renal para enseñar sobre el cuidado del riñón y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas sobre su cuidado. En el caso de los miembros con enfermedad renal crónica en etapa IV, cuando son remitidos por su médico, cubrimos hasta seis sesiones de servicios educativos sobre la enfermedad renal de por vida. • Tratamientos de diálisis para pacientes externos (incluso tratamientos de diálisis cuando está temporalmente fuera del área de servicio, tal como se explica en el Capítulo 3, o cuando su proveedor para este servicio no está disponible temporalmente o está fuera del alcance). • Tratamientos de diálisis para pacientes internados (si se lo ingresa al hospital para recibir atención especial). • Preparación para autodiálisis (incluye su preparación y la de cualquier otra persona que lo ayude con los tratamientos de diálisis en su hogar). • Equipos y suministros para autodiálisis en su hogar. • Determinados servicios de apoyo a domicilio (por ejemplo, cuando sea necesario, recibir visitas por parte de trabajadores capacitados 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). <p>Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos por los beneficios de cobertura para medicamentos de la Parte B de Medicare. Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte B, consulte la sección Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare.</p>	<p>Servicios de diálisis: 20% del costo</p> <p>Servicios de educación sobre enfermedad renal: \$0 copago</p> <p>Entrenamiento para el manejo de la diabetes: \$0 copago</p> <p>Se requiere autorización previa y referido.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (skilled nursing facility, SNF) (En el Capítulo 12 de este documento, encontrará una definición de “centro de atención de enfermería especializada”, Que suele denominarse SNF, por “Skilled Nursing Facility”).</p> <p>Días cubiertos: Está cubierto por hasta 100 días por período de beneficios para servicios de hospitalización en un centro de enfermería especializada (SNF).</p> <p>Restricciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El límite de 100 días aplica por período de beneficios, no por año. • Un período de beneficios comienza el día en que ingresas a un hospital o centro de enfermería especializada. El período de beneficios termina cuando no has recibido ningún cuidado hospitalario como paciente interno (o cuidado especializado en un centro de enfermería especializada) durante 60 días consecutivos. • Puede tener varios períodos de beneficios en un año si ocurre un descanso de 60 días entre estancias. <p>Requisito de hospitalización previa: No se requiere una hospitalización previa de 3 días como paciente internado.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o privada si es médica mente necesario). • Comidas, incluidas dietas especiales. • Servicios de enfermería especializada. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Medicamentos administrados como parte del plan de atención (esto incluye sustancias naturalmente presentes en el organismo, como los factores de la coagulación de la sangre). • Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre total y de concentrado de glóbulos rojos comienza a partir de la cuarta pinta de sangre que usted necesite; debe pagar por las tres 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. 	<p>Día(s) 1–20: \$0 copago</p> <p>Días 21–100: \$20 copago por día</p> <ul style="list-style-type: none"> • Está cubierto por hasta 100 días por período de beneficios para servicios de hospitalización en un centro de enfermería especializada (SNF), según las pautas de Medicare. • Un período de beneficios comienza el día en que ingresas a un hospital o centro de enfermería especializada. El período de beneficios termina cuando no has recibido ningún cuidado hospitalario como paciente interno (o cuidado especializado en un centro de enfermería especializada) durante 60 días consecutivos. <p>Se requiere autorización previa y referido.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (skilled nursing facility, SNF) (continúa)</p> <ul style="list-style-type: none"> Suministros médicos y quirúrgicos que habitualmente proveen los SNF. Análisis de laboratorio que habitualmente se realizan en los SNF. Radiografías y otros servicios de radiología que habitualmente se realizan en los SNF. Uso de aparatos, como sillas de ruedas, que habitualmente proveen los SNF. Servicios de médicos o profesionales. <p>Generalmente, la atención en los SNF la obtendrá en los centros de la red. No obstante, en determinadas condiciones que se detallan más abajo, es posible que pueda pagar el costo compartido dentro de la red por un centro que no sea proveedor de la red si dicho centro acepta los montos de pago de nuestro plan.</p> <ul style="list-style-type: none"> Un centro de cuidados o una comunidad de atención continua para los jubilados donde estaba viviendo justo antes de ir al hospital (siempre que brinde los servicios de un centro de atención de enfermería especializada). Un SNF donde su cónyuge o pareja doméstica esté viviendo en el momento en que usted se retire del hospital. 	
<p> Servicios para dejar de fumar y consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco)</p> <p>El asesoramiento para dejar de fumar y consumir tabaco está cubierto para pacientes ambulatorios y hospitalizados que cumplan con estos criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> Consumir tabaco, independientemente de si presentan signos o síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco. Ser competente y estar alerta durante el asesoramiento. Un médico calificado u otro profesional reconocido por Medicare brinda asesoramiento. <p>Cubrimos 2 intentos de dejar de fumar por año (cada intento puede incluir un máximo de 4 sesiones intermedias o intensivas, y el paciente recibe hasta 8 sesiones por año).</p>	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos para dejar de fumar y de consumir tabaco cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Tratamiento con ejercicios supervisados (Supervised Exercise Therapy, SET)</p> <p>El tratamiento con ejercicios supervisados (Supervised Exercise Therapy, SET) está cubierto para los miembros que tienen enfermedad arterial periférica (peripheral artery disease, PAD) sintomática. Su proveedor de servicios médicos debe verificar que usted necesita este servicio y solicitarlo por usted.</p> <p>Se cubren hasta 36 sesiones en un período de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa de SET.</p> <p>El programa de SET debe cumplir con lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consistir en sesiones que duren entre 30 y 60 minutos y que consten de un programa de kinesioterapia para PAD en pacientes con claudicación. • Llevarse a cabo en un entorno hospitalario para pacientes externos o en el consultorio de un médico. • Proporcionarse por el personal auxiliar calificado necesario para garantizar que los beneficios superen a los daños, y que esté capacitado en kinesioterapia para la PAD. • Estar bajo la supervisión directa de un médico, asistente médico, enfermero practicante o especialista en enfermería clínica, que debe estar capacitado en reanimación cardiopulmonar básica y avanzada. <p>El SET podría cubrirse por 36 sesiones adicionales en un período de tiempo extendido, más allá de las 36 sesiones en 12 semanas, si un proveedor de atención médica considera que es médicalemente necesario.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible por los tratamientos con ejercicios supervisados (SET).</p> <p>Se requiere autorización previa y referido.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>*Servicios de Transporte (Beneficio suplementario)</p> <p>Transporte proporcionado por Leon Health Transportation Service.</p> <p>Se proporciona transporte ilimitado no urgente desde el lugar de residencia del afiliado hasta su proveedor de atención primaria (PCP) y centro asignado, según la proximidad geográfica, para servicios específicamente ofrecidos en una instalación de Leon Medical Centers.</p> <p>El transporte a proveedores contratados fuera de Leon Medical Centers debe ser solicitado por un médico de Leon Medical Centers y autorizado por el plan. El transporte solo está disponible hacia centros que se encuentren cerca del domicilio del afiliado.</p> <p>También se cubre transporte ilimitado en camioneta para programas de educación en salud y acondicionamiento físico en los Leon Healthy Living Centers, pero únicamente para los afiliados que utilicen exclusivamente el transporte de Leon Medical Centers.</p> <p>La autorización puede ser requerida para transporte especial o servicios médicamente necesarios. Todos los viajes deben programarse con al menos 48 horas de anticipación.</p>	<p>\$0 copago</p> <p>Se requiere la autorización previa para viajes cuyo recorrido sea más de 30 millas de ida.</p>
<p>Servicios de urgencia</p> <p>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 del plan, o incluso si se encuentra dentro del área de servicio del plan, no es razonable, dado su tiempo, lugar y circunstancias para obtener este servicio de parte de proveedores de la red con los que el plan tiene un contrato. Su plan debe cubrir los servicios de urgencia y solo le cobrará el costo compartido dentro de la red. Ejemplos de servicios de urgencia son enfermedades y lesiones imprevistas, o brotes inesperados de afecciones existentes. Sin embargo, las consultas de rutina médica necesarias, como los chequeos anuales, no se consideran de urgencia, incluso si se encuentra fuera del área de servicio del plan o si la red del plan no está disponible temporalmente.</p>	<p>Servicios de urgencia: \$0 copago por los servicios de urgencia recibidos dentro del área de la cobertura del plan.</p> <p>Cobertura mundial: \$100 copago por los servicios de urgencia a nivel mundial.</p> <p>Su copago será eximido si es admitido en el hospital dentro de las 24 horas. Si se encuentra en estado de observación, el copago seguirá aplicándose.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>*Servicios de urgencia – Cobertura mundial (Beneficio suplementario)</p> <p>Nuestro plan cubre servicios de atención urgente a nivel mundial fuera de los Estados Unidos bajo las siguientes circunstancias:</p> <p>Cuando se encuentre fuera del área de servicio y no pueda recibir atención de un proveedor dentro de la red, nuestro plan cubrirá los servicios médicamente necesarios de atención urgente que reciba de cualquier proveedor.</p> <p>En virtud de este beneficio, los afiliados pueden obtener únicamente servicios que se clasificarían como servicios de atención urgente si se hubieran cubierto dentro de los Estados Unidos. Si recibe atención urgente fuera de los Estados Unidos y sus territorios, usted es responsable de pagar los servicios por adelantado.</p> <p>Luego debe presentar comprobante de pago, copias de los registros médicos, información de contacto del proveedor y toda la documentación de respaldo al plan para el reembolso dentro de los 12 meses a partir de la fecha del servicio.</p> <p>Tenga en cuenta: Es posible que no se le reembolsen todos los gastos de su bolsillo. El plan reembolsará solo hasta los montos permitidos por Medicare.</p>	
<p> Atención de la vista</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de médicos para pacientes 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, cubriremos una prueba de detección de glaucoma cada año. Las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma son las personas con antecedentes familiares de glaucoma, las personas diabéticas, los afroamericanos de 50 años o más y los hispanoamericanos de 65 años o más. • Para las personas con diabetes, se cubre una prueba de detección de retinopatía diabética por año. 	<p>\$0 copago</p> <p>Se requiere referido y autorización previa para la detección de glaucoma cubierta por Medicare.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Atención de la vista (continúa)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluya la colocación de una lente intraocular. (Si necesita dos operaciones de cataratas por separado, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía y comprar dos pares de anteojos después de la segunda cirugía). 	
<p>*Atención de la vista (Beneficio suplementario)</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones oculares (incluido examen anual de detección de glaucoma) • Examen ocular (uno (1) por año) • Lentes de contacto suaves (hasta cuatro (4) cajas por año) • Espejuelos (armaduras y lentes; hasta dos (2) por año) <p>Los servicios de visión solo están disponibles en el centro óptico dentro de las instalaciones de Leon Medical Centers. Usted es responsable del costo compartido que excede el monto máximo del beneficio anual. Los montos no utilizados vencen al final de cada año. Se aplican algunas restricciones.</p>	<p>\$0 copago</p> <p>Usted recibe hasta dos (2) pares de espejuelos cada año, incluida las mejoras, sin límite por par de espejuelos, siendo el beneficio máximo \$320.</p> <p>– O BIEN –</p> <p>Hasta cuatro (4) cajas de ciertos lentes de contacto suaves sin superar los \$35 por caja, siendo el beneficio máximo de \$140.</p> <p>Se requiere autorización previa y referido.</p>
<p> Consulta preventiva Bienvenido a Medicare</p> <p>El plan cubre la consulta preventiva única <i>Bienvenido a Medicare</i>. La consulta incluye una revisión de su salud, como así también educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita, (incluidas ciertas pruebas de detección e inyecciones [o vacunas]) y remisiones a otro tipo de atención si fuera necesario.</p> <p>Importante: Cubrimos la consulta preventiva <i>Bienvenido a Medicare</i> solo dentro de los primeros 12 meses de tener la Parte B de Medicare. Cuando solicite la cita, infórmeme al consultorio del médico que le gustaría programar su consulta preventiva <i>Bienvenido a Medicare</i>.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta preventiva <i>Bienvenido a Medicare</i>.</p>

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

En esta sección le explicamos cuáles son los servicios que están excluidos de la cobertura de Medicare y, por lo tanto, no tienen cobertura de este plan.

El cuadro que aparece a continuación muestra los servicios y artículos que no tienen cobertura de ningún modo o que tienen cobertura únicamente en circunstancias específicas.

Si usted obtiene servicios excluidos (sin cobertura), debe pagarlos usted mismo, salvo en las circunstancias específicas enumeradas a continuación. Incluso si recibe los servicios excluidos en un centro de emergencia, los servicios excluidos aún no están cubiertos, y nuestro plan no pagará por ellos. La única excepción es si el servicio se apela y, al decidirse en la apelación, se determina que es un servicio médico que deberíamos haber pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información acerca de la apelación de una decisión que hayamos tomado de no cubrir un servicio médico, consulte la Sección 5.3 del Capítulo 9).

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubiertos solo en situaciones específicas
Cirugía o procedimientos estéticos	<p>Con cobertura en caso de lesión accidental o para la mejora del funcionamiento de una parte del cuerpo malformada.</p> <p>Con cobertura para todas las etapas de reconstrucción de una mama después de una mastectomía, así como para la mama no afectada para obtener una apariencia simétrica.</p>
Cuidado asistencial La atención de custodia es la atención personal que no requiere de atención continua de personal médico o paramédico capacitado, como la atención que lo ayuda con las actividades cotidianas, como bañarse o vestirse.	No están cubiertos bajo ninguna condición
Procedimientos médicos y quirúrgicos experimentales, equipos y medicamentos Los procedimientos y artículos experimentales son aquellos que Original Medicare ha determinado como no aceptados generalmente por la comunidad médica.	Pueden tener cobertura de Original Medicare conforme a un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan. (Consulte la Sección 5 del Capítulo 3 para obtener más información sobre estudios de investigación clínica)

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubiertos solo en situaciones específicas
Cargos cobrados por cuidados proporcionados por sus familiares inmediatos o miembros de su hogar	No están cubiertos bajo ninguna condición
Atención de enfermería de tiempo completo en su hogar	No están cubiertos bajo ninguna condición
Comidas entregadas a domicilio [Comidas – Despues del alta] para obtener más información).	Puede estar cubierto bajo el beneficio de comidas. Consulte el Capítulo 3, Sección 2 “Tabla de beneficios médicos”
Los servicios de asistencia para el hogar incluyen ayuda básica en el hogar, como tareas ligeras de limpieza o preparación ligera de comidas.	No están cubiertos bajo ninguna condición
Servicios de naturopatía (uso de tratamientos naturales o alternativos)	No están cubiertos bajo ninguna condición
Zapatos ortopédicos o dispositivos de apoyo para los pies	Zapatos que forman parte de un aparato ortopédico para la pierna y están incluidos en el costo del aparato ortopédico. Zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con pie diabético.
Artículos personales en su habitación en un hospital o en un centro de enfermería especializada, como un teléfono o una televisión	No están cubiertos bajo ninguna condición
Habitación privada en el hospital	Se cubre solo cuando sea médicaamente necesario.
Procedimientos para revertir la esterilización o suministros anticonceptivos sin receta	No están cubiertos bajo ninguna condición
Queratotomía radial, cirugía LASIK y otros dispositivos de ayuda para baja visión	No están cubiertos bajo ninguna condición

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubiertos solo en situaciones específicas
Cuidado de rutina de los pies	Cierta cobertura limitada proporcionada de acuerdo con las pautas de Medicare (p. ej., si tiene diabetes).
Servicios considerados no razonables y necesarios, según los estándares de Medicare Original	No están cubiertos bajo ninguna condición

CAPÍTULO 5

**USO DE LA COBERTURA DEL
PLAN PARA MEDICAMENTOS
DE LA PARTE D**

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

Consulte la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4 para conocer los beneficios de medicamentos de la Parte B de Medicare y los beneficios de medicamentos para enfermos terminales.

Por lo general, nuestro plan cubrirá sus medicamentos siempre y cuando usted siga estas reglas:

- Debe pedir a un proveedor de servicios médicos (médico, dentista o persona que receta) que le emita una receta válida según la ley estatal aplicable.
- La persona que receta no debe estar en las listas de exclusión o preclusión de Medicare.
- Por lo general, debe usar una farmacia de la red para surtir su receta (consulte la Sección 2) o puede surtir su receta mediante el servicio de pedido por correo de nuestro plan.
- Su medicamento debe estar en la Lista de medicamentos de nuestro plan (consulte la Sección 3).
- El medicamento debe usarse para una indicación médicaamente aceptada. Una “indicación médicaamente aceptada” es el uso del medicamento que está aprobado por la FDA o respaldado por ciertas referencias. (Consulte la Sección 3 para obtener más información acerca de una indicación médicaamente aceptada).
- Su medicamento puede requerir 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 | Surta su receta en una farmacia de la red

En la mayoría de los casos, sus medicamentos con receta tienen cobertura solo si se surten en una de las farmacias de la red de nuestro plan. (Consulte la Sección 2.5 para obtener información sobre cuándo cubriremos los medicamentos con receta surtidos en farmacias fuera de la red).

Una farmacia de la red es una farmacia que tiene un contrato con nuestro plan para suministrarle sus medicamentos con cobertura. El término “medicamentos con cobertura” significa todos los medicamentos

Sección 2.1 | Farmacias de la red

Cómo puede encontrar una farmacia de la red en su área

Para encontrar una farmacia de la red, vaya a su *Directorio de proveedores y farmacias de Leon Health, Inc.*, visite nuestro sitio web (www.leonhealth.com/directory/?lang=es) o llame a Servicios para Miembros al 1-844-964-5366 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Puede ir a cualquiera de nuestras farmacias de la red. Algunas farmacias de la red ofrecen un nivel de copago preferido, que puede ser más bajo que el copago en una farmacia con copago estándar. El Directorio de Proveedores y Farmacias le indicará cuáles farmacias de la red ofrecen copago preferido. Comuníquese con nosotros para obtener más información sobre cómo podrían variar sus costos de bolsillo según los diferentes medicamentos.

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 encontrar otra farmacia en su área, obtenga ayuda de Servicios para Miembros al 1-844-964-5366 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o utilice el *Directorio de proveedores y farmacias de Leon Health, Inc.* También puede encontrar información en nuestro sitio web en www.leonhealth.com.

Farmacias especializadas

Algunas medicamentos con receta deben surtirse en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen las siguientes:

- Farmacias que suministran medicamentos para terapia de infusión en el hogar.
- Farmacias que suministran medicamentos para residentes de un centro de atención a largo plazo (LTC). Por lo general, un centro de LTC (como un asilo de ancianos) tiene su propia farmacia. Si tiene dificultades para obtener sus medicamentos de la Parte D en un centro de LTC, llame a Servicios para Miembros al 1-844-964-5366 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).
- Farmacias que sirven al Servicio de Salud Indígena/Tribal/Programas de Salud Urbana de Indígenas (no disponibles en Puerto Rico). Excepto en emergencias, solo los nativos americanos o los nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias en nuestra red.
- Farmacias que dispensan medicamentos que están restringidos por la FDA a ciertas ubicaciones o que requieren manejo especial, coordinación con el proveedor o educación sobre su uso. Para encontrar una farmacia especializada, consulte el Directorio de proveedores y farmacias de *Leon Health, Inc.* ([www.leonhealth.com/ search-providers](http://www.leonhealth.com/search-providers)) o llame a Servicios para Miembros al 1-844-964-5366 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Sección 2.2 | Cómo obtener un suministro a largo plazo de medicamentos

Cuando reciba un suministro de medicamentos a largo plazo es posible que disminuyan los costos compartidos. Nuestro plan ofrece 1 manera de recibir un suministro a largo plazo (también llamado suministro extendido) de medicamentos de mantenimiento en la Lista de medicamentos de nuestro plan. (Los medicamentos de mantenimiento son medicamentos que toma regularmente para una afección crónica o de larga duración).

1. Algunas farmacias que forman parte de nuestra red le permiten adquirir suministros de medicamentos de mantenimiento a largo plazo. Otras farmacias minoristas pueden no aceptar los montos de copago más bajos. En ese caso, usted será responsable de pagar

la diferencia en el precio. Su *Directorio de proveedores y farmacias de Leon Health, Inc.* (www.leonhealth.com/directory/?lang=es) muestra cuáles son las farmacias de nuestra red que pueden proporcionarle suministros de medicamentos de mantenimiento a largo plazo. También puede llamar a Servicios para Miembros al 1-844-964-5366 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información.

Sección 2.3 | Usar una farmacia que no se encuentra en la red de nuestro plan

Por lo general, cubrimos medicamentos surtidos en una farmacia fuera de la red solo cuando usted no puede acudir a una farmacia de la red. También tenemos farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio, donde le pueden surtir medicamentos con receta como miembro de nuestro plan. **Consulte primero con Servicio para Miembros** al 1-844-964-5366 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para ver si hay una farmacia de la red cerca.

Cubrimos los medicamentos con receta surtidos en una farmacia fuera de la red solamente en estas circunstancias:

- Usted viaja fuera del área de servicio del plan dentro de los Estados Unidos o sus territorios, y se le acaban o pierde los medicamentos cubiertos bajo la Parte D, o se enferma y necesita un medicamento cubierto bajo la Parte D y no puede acceder a una farmacia de la red.
- Está surtiendo una receta relacionada con la atención de una emergencia médica o cuidado urgente, para un medicamento recetado incluido en nuestra Lista de Medicamentos sin restricciones y que no esté excluido de la cobertura de Medicare Parte D.
- No puede obtener un medicamento cubierto bajo la Parte D de manera oportuna dentro del área de servicio porque, por ejemplo, no hay una farmacia de la red a una distancia razonable que ofrezca servicio las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- Está surtiendo una receta para un medicamento cubierto bajo la Parte D y ese medicamento en particular no se encuentra regularmente disponible en una farmacia minorista de la red accesible.

En estas situaciones, comuníquese primero con el Departamento de Servicios para Miembros para verificar si hay una farmacia de la red cercana. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros se encuentran impresos en la contraportada de este folleto). Es posible que deba pagar la diferencia entre lo que paga por el medicamento en una farmacia fuera de la red y el costo que cubriría el plan en una farmacia dentro de la red.

Si se ve obligado a usar una farmacia fuera de la red, en general tendrá que pagar el costo total (en lugar de su parte del costo compartido) en el momento en que surta su medicamento con receta. Puede solicitar que le reembolsemos nuestra parte del costo compartido. (Consulte el Capítulo 7, Sección 2 para obtener información sobre cómo solicitarle a nuestro plan que le devuelva el dinero). Es posible que deba pagar la diferencia entre lo que paga por el medicamento en una farmacia fuera de la red y el costo de lo que cubriríamos en una farmacia que forma parte de la red.

SECCIÓN 3 | Sus medicamentos deben figurar en la Lista de medicamentos de nuestro plan

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

El plan tiene una *Lista de medicamentos con cobertura* (Lista de medicamentos aprobados). En esta Evidencia de Cobertura, **la denominamos Lista de medicamentos**.

Nuestro plan elige los medicamentos de esta lista con ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista cumple con los requisitos de Medicare y ha sido aprobada por Medicare. La Lista de medicamentos solo muestra los medicamentos con cobertura de la Parte D de Medicare.

Generalmente, cubrimos un medicamento de la Lista de medicamentos de nuestro plan siempre y cuando usted siga las otras reglas de cobertura explicadas en este capítulo y el medicamento es usado en una indicación médicaamente aceptada. Una indicación médicaamente aceptada es un uso del medicamento que cumple con *alguna de las siguientes condiciones*:

- Fue aprobado por la FDA para el diagnóstico o la afección para la cual se receta, o bien,
- Está respaldado por ciertas referencias, como la “American Hospital Formulary Service Drug Information” y el sistema de información Micromedex DRUGDEX.

Ciertos medicamentos pueden estar cubiertos para algunas condiciones médicas, pero se consideran no incluidos en el formulario (no formulados) para otras condiciones médicas. Estos medicamentos se identificarán en nuestra Lista de Medicamentos y en www.Medicare.gov, junto con las condiciones médicas específicas para las cuales están cubiertos.

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 una marca comercial propiedad de su fabricante. Los productos biológicos son medicamentos que son más complejos que los medicamentos clásicos. En la Lista de medicamentos, cuando nos referimos a medicamentos, podría significar un medicamento o 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. Usualmente, los medicamentos genéricos y biosimilares son tan eficaces como el medicamento de marca o el producto biológico original y cuestan menos. Hay sustitutos de medicamentos genéricos para muchos medicamentos de marca y medicamentos alternativos biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son biosimilares intercambiables y, según las leyes estatales, es posible que puedan sustituirse por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, al igual que los medicamentos genéricos pueden sustituirse por medicamentos de marca.

Medicamentos de venta sin receta (Over-the-Counter)

Nuestro plan también cubre ciertos medicamentos de venta sin receta. Algunos medicamentos de venta sin receta son menos costosos que los medicamentos recetados y funcionan igual de bien. Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros al 1-844-969-5366 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Medicamentos que no están en la Lista de 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. (Para obtener más información, consulte la Sección 7).
- En otros casos, decidimos no incluir un medicamento en particular en la Lista de medicamentos.
- En algunos casos, quizás pueda obtener un medicamento no incluido en la Lista de medicamentos. (Consulte el Capítulo 9 para obtener más información).

Sección 3.2 | 5 niveles de costos compartidos para los medicamentos en la Lista de medicamentos

Cada uno de los medicamentos que figuran en la Lista de medicamentos de nuestro plan se encuentra en uno de los 5 niveles de costos compartidos. En general, cuanto más alto sea el nivel, mayor será el costo que deberá pagar por el medicamento:

- **Nivel 1 – Genéricos:** medicamentos genéricos y productos de insulina cubiertos seleccionados. Es el nivel de copago más bajo.
- **Nivel 2 – Marca preferida:** medicamentos de marca preferidos, terapias de insulina elegibles y algunos genéricos seleccionados.
- **Nivel 3 – Medicamentos no preferidos:** medicamentos de marca que no son preferidos por el plan y algunas opciones genéricas.
- **Nivel 4 – Nivel especializado:** incluye medicamentos utilizados para tratar afecciones complejas, crónicas o poco comunes. Estos medicamentos son generalmente los más costosos del formulario y se ofrecen bajo el beneficio estándar de medicamentos de la Parte D, como parte de beneficios adicionales o mejorados. Esto incluye algunos medicamentos normalmente excluidos.
- **Nivel 5 – Medicamentos suplementarios:** incluye medicamentos que no están cubiertos bajo el beneficio estándar de medicamentos de la Parte D y que se ofrecen como parte de beneficios adicionales o mejorados. Esto incluye algunos medicamentos que normalmente están excluidos.

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

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

Para averiguar si un medicamento está en nuestra Lista de medicamentos, tiene estas opciones:

1. Consulte la Lista de medicamentos más reciente que proporcionamos de forma electrónica.
2. Visite el sitio web de nuestro plan (www.leonhealth.com/planes-y-beneficios/beneficios-de-medicamentos-recetados/?lang=es). La Lista de medicamentos que aparece en el sitio web es siempre la más actualizada.
3. Llame al Servicio para Miembros al 1-844-964-5366 (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 para solicitar una copia de la lista.
4. Utilice la “Herramienta de beneficios en tiempo real” de nuestro plan (www.medimpact.com/) para buscar medicamentos en la Lista de medicamentos para obtener una estimación de lo que pagará y ver si hay medicamentos alternativos en la Lista de medicamentos que podrían tratar la misma afección. También puede llamar a Servicios para Miembros al 1-844-964-5366 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

SECCIÓN 4 | Medicamentos con restricciones en la cobertura

Sección 4.1 | Por qué algunos medicamentos tienen restricciones

Para ciertos medicamentos con receta, hay reglas de cobertura especiales que restringen cómo y cuándo nuestro plan los cubre. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrolló estas reglas para alentar a usted y a su proveedor de servicios médicos a usar los medicamentos de la manera más efectiva. Para averiguar si estas restricciones son para alguno de los medicamentos que usted está tomando o que desea tomar, consulte la Lista de medicamentos.

Las reglas de nuestro plan están diseñadas para fomentar que usted y su proveedor de servicios médicos recurran a la opción de menor costo, si un medicamento seguro y de bajo costo surte el mismo efecto médico que otro de costo más elevado.

Tenga en cuenta que algunas veces un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra Lista de medicamentos. Esto se debe a que los mismos medicamentos pueden diferir en función de la concentración, la cantidad o la fórmula del medicamento con receta por su proveedor de atención médica; diferentes restricciones o costos compartidos pueden aplicarse a diferentes versiones del medicamento (por ejemplo, 10 mg frente a 100 mg; uno por día frente a 2 por día; comprimidos frente a líquido).

Sección 4.2 | Tipos de restricciones

Si existe una restricción para su medicamento, por lo general, significa que usted o su proveedor de servicios médicos tendrán que tomar medidas adicionales para que podamos cubrirlo. Llame a Servicios para Miembros al 1-844-964-5366 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para saber qué pueden hacer usted o su proveedor para obtener cobertura para el medicamento. **Si desea que eximamos las restricciones para usted, debe usar el proceso de decisión de cobertura y solicitarnos que hagamos una excepción.** Puede que aceptemos o no eximir la restricción para usted. (Consulte el Capítulo 9).

Obtener la aprobación del plan con anticipación

Para ciertos medicamentos, usted o su proveedor deben obtener la aprobación de nuestro plan según criterios específicos antes de que aceptemos cubrir el medicamento para usted. Esto se denomina **autorización previa**. Esto se implementa para garantizar la seguridad de los medicamentos y ayudar a guiar el uso adecuado de ciertos medicamentos. Si no obtiene esta aprobación, es posible que su medicamento no tenga cobertura de nuestro plan. Los criterios de autorización previa de nuestro plan se pueden obtener llamando a Servicios para Miembros al 1-844-964-5366 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o en nuestro sitio web www.leonhealth.com/planes-y-beneficios/beneficios-de-medicamentos-recetados/?lang=es

Probar primero un medicamento diferente

Este requisito lo alienta a probar medicamentos menos costosos, pero, en general, igual de eficaces antes de que nuestro plan cubra otro medicamento. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma afección médica y el medicamento A es menos costoso, nuestro plan puede requerir que pruebe primero el medicamento A. Si el medicamento A no funciona para usted, nuestro plan cubrirá el medicamento B. Este requisito para probar primero un medicamento diferente se denomina **terapia escalonada**. Los criterios de terapia escalonada de nuestro plan se pueden obtener llamando a Servicios para Miembros al 1-844-964-5366 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o en nuestro sitio web www.leonhealth.com/planes-y-beneficios/beneficios-de-medicamentos-recetados/?lang=es

Límites de cantidad

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

SECCIÓN 5 | Qué puede hacer si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera que le gustaría

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

- Es posible que el medicamento no tenga cobertura en absoluto. O bien, una versión genérica del medicamento puede tener cobertura, pero la versión de marca que desea tomar no la tiene.
- El medicamento tiene cobertura, pero existen reglas o restricciones adicionales sobre la cobertura.
- El medicamento tiene cobertura, pero está en un nivel de costos compartidos que hace que sus costos compartidos sean más altos de lo que cree que debería ser.

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

Si su medicamento no se encuentra en la Lista de medicamentos o si está restringido, estas son opciones sobre qué puede hacer:

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

Es posible que pueda 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 acerca del cambio.

Para ser elegible para un suministro temporal, el medicamento que toma **ya no debe estar en la Lista de medicamentos de nuestro plan O debe estar restringido ahora de alguna manera.**

- **Si usted es un nuevo miembro**, cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros **90 días** de su membresía en nuestro plan.
- **Si estuvo en nuestro plan el año pasado**, cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros **90 días** del año calendario.
- Este suministro temporal será para un máximo de 30 días. Si su medicamento con receta es por menos días, permitiremos varios surtidos para llegar a un suministro del medicamento para un máximo de 30 días. El medicamento con receta se debe surtir en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que una farmacia con medicamentos para tratamientos a largo plazo puede proporcionar el medicamento en menores cantidades a la vez para evitar que se desperdicie).

- **Para los miembros que han estado en nuestro plan por más de 90 días y que residen en un centro de atención médica prolongada y necesitan un suministro de inmediato:** Cubriremos un suministro de emergencia de 31 días de un medicamento específico, o menos que la receta sea para menos días. Esto se agrega al suministro temporal descrito anteriormente.
- Un suministro de emergencia se define por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) como un llenado único de un medicamento no incluido en el formulario, que sea necesario para los miembros actuales en un entorno de cuidado a largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés). Los miembros actuales que necesiten un suministro de emergencia único o a quienes se les prescriba un medicamento no incluido en el formulario como resultado de un cambio en el nivel de cuidado serán colocados en transición y se les proporcionará ese suministro único.

Si tiene preguntas sobre un suministro temporal, llame a Servicios para Miembros al 1-844-964-5366 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Hable con su proveedor de servicios médicos para decidir qué hacer cuando se termine su suministro temporal de medicamentos. Hay 2 opciones para usted:

Opción 1. Puede cambiarlo por otro medicamento

Hable con su proveedor sobre si hay un medicamento diferente con cobertura de nuestro plan que pueda funcionar igual de bien para usted. Llame a Servicios para Miembros al 1-844-964-5366 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para solicitar una lista de los medicamentos cubiertos que tratan la misma afección médica. Esto puede ayudar a su proveedor de servicios médicos a encontrar un medicamento con cobertura que funcione en su caso.

Opción 2. Puede pedir una excepción

Usted y su proveedor de servicios médicos pueden pedirle a nuestro plan que haga una excepción y que cubra el medicamento de la manera que usted desee. Si su proveedor de servicios médicos dice que usted tiene razones médicas que justifican la solicitud de una excepción, el proveedor de servicios médicos puede ayudarlo a solicitar una excepción. Por ejemplo, usted puede solicitarle a nuestro plan que cubra un medicamento, aunque este no se encuentre en nuestra Lista de medicamentos. También puede solicitarle a nuestro plan que haga una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.

Si actualmente es un miembro y el medicamento que usted toma se eliminará de la Lista de medicamentos aprobados o se restringirá de algún modo el año próximo, le informaremos de cualquier cambio antes del año próximo. Puede solicitar una excepción antes del año próximo y le comunicaremos nuestra respuesta dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su solicitud (o la declaración de apoyo de la persona que receta). Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura del medicamento antes de la entrada en vigencia del cambio.

Si usted y su proveedor de servicios médicos desean pedir una excepción, consulte la Sección 6.4 del Capítulo 9 para obtener información sobre qué hacer. Encontrará los procedimientos y las fechas límite que Medicare estableció para garantizar que su solicitud se maneje de manera justa y expedita.

Sección 5.1 | Qué hacer si su medicamento se encuentra en un nivel de costo compartido que usted considera muy alto

Si su medicamento se encuentra en un nivel de gastos compartidos que usted considera muy alto, puede hacer lo siguiente:

Puede cambiarlo por otro medicamento

Si su medicamento se encuentra en un nivel de gastos compartidos que usted considera muy alto, hable con su proveedor de atención médica. Puede haber un medicamento diferente en un nivel de gastos compartidos menor que puede funcionar con la misma eficacia en su caso. Llame a Servicios para Miembros al 1-844-964-5366 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para solicitar una lista de los medicamentos cubiertos que tratan la misma afección médica. Esto puede ayudar a su proveedor de servicios médicos a encontrar un medicamento con cobertura que funcione en su caso.

Puede pedir una excepción

Usted y su proveedor de atención médica pueden solicitarle a nuestro plan una excepción del nivel de gastos compartidos para dicho medicamento para que usted pague menos por este. Si su proveedor de servicios médicos dice que usted tiene razones médicas que justifican la solicitud de una excepción, el proveedor de servicios médicos puede ayudarlo a solicitar una excepción a la regla.

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

Los medicamentos en nuestro Nivel 4 (Nivel Especializado) no son elegibles para este tipo de excepción. No reducimos el monto del copago para los medicamentos en este nivel.

SECCIÓN 6 | Nuestra Lista de medicamentos puede cambiar durante el año

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

- **Añadir o eliminar medicamentos de la Lista de medicamentos**
- **Mover un medicamento a un nivel de costos compartidos más alto o más bajo**
- **Agregar o eliminar una restricción en la cobertura de un medicamento**
- **Sustituir un medicamento de marca por una versión genérica del medicamento**
- **Sustituir un producto biológico original por una versión biosimilar intercambiable del producto biológico**

Debemos seguir 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 durante el año, publicamos información sobre tales cambios en nuestro sitio web. También actualizamos nuestra Lista de medicamentos en línea de forma regular. A veces recibirá un aviso directo si se hicieron cambios en un medicamento que toma.

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

- **Agregar nuevos medicamentos a la Lista de medicamentos y eliminar o efectuar cambios inmediatamente en un medicamento similar en la Lista de medicamentos.**
 - Podemos eliminar de inmediato un medicamento similar de la Lista de medicamentos, trasladar el medicamento similar a un nivel de costo compartido diferente, agregar nuevas restricciones, o hacer ambas cosas. La nueva versión del medicamento aparecerá en el mismo nivel de costos compartidos o en uno menor y con las mismas restricciones o menos.
 - Haremos estos cambios inmediatos únicamente si agregamos una nueva versión genérica de un medicamento de marca o agregamos ciertas nuevas versiones biosimilares de un producto biológico original que ya estaba en la Lista de medicamentos.
 - Podemos efectuar estos cambios de inmediato y comunicarle posteriormente, incluso si usted toma el medicamento que eliminamos o al que haremos cambios. Si toma el medicamento similar en el momento en que hacemos el cambio, le informaremos sobre cualquier cambio específico que hayamos hecho.
- **Agregar medicamentos a la Lista de medicamentos y eliminar o efectuar cambios en un medicamento similar en la Lista de medicamentos.**
 - Al agregar otra versión de un medicamento a la Lista de medicamentos, podemos eliminar un medicamento similar de la Lista de medicamentos, trasladarlo a un nivel de participación en los costos diferente, agregar nuevas restricciones o hacer ambas cosas. La nueva versión del medicamento que agreguemos aparecerá en el mismo nivel de costos compartidos o en uno menor y con las mismas restricciones o menos.
 - Haremos estos cambios únicamente si agregamos una nueva versión genérica de un medicamento de marca o agregamos ciertas nuevas versiones biosimilares de un producto biológico original que ya estaba en la Lista de medicamentos.
 - Le informaremos al menos 30 días antes de efectuar el cambio, o le notificaremos sobre el cambio y cubriremos un suministro de 30 días de la versión del medicamento que está tomando.
- **Eliminar medicamentos inseguros y otros medicamentos de la Lista de medicamentos que se retiran del mercado.**
 - A veces, un medicamento puede considerarse inseguro o quitarse del mercado por otro motivo. Si esto ocurre, el medicamento se eliminará de inmediato de la Lista de medicamentos. Si toma ese medicamento, se lo informaremos después

de efectuar el cambio.

• **Hacer otros cambios en los medicamentos de la Lista de medicamentos.**

- Es posible que una vez que el año haya comenzado hagamos otros cambios que afecten los medicamentos que está tomando. Por ejemplo, podríamos efectuar cambios teniendo en cuenta los recuadros de advertencia de la FDA o las nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare.
- Le informaremos al menos 30 días antes de efectuar estos cambios, o le notificaremos sobre el cambio y cubriremos un suministro adicional de 30 días del medicamento que toma.

Si efectuamos cambios en los medicamentos que toma, hable con la persona que receta sobre las opciones que mejor se adapten a su situación, que incluyen cambiar a un medicamento diferente para tratar su afección o solicitar una decisión de cobertura para cumplir con las nuevas restricciones en el medicamento que toma. Usted o la persona que receta pueden solicitarnos una excepción para continuar cubriendo el medicamento o la versión del medicamento que toma. Para obtener más información sobre cómo pedir una decisión de cobertura, incluida una excepción, consulte el Capítulo 9.

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

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

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

- Cambiamos su medicamento a un nivel superior de costos compartidos.
- Aplicamos una nueva restricción al uso que usted pueda hacer del medicamento.
- Retiramos un medicamento de la Lista de medicamentos.

Si alguno de estos cambios se produce con un medicamento que toma (excepto debido a un retiro del mercado, un medicamento genérico que reemplaza a un medicamento de marca u otro cambio mencionado en las secciones anteriores), el cambio no afectará su uso o lo que pague como costo compartido hasta el 1 de enero del año siguiente.

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

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

A continuación, se enumeran 3 reglas generales acerca de medicamentos que los planes de medicamentos de Medicare no pagarán con la Parte D:

- La cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro plan no puede pagar por un medicamento que tendría cobertura con la Parte A o la Parte B de Medicare.
- Nuestro plan no puede cubrir medicamentos comprados fuera de los Estados Unidos o sus territorios.
- Nuestro plan no puede cubrir un uso para una *indicación no autorizada* cuando el uso no está respaldado por ciertas referencias, como American Hospital Formulary Service Drug Information y el sistema de información Micromedex DRUGDEX. El uso para una indicación no autorizada hace referencia a cualquier uso no indicado en la etiqueta del medicamento, según lo aprobado por la FDA.

Además, conforme a la ley, las siguientes categorías de medicamentos no tienen cobertura de los planes de medicamentos de Medicare: (Nuestro plan cubre ciertos medicamentos que se indican a continuación mediante nuestra cobertura mejorada de medicamentos. A continuación, se proporciona más información).

- Medicamentos sin receta (también denominados medicamentos de venta sin receta)
- Medicamentos que se usan para estimular la fertilidad
- Medicamentos que se usan para aliviar la tos o los síntomas de resfriado
- Medicamentos que se usan para fines estéticos o para estimular el crecimiento del cabello
- Vitaminas con receta y productos minerales, excepto vitaminas prenatales y preparaciones de fluoruro
- Medicamentos que se usan para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil
- Medicamentos que se usan para el tratamiento de la anorexia, la pérdida de peso o el aumento de peso
- Medicamentos para pacientes ambulatorios para los cuales el fabricante requiere que las pruebas o servicios de monitoreo asociados se compren solamente al fabricante como condición de venta.

Ofrecemos cobertura adicional para algunos medicamentos recetados (cobertura mejorada) que normalmente no están cubiertos por un plan de medicamentos recetados de Medicare. Los siguientes medicamentos están cubiertos bajo el **Nivel 5 – Medicamentos suplementarios**:

- **Cianocobalamina (Vitamina B-12)** – 1000 mcg/mL, frasco, inyección (suministro para 30 días)

- **Sildenafil Citrato (medicamentos para la disfunción eréctil)** – 25 mg, 50 mg, 100 mg, tableta, oral (8 tabletas / suministro para 30 días)
- **Benzonatato** – 100 mg, 200 mg, cápsula, oral (suministro para 30 días)
- **Ácido Fólico** – 1 mg, tableta, oral (suministro para 30 días)
- **Vitamina D2 (Ergocalciferol)** – 1250 mcg, cápsula, oral (suministro para 30 días)

El monto que usted paga por estos medicamentos no se tiene en cuenta para ser elegible para la Etapa de cobertura en situación catastrófica. (La Etapa de cobertura para casos catastróficos se describe en la Sección 6 del Capítulo 6).

Si recibe Ayuda Adicional de Medicare para pagar sus medicamentos recetados, la Ayuda Adicional no pagará los medicamentos que normalmente no están cubiertos. Consulte la Lista de medicamentos de nuestro plan o llame a Servicios para Miembros al 1-844-964-5366 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información. Si tiene cobertura de medicamentos mediante Medicaid, su programa estatal de Medicaid puede cubrir algunos medicamentos con receta que, por lo general, están incluidos en una cobertura de medicamentos de Medicare. Comuníquese con el programa Medicaid estatal para determinar qué cobertura de medicamentos puede estar disponible para usted. (Encuentre 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 surtir su medicamento con receta, proporcione la información de membresía de nuestro plan, que se encuentra en su tarjeta de membresía, en la farmacia de la red que elija. La farmacia de la red le facturará automáticamente a nuestro plan nuestra parte de los costos de su medicamento. Deberá pagarle a la farmacia su parte del costo cuando recoja su medicamento con receta.

Si no lleva su tarjeta de membresía de nuestro plan consigo, usted o la farmacia pueden llamar al plan para obtener la información, o puede pedir a la farmacia que se busque la información de inscripción en nuestro plan.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, **quizá deba pagar el costo total del medicamento con receta cuando lo retire**. Luego puede **solicitarnos que le reembolsemos** nuestra parte del costo compartido. Consulte el Capítulo 7, Sección 2 para obtener información sobre cómo solicitar un reembolso a nuestro plan.

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

Sección 9.1 | Se encuentra 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 enfermería especializada con una estadía cubierta por nuestro plan, generalmente cubriremos el costo de sus medicamentos con receta durante la estadía. Una vez que salga del hospital o del centro de enfermería especializada, nuestro plan cubrirá sus medicamentos con receta siempre y cuando estos cumplan con todas las reglas de cobertura descritas en este capítulo.

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

Por lo general, los centros de atención a largo plazo (LTC), como los asilos, tienen su propia farmacia, o usan una farmacia que suministra medicamentos para todos sus residentes. Si es residente de un centro de LTC, puede obtener sus medicamentos con receta en la farmacia del centro o en una que este use siempre y cuando forme parte de nuestra red.

Consulte el *Directorio de proveedores y farmacias de Leon Health, Inc.* (www.leonhealth.com/directory/?lang=es) para saber si la farmacia de su centro de LTC o la que este usa forma parte de nuestra red. Si no lo es, o si necesita más información o ayuda, llame a Servicios para Miembros al 1-844-964-5366 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Si se encuentra en un centro de LTC, debemos asegurarnos de que pueda recibir de forma rutinaria sus beneficios de la Parte D mediante nuestra red de farmacias de LTC.

Si 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 555 para obtener información sobre cómo obtener un suministro temporal o de emergencia.

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

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

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

Nota especial sobre la cobertura acreditable:

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

Si la cobertura del plan de grupo es acreditable, significa que nuestro plan tiene una cobertura de medicamentos que se espera que pague, de media, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos de Medicare.

Conserve cualquier aviso sobre la cobertura acreditable porque es posible que necesite estos avisos más adelante para demostrar que mantuvo la cobertura acreditable. Si usted no

recibió el aviso de cobertura acreditable, solicite una copia al administrador de beneficios de su plan del empleador o de jubilados o al empleador o sindicato.

Sección 9.4 | Si se encuentra en un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare

Los cuidados paliativos y nuestro plan no cubren el mismo medicamento al mismo tiempo. Si está inscrito en un centro para pacientes terminales de Medicare y requiere ciertos medicamentos (p. ej., medicamentos para las náuseas, laxantes, analgésicos o ansiolíticos) sin cobertura de su centro para pacientes terminales porque no está relacionado con su enfermedad terminal y afecciones relacionadas, nuestro plan debe recibir notificación de la persona que receta o de su proveedor de servicios médicos del centro para pacientes terminales que establezca que el medicamento no está relacionado antes de que nuestro plan pueda cubrir el medicamento. Para evitar retrasos en la recepción de estos medicamentos que deberían tener cobertura de nuestro plan, pida a su proveedor de servicios médicos del centro para pacientes terminales o a la persona que receta que envíe la notificación antes de que le surtan la receta.

En caso de que usted revoque su elección de un centro para pacientes terminales o que le den el alta de algún centro para pacientes terminales, nuestro plan debe cubrir sus medicamentos según se explica en este documento. Para evitar cualquier demora en una farmacia cuando finalicen los beneficios del centro para pacientes terminales de Medicare, lleve a la farmacia la documentación para verificar su revocación o alta.

SECCIÓN 10 | Programas sobre seguridad farmacológica y control de medicamentos

Llevamos a cabo revisiones del uso de medicamentos para ayudar a asegurar que nuestros miembros reciban una atención segura y adecuada.

Hacemos una revisión cada vez que usted surte una receta. También revisamos nuestros registros regularmente. Durante estas revisiones, buscamos posibles problemas como los siguientes:

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

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

Sección 10.1 | Programa de administración de medicamentos (Drug Management Program, DMP) para ayudar a los miembros a usar medicamentos opioides de manera segura

Tenemos un programa que ayuda a garantizar que los miembros utilicen de forma segura los opioides con receta y otros medicamentos de los que se abusa con frecuencia. Este programa se denomina “Programa de Administración de Medicamentos” (DMP). Si usted usa medicamentos opioides que recibe de varias farmacias o personas que recetan, o ha sufrido una sobredosis por opioides recientemente, es posible que hablemos con la persona que recetan para asegurarnos de que su uso de medicamentos opioides es adecuado y médicaamente necesario. En colaboración con los profesionales que emiten sus recetas, si decidimos que su uso de medicamentos opioides o benzodiacepinas con receta podría no ser seguro, es posible que limitemos la forma en que usted recibe estos medicamentos. Si lo colocamos en nuestro DMP, las limitaciones pueden ser las siguientes:

- Requerir que obtenga todas las recetas médicas de medicamentos opioides o benzodiacepinas de determinadas farmacias
- Requerir que obtenga todas las recetas médicas de medicamentos opioides o benzodiacepinas de determinados médicos
- Limitar la cantidad de medicamentos opioides o benzodiacepinas que cubriremos para usted

Si planeamos limitar cómo recibe estos medicamentos o cuánto puede recibir, le enviaremos una carta por adelantado. La carta le dirá si limitaremos la cobertura de estos medicamentos para usted, o si se le pedirá que obtenga las recetas de estos medicamentos solo de una persona que receta o farmacia específicos. Tendrá la oportunidad de informarnos a qué personas que recetan o farmacias prefiere acudir 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 para confirmar la limitación. Si cree que cometimos un error o no está de acuerdo con nuestra decisión o con la limitación, usted y la persona que receta tienen derecho a apelar. Si apela, revisaremos su caso y le informaremos nuestra nueva decisión. Si continuamos rechazando alguna parte de su solicitud relacionada con las limitaciones que se aplican a su acceso a los medicamentos, enviaremos automáticamente su caso a un revisor independiente externo a nuestro plan. Para obtener información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9.

No se le incluirá en nuestro DMP si padece determinadas afecciones médicas, como dolor relacionado con el cáncer o anemia falciforme, si recibe cuidados paliativos, para enfermos terminales o del final de la vida, o si vive en un centro de atención a largo plazo.

Sección 10.2 | Programa de administración de terapia con medicamentos (Medication Therapy Management, MTM) para ayudar a los miembros a administrar los medicamentos

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

Algunos miembros que tienen ciertas enfermedades crónicas y toman medicamentos cuyo costo excede una cantidad específica, o que están en un DMP para ayudarles a usar opioides de manera segura, pueden obtener servicios mediante un programa de MTM. Si reúne los requisitos para participar en el programa, un farmacéutico u otro profesional de atención médica hará una revisión exhaustiva de todos sus medicamentos. Durante la revisión, puede hablar sobre sus medicamentos, sus costos y cualquier problema o pregunta que tenga sobre sus medicamentos con receta y de venta libre. Recibirá un resumen por escrito con una lista de tareas recomendadas 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 esté tomando, cuánto toma y cuándo y por qué los toma. Además, los miembros del programa de MTM recibirán información sobre la eliminación segura de medicamentos con receta que son sustancias controladas.

Se recomienda hablar con su médico sobre su lista de tareas recomendadas y la lista de medicamentos. Lleve el resumen a su visita o cuando hable con sus médicos, farmacéuticos y otros profesionales de atención médica. Mantenga su lista de medicamentos actualizada y con usted (por ejemplo, junto a su tarjeta de identificación) en caso de que acuda al hospital o a la sala de emergencias.

Si tenemos un programa que se adapte a sus necesidades, le inscribiremos automáticamente en el programa y le enviaremos información. Si decide no participar, notifíquenoslo y le retiraremos. Si tiene preguntas sobre este programa, llame a Servicios para Miembros al 1-844-964-5366 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

CAPÍTULO 6

LO QUE PAGA POR LOS
MEDICAMENTOS DE LA PARTE D

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

Si usted está inscrito en un programa que lo ayuda a pagar por sus medicamentos, **parte de la información que se encuentra en esta *Evidencia de Cobertura* acerca de los costos por medicamentos con receta de la Parte D tal vez no se aplique a usted**. Le enviamos un anexo por separado, denominado *Cláusula de Evidencia de Cobertura para las personas que reciben Ayuda Adicional para pagar sus medicamentos con receta* (también denominado *Cláusula de subsidio por bajos ingresos o Cláusula LIS*), que le informa acerca de la cobertura de sus medicamentos. Si no tiene este folleto, llame a Servicios para Miembros al 1-844-964-5366 (1-800-338-6833) (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicite la *Cláusula LIS*.

Usamos el término “medicamento” en este capítulo para referirnos a un medicamento con receta de la Parte D. No todos los medicamentos son medicamentos de la Parte D. Algunos medicamentos tienen cobertura de la Parte A o la Parte B de Medicare y, conforme a la ley, otros medicamentos están excluidos de la cobertura de Medicare.

Para entender la información sobre pagos, es necesario que conozca qué medicamentos tienen cobertura, dónde surtir sus medicamentos con receta y qué reglas seguir cuando obtiene sus medicamentos con cobertura. El Capítulo 5 explica estas reglas. Cuando utiliza la “Herramienta de beneficios en tiempo real” de nuestro plan para buscar cobertura de medicamentos (www.medimpact.com/), el costo que ve muestra una estimación de los costos de desembolso que se espera que pague. También puede obtener información proporcionada por la “Herramienta de beneficios en tiempo real” llamando a Servicios para Miembros al 1-844-964-5366 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Sección 1.1 | Tipos de costos de desembolso personal que podría pagar por sus medicamentos cubiertos

Hay 3 tipos diferentes de costos de desembolso para los medicamentos cubiertos de la Parte D que se le puede pedir que pague:

- **Deducible** es el monto que usted paga por los medicamentos antes de que nuestro plan empiece a pagar su parte.
- **Copago** es un monto fijo que usted paga cada vez que surte un medicamento con receta.
- **Coseguro** es un porcentaje del costo total del medicamento que paga cada vez que surte un medicamento con receta.

Sección 1.2 | Cómo calcula Medicare los costos que paga de su bolsillo

Medicare tiene reglas con respecto a lo que cuenta y lo que no cuenta como gastos de desembolso. Estas son las reglas que debemos seguir para llevar un registro de sus gastos de desembolso.

Estos pagos se incluyen en sus gastos de desembolso

Sus gastos de desembolso incluyen los pagos indicados a continuación (siempre y cuando correspondan a los medicamentos con cobertura de la Parte D y usted siga las normas de la cobertura de medicamentos que se explican en el Capítulo 5):

- El monto que paga por los medicamentos cuando usted se encuentra en las siguientes etapas de cobertura para medicamentos:
 - Etapa de cobertura inicial
- Los pagos que haya efectuado durante este año calendario como miembro con un plan de medicamentos de Medicare antes de haberse inscrito en nuestro plan.
- Cualquier pago por sus medicamentos efectuado por familiares o amigos
- Cualquier pago efectuado por sus medicamentos mediante Ayuda Adicional de Medicare, planes de salud de empleadores o sindicatos, Servicio de Salud Indígena, programas de asistencia para medicamentos contra el SIDA y la mayoría de las organizaciones benéficas

El paso a la Etapa de cobertura en situación catastrófica:

Cuando usted (o las personas que paguen en su nombre) hayan gastado un total de **\$2,100** en gastos de desembolso dentro del año calendario, pasa de la Etapa de cobertura inicial a la Etapa de cobertura en situación catastrófica.

Estos pagos no se incluyen en sus gastos de desembolso

Sus gastos de desembolso **no incluyen** ninguno de estos tipos de pagos:

- Medicamentos que compre fuera de los Estados Unidos y sus territorios
- Medicamentos que no estén cubiertos por nuestro plan
- Medicamentos que obtenga en una farmacia fuera de la red y que no cumplan con los requisitos de nuestro plan respecto a cobertura fuera de la red
- Medicamentos con receta y vacunas con cobertura de la Parte A o la Parte B
- Pagos que haga por medicamentos que están incluidos en nuestra cobertura adicional, pero que no suelen estar incluidos en una cobertura de medicamentos de Medicare
- Pagos que haga respecto de los medicamentos que no suelen estar incluidos en una cobertura de medicamentos de Medicare
- Pagos por sus medicamentos efectuados por determinadas coberturas y programas médicos financiados por el gobierno, como TRICARE y el Departamento de Asuntos de Veteranos (VA)
- Pagos por sus medicamentos efectuados por un tercero que tenga la obligación legal de pagar los gastos de los medicamentos con receta (por ejemplo, el seguro de indemnización laboral)
- Pagos efectuados por fabricantes de medicamentos en virtud del Programa de descuento para fabricantes

Recordatorio: Si cualquier otra organización, como las indicadas anteriormente, paga parte o la totalidad de sus gastos de desembolso por los medicamentos, usted tiene la obligación de informarlo a nuestro plan llamando al Servicio para Miembros al 1-844-964-5366 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Seguimiento de sus costos totales de desembolso

- La *Explicación de Beneficios* (EOB) de la Parte D que usted recibe incluye el total actual de sus gastos de desembolso. Cuando este monto alcance **\$2,100**, la *EOB de la Parte D* le indicará que abandona la Etapa de cobertura inicial y pasa a la Etapa de cobertura en situación catastrófica.
- **Asegúrese de que contemos con la información que necesitamos.** Consulte la Sección 3.1 para obtener información sobre lo que usted puede hacer para ayudar a asegurar que nuestros registros de lo que usted gastó estén completos y actualizados.

SECCIÓN 2 | Etapas de pago de medicamentos para miembros de *Leon MediMore (HMO)*

Existen **3 etapas de pago de medicamentos** para su cobertura de medicamentos en virtud de *Leon MediMore (HMO)*. El monto que paga por cada receta depende de la etapa en la que se encuentra cuando surte o resurte una receta. Los detalles de cada etapa se explican en este capítulo. Las etapas son las siguientes:

- **Etapa 1: Etapa de deducible anual**
- **Etapa 2: Etapa de cobertura inicial**
- **Etapa 3: Etapa de cobertura en situación catastrófica**

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

Nuestro plan lleva un registro de los costos de sus medicamentos con receta y los pagos que usted hace cuando surte sus recetas en la farmacia. De esta manera, podemos decirle cuándo pasa de una etapa de pago de medicamentos a la siguiente. Hacemos un seguimiento de 2 tipos de costos:

- **Costos de desembolso:** es el monto que pagó. Esto incluye lo que usted pagó al obtener un medicamento cubierto por la Parte D, cualquier pago por sus medicamentos efectuado por familiares o amigos, y cualquier pago por sus medicamentos hecho por Ayuda Adicional de Medicare, planes de salud de empleadores o sindicatos, el Servicio de Salud Indígena, programas de asistencia para medicamentos contra el SIDA, organizaciones benéficas y la mayoría de los Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica (SPAP).

- **Costos totales de medicamentos:** este es el total de todos los pagos efectuados por sus medicamentos cubiertos por la Parte D. Incluye lo que pagó nuestro plan, lo que usted pagó y lo que pagaron otros programas u organizaciones por sus medicamentos cubiertos por la Parte D.

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

- **Información para ese mes.** Este informe proporciona detalles de pago sobre las recetas que surtió durante el mes anterior. Muestra los costos totales de los medicamentos, lo que pagó nuestro plan y lo que usted y otras personas pagaron en su nombre.
- **Totales del año desde el 1 de enero.** Esto muestra los costos totales de los medicamentos y los pagos totales de sus medicamentos desde que comenzó el año.
- **Información sobre el precio del medicamento.** Esto muestra el precio total del medicamento y la información sobre los cambios de precio desde el primer surtido para cada reclamación de recetas de la misma cantidad.
- **Medicamentos con receta alternativos disponibles de menor costo.** Esto muestra información sobre otros medicamentos disponibles con un menor costo compartido para cada reclamación de receta, si corresponde.

Sección 3.1 | Nos ayuda a mantener actualizada nuestra información sobre sus pagos de medicamentos

Para llevar un registro del costo de sus medicamentos y los pagos que efectúa por medicamentos, usamos registros que obtenemos de las farmacias. A continuación, se indica cómo puede ayudarnos a mantener su información actualizada y correcta:

- **Muestre su tarjeta de membresía cada vez que surta un medicamento con receta.** Esto ayuda a asegurarnos de que conocemos las recetas que surte y lo que paga.
- **Asegúrese de que contemos con la información que necesitamos.** Hay ocasiones en las que puede pagar el costo total de un medicamento con receta. En estos casos, no obtendremos automáticamente la información que necesitamos para llevar un registro de sus gastos de desembolso. Para ayudarnos a llevar la cuenta de sus gastos de desembolso, entréguenos copias de sus recibos. **Ejemplos de cuándo debe darnos copias de sus recibos de medicamentos:**
 - Cuando compra un medicamento con cobertura en una farmacia de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuento que no forma parte de los beneficios de nuestro plan.
 - Cuando hace un pago por medicamentos que son proporcionados con un programa de asistencia al paciente que ofrezca el fabricante del medicamento.
 - Cuando compra medicamentos con cobertura en farmacias fuera de la red o paga el precio total de un medicamento con cobertura en circunstancias especiales.

- Si se le factura un medicamento con cobertura, puede solicitar a nuestro plan que pague nuestra parte del costo. Para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo, consulte el Capítulo 7, Sección 2.
- **Envíenos información acerca de los pagos que otras personas hagan en su nombre.** Los pagos efectuados por otras personas y organizaciones también se tienen en cuenta en los gastos de desembolso. Por ejemplo, los pagos efectuados por un Programa ADAP, el Servicio de Salud para Indígenas y las organizaciones de beneficencia cuentan en favor de sus gastos de desembolso. Lleve un registro de estos pagos y envíenos los recibos para que podamos hacer un seguimiento de los costos.
- **Lea el informe escrito que le enviamos.** Cuando reciba la *EOB de la Parte D*, revísela para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si cree que falta algo o tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros al 1-844-964-5366 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Asegúrese de guardar estos informes. También puede acceder fácilmente a la información de su Explicación de Beneficios (EOB) de la Parte D en línea en: www.leonhealth.com/member-resources/information-on-electronic-explanation-of-benefits/

SECCIÓN 4 | No hay deducible para *Leon MediMore*

No hay deducible para *Leon MediMore*. Usted comienza en la Etapa de Cobertura Inicial cuando surte su primera receta del año. Vaya a la Sección 5 para obtener información sobre su cobertura durante la Etapa de Cobertura Inicial.

SECCIÓN 5 | Etapa de cobertura inicial

Sección 5.1 | Lo que paga por un medicamento depende del medicamento y del lugar en donde surta su medicamento con receta

Durante la etapa de Cobertura inicial, nuestro plan paga su parte del costo de sus medicamentos con cobertura, y usted paga su parte (su copago o coseguro correspondiente). Su parte del costo variará según el medicamento con receta y dónde lo surta.

El plan cuenta con cinco niveles de costos compartidos

Cada uno de los medicamentos que aparecen en la Lista de medicamentos del plan pertenece a alguno de los cinco niveles de costos compartidos. En general, mientras más alto sea el número del nivel de costos compartidos, mayor será el costo que deba pagar usted por el medicamento:

- **Nivel 1 – Genéricos:** medicamentos genéricos y productos de insulina cubiertos seleccionados. Es el nivel de copago más bajo.
- **Nivel 2 – Marca preferida:** medicamentos de marca preferidos, terapias de insulina elegibles y algunos genéricos seleccionados.

- **Nivel 3 – Medicamentos no preferidos:** medicamentos de marca que no son preferidos por el plan y algunas opciones genéricas.
- **Nivel 4 – Nivel especializado:** incluye medicamentos utilizados para tratar afecciones complejas, crónicas o poco comunes. Estos medicamentos suelen ser los más costosos del formulario.
- **Nivel 5 – Medicamentos suplementarios:** incluye medicamentos que no están cubiertos bajo el beneficio estándar de medicamentos de la Parte D y que se ofrecen como parte de beneficios adicionales o mejorados. Esto incluye algunos medicamentos que normalmente están excluidos.

Para averiguar en qué nivel de costos compartidos se encuentra su medicamento, búskelo en la Lista de medicamentos del plan.

Sus opciones de farmacias

Lo que usted paga por un medicamento depende de la farmacia en la que surta la receta:

- Una farmacia minorista de la red que ofrece copago estándar. Los costos pueden ser menores en las farmacias que ofrecen copago preferido.
- Una farmacia minorista de la red que ofrece copago preferido.
- Una farmacia que está fuera de la red del plan. Cubrimos medicamentos con receta surtidos en farmacias fuera de la red solo en situaciones limitadas. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5, para obtener información sobre cuándo cubrimos los medicamentos con receta surtidos en farmacias fuera de la red.

Para obtener más información acerca de estas opciones de farmacia y cómo surtir sus medicamentos con receta, consulte el Capítulo 5 y el *Directorio de proveedores y farmacias de Leon Health, Inc.* de nuestro plan (www.leonhealth.com/directory/?lang=es).

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

Durante la etapa de cobertura inicial, la parte del costo que le corresponderá por un medicamento con cobertura será un copago o un coseguro.

El monto del copago o el coseguro depende del nivel de costos compartidos.

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

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

Nivel	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (suministro de hasta 30 días)	Costo compartido minorista preferido (dentro de la red) (suministro de hasta 30 días)	Costo compartido de atención a largo plazo (Long Term Care, LTC) (suministro de hasta 31 días)	Costo compartido fuera de la red (La cobertura se limita a ciertas situaciones. Consulte el Capítulo 5 para obtener más detalles). (suministro de hasta 30 días)
Nivel 1 de costo compartido (Medicamentos Genéricos)	\$10	\$0	\$10	\$10
Nivel 2 de costo compartido (Medicamentos de marca preferidos)	\$40	\$30	\$40	\$40
Nivel 3 de costo compartido (Medicamentos no preferidos)	\$50	\$40	\$50	\$50
Nivel 4 de costo compartido (Nivel especializado)	33%	33%	33%	33%
Nivel 5 de costo compartido (Medicamentos Complementarios)	\$10	\$0	\$10	\$10

No pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina con cobertura, independientemente del nivel de costos compartidos, incluso si no pagó su deducible.

Consulte la Sección 8 de este capítulo para obtener más información sobre los costos compartidos para las vacunas de la parte D.

Sección 5.3 | Si su médico receta menos cantidad que un suministro mensual completo, es posible que no tenga que pagar el costo del suministro mensual completo

Por lo general, el monto que paga por un medicamento cubre el suministro de un mes completo. Puede haber ocasiones en las que usted o su médico quieran que tenga menos de un mes de suministro de un medicamento (por ejemplo, cuando esté probando un

medicamento por primera vez). También puede pedir a su médico que le recete, y a su farmacéutico que le surta, menos de un suministro para un mes completo, si esto le ayudará a planificar mejor las fechas de resurtido.

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

- Si usted es responsable del coseguro, pagará un porcentaje del costo total del medicamento. Dado que el coseguro se basa en el costo total del medicamento, su costo será menor, ya que el costo total del medicamento será menor.
- Si usted es responsable de un copago por el medicamento, solo paga la cantidad de días del medicamento que reciba en lugar de un mes completo. Calculamos la cantidad que usted paga por día por su medicamento (la tasa diaria de costos compartidos) y la multiplicaremos por la cantidad de días del medicamento que reciba.

Sección 5.4 | Sus costos por un suministro a largo plazo (hasta 90 días) de un medicamento cubierto de la Parte D

Para determinados medicamentos, se puede obtener un suministro a largo plazo (también denominado suministro extendido). Un suministro a largo plazo es un suministro de hasta 90 días.

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

Sus costos por un suministro a largo plazo (hasta 90 días) de un medicamento cubierto de la Parte D

Nivel	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (suministro de hasta 90 días)	Costo compartido minorista preferido (dentro de la red) (suministro de hasta 90 días)
Nivel 1 de costo compartido (Medicamentos Genéricos)	\$30	\$0
Nivel 2 de costo compartido (Medicamentos de marca preferidos)	\$120	\$90
Nivel 3 de costo compartido (Medicamentos no preferidos)	El suministro a largo plazo no está disponible para medicamentos de Nivel 3.	El suministro a largo plazo no está disponible para medicamentos de Nivel 3.
Nivel 4 de costo compartido (Nivel especializado)	El suministro a largo plazo no está disponible para medicamentos de Nivel 4.	El suministro a largo plazo no está disponible para medicamentos de Nivel 4.

Nivel	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (suministro de hasta 90 días)	Costo compartido minorista preferido (dentro de la red) (suministro de hasta 90 días)
Nivel 5 de costo compartido (Medicamentos Complementarios)	El suministro a largo plazo no está disponible para medicamentos de Nivel 5.	El suministro a largo plazo no está disponible para medicamentos de Nivel 5.

No pagará más de \$70 por un suministro de hasta dos meses o \$105 por un suministro de hasta tres meses de cada producto de insulina con cobertura, independientemente del nivel de costos compartidos, incluso si no pagó su deducible.

Sección 5.5 | Permanece en la Etapa de Cobertura Inicial hasta que sus gastos de desembolso para el año alcancen \$2,100

Permanece en la Etapa de Cobertura Inicial hasta que sus costos totales de desembolso alcancen **\$2,100**. Usted luego pasa a la Etapa de cobertura en situación catastrófica.

Ofrecemos cobertura adicional para algunos medicamentos con receta que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare. Los pagos efectuados por estos medicamentos no contarán para sus costos totales de desembolso.

La EOB de la Parte D que recibe le ayudará a llevar un registro de cuánto ha gastado usted, nuestro plan y cualquier tercera persona en su nombre durante el año. No todos los miembros alcanzarán el límite de desembolso de **\$2,100** en un año.

Le informaremos si alcanza este monto. Consulte la Sección 1.2 para obtener más información sobre cómo Medicare calcula sus costos de desembolso.

SECCIÓN 6 | La Etapa de cobertura en situación catastrófica

En la Etapa de cobertura en situación catastrófica, no pagará nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted ingresa en la Etapa de cobertura en situación catastrófica cuando sus gastos de desembolso alcanzan el límite de \$2,100 para el año calendario.

Permanece en la Etapa de cobertura en situación catastrófica hasta el final del año calendario.

- Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por los medicamentos cubiertos bajo la Parte D.
- Para los medicamentos excluidos que están cubiertos bajo nuestro beneficio mejorado, usted tiene un copago de \$10 en las farmacias minoristas estándar (no preferidas).

SECCIÓN 7 | Qué paga por las vacunas cubiertas por 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 vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas en la Lista de medicamentos de nuestro plan.

Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos sin costo para usted, incluso si no ha pagado su deducible. Consulte la Lista de medicamentos de nuestro plan o llame a Servicios para Miembros al 1-844-964-5366 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener detalles sobre la cobertura y los costos compartidos de vacunas específicas.

Nuestra cobertura para vacunas de la Parte D incluye 2 partes:

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

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

1. Si la vacuna es recomendada para adultos por una organización llamada Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP).

- La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos son recomendadas por el ACIP y a usted no le cuestan nada.

2. Dónde le administran la vacuna.

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

3. Quién le administra la vacuna.

- Un farmacéutico u otro proveedor puede administrar la vacuna en la farmacia. O bien, un proveedor de servicios médicos puede administrarla en el consultorio del médico.

Lo que paga al momento de la administración de una vacuna de la Parte D puede variar según las circunstancias y la **etapa de pago de medicamentos** en la que se encuentre.

- Cuando recibe una vacuna, es posible que tenga que pagar el costo total de la vacuna en sí y el costo para que el proveedor se la administre. Puede solicitarle al plan que le reembolse nuestra parte 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.
- Otras veces, cuando reciba una vacuna, pagará solo su parte del costo en virtud de 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 formas en que podría recibir una vacuna de la Parte D.

- Situación 1:** Usted recibe la vacuna de la Parte D en la farmacia de la red. (La disponibilidad de esta opción depende del lugar donde vive. 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 para la vacuna en sí, que incluye el costo por administrarla.
 - Nuestro plan pagará el resto del costo.
- Situación 2:** Usted recibe la vacuna de la Parte D en el consultorio médico.
- Cuando reciba la vacuna, es posible que deba pagar el costo total de la vacuna en sí y el costo para que el proveedor se la administre.
 - Luego, puede pedirle a nuestro plan que pague nuestra parte del costo; para ello, deberá usar 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 haya pagado. Para otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará el monto que pagó menos cualquier copago por la vacuna (incluida la administración), y menos cualquier diferencia entre el monto que cobra el médico y lo que normalmente pagamos. (Si recibe Ayuda Adicional, le reembolsaremos esta diferencia).
- Situación 3:** Usted compra la vacuna en sí de la Parte D en la farmacia de la red y la lleva al consultorio médico donde se la aplican.
- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, usted no paga nada por la vacuna en sí.
 - Para otras vacunas de la Parte D, paga a la farmacia su coseguro O copago por la vacuna en sí.
 - Cuando el médico le aplique la vacuna, es posible que deba pagar el costo total del servicio.
 - Luego, puede pedirle a nuestro plan que pague nuestra parte del costo; para ello, deberá usar los procedimientos del Capítulo 7.
 - Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, se le reembolsará el monto total que haya pagado. Para otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará el monto que pagó menos cualquier coseguro por la administración de la vacuna, y menos cualquier diferencia entre el monto que cobra el médico y lo que normalmente pagamos. (Si recibe Ayuda Adicional, le reembolsaremos esta diferencia).

CAPÍTULO 7

**CÓMO SOLICITARNOS QUE PAGUEMOS
NUESTRA PARTE DE UNA FACTURA POR
SERVICIOS MÉDICOS O MEDICAMENTOS
CON COBERTURA**

SECCIÓN 1 | Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios cubiertos o medicamentos cubiertos

A veces, cuando solicite atención médica o un medicamento con receta, es posible que deba pagar el costo total. Otras veces, es posible que pague más de lo que esperaba en virtud de las normas de cobertura del plan o es posible que reciba una factura de un proveedor de servicios médicos. En estos casos, puede solicitar a nuestro plan que le devuelva el pago (le otorgue un reembolso). Es su derecho obtener un rembolso por parte del plan siempre que haya pagado una suma superior a su parte del costo por los servicios médicos o medicamentos con cobertura de nuestro plan. Es posible que haya plazos que deba cumplir para recibir el reembolso. Consulte la Sección 2 de este capítulo.

En otras ocasiones, es posible que reciba una factura de un proveedor de servicios médicos por el costo total de la atención médica que ha recibido o por un importe superior a los costos compartidos. Primero intente resolver la factura con el proveedor. Si eso no funciona, envíenos la factura en lugar de pagarla. Analizaremos la factura y decidiremos si corresponde cubrir los servicios. Si decidimos que corresponde cubrirlos, le pagaremos directamente al proveedor de servicios médicos. Si decidimos no pagarlos, se lo notificaremos al proveedor. Nunca debe pagar más del costo compartido permitido por el plan. Si se contrata a este proveedor de servicios médicos, usted aún tiene derecho al tratamiento.

Ejemplos de situaciones en las que es posible que deba solicitar a nuestro plan que le haga un reembolso o que pague una factura que recibió:

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

Fuera del área de servicio, puede recibir servicios de emergencia o de urgencia de cualquier proveedor de servicios médicos, sea o no de nuestra red. En estos casos:

- Usted solo es responsable de pagar su parte del costo de los servicios de emergencia o de urgencia. Los proveedores de servicios médicos de emergencia están legalmente obligados a proporcionar atención de emergencia.
- Si paga el monto total al momento de recibir la atención, pídanos que le reintegremos nuestra parte del costo. Envíenos la factura junto con los comprobantes de los pagos que efectuó.
- Es posible que reciba facturas por parte de un proveedor de servicios médicos en las que se solicita un pago que usted cree que no adeuda. Envíenos esta factura junto con los comprobantes de los pagos que ya efectuó.
 - Si se le debe algo al proveedor de servicios médicos, le pagaremos directamente al proveedor.
 - Si ya pagó más que su parte del costo del servicio, determinaremos cuánto debía usted y le reembolsaremos nuestra parte del costo.

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

Los proveedores de servicios médicos de la red siempre deben facturar directamente a nuestro plan y solicitarle a usted su parte del costo. Sin embargo, a veces, cometen errores y le solicitan a usted que pague más de lo que le corresponde.

- Usted solo debe pagar sus costos compartidos cuando recibe servicios con cobertura. No permitimos que los proveedores de servicios médicos agreguen cargos adicionales por separado, lo que se denomina **factura con saldo**. Esta protección (que nunca pagará más que los costos compartidos) rige incluso si le pagamos al proveedor de servicios médicos menos de lo que él cobra por un servicio e incluso si hay una disputa y no pagamos determinados cargos de proveedores de servicios médicos.
- Siempre que reciba una factura de un proveedor de servicios médicos que forma parte de la red con un monto que usted considere que supera al que le corresponde pagar, envíenos la factura. Nos comunicaremos con el proveedor de servicios médicos directamente y resolveremos el problema de facturación.
- Si ya le pagó una factura a un proveedor de servicios médicos de la red, pero piensa que ha pagado demasiado, envíenos la factura junto con los comprobantes de los pagos que hizo y solicítensnos que le paguemos la diferencia entre el monto que pagó y el monto que adeuda en virtud de nuestro plan.

3. Si obtuvo cobertura en forma retroactiva de nuestro plan

A veces, la inscripción de una persona se hace de forma retroactiva. (Esto significa que el primer día de su inscripción ya ha pasado. Es posible que la fecha de la inscripción haya tenido lugar, incluso, el año pasado).

Si se inscribió en nuestro plan de forma retroactiva y pagó con un desembolso servicios o medicamentos con cobertura después de su fecha de inscripción, puede solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte de los costos. Debe presentar cierta documentación, como recibos y facturas, para que gestionemos el reembolso.

4. Si acude a una farmacia fuera de la red para surtir un medicamento con receta

Si acude a una farmacia fuera de la red, es posible que esta no pueda presentarnos directamente la reclamación de reembolso. Cuando eso sucede, tiene que pagar el costo total de su medicamento con receta.

Conserve su factura y envíenos una copia para solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte del costo. Recuerde que solo cubrimos farmacias fuera de la red en circunstancias limitadas.

Consulte el Capítulo 5, Sección 2.4 para obtener información sobre estas circunstancias. Puede que no le reembolsamos la diferencia entre lo que pagó por el medicamento en una farmacia fuera de la red y el monto que pagaríamos en una farmacia que forma parte de la red.

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

Si no tiene la tarjeta de membresía de nuestro plan con usted, puede solicitarle a la farmacia que llame a nuestro plan o que busque su información de inscripción en nuestro plan. Si la farmacia no puede obtener de inmediato la información de inscripción que necesita, es posible que usted deba pagar el costo total del medicamento con receta.

Conserve su factura y envíenos una copia para solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte 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 para la receta.

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

Usted podría pagar el costo total del medicamento con receta porque descubre que, por alguna razón, dicho medicamento no tiene cobertura.

- Por ejemplo, es posible que el medicamento no esté en la Lista de medicamentos de nuestro plan, o bien, podría tener un requisito o restricción que usted desconocía o que no pensaba que lo afectaría a usted. Si decide obtener el medicamento de inmediato, es posible que deba pagar el costo total.
- Conserve su factura y envíenos una copia para solicitarnos que le hagamos un rembolso. En algunos casos, es posible que necesitemos más información de su médico para reintegrarle nuestra parte 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 para la receta.

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

SECCIÓN 2 | Cómo solicitarnos que le reembolsemos una factura que recibió

Puede solicitarnos que le devolvamos el dinero al enviarnos una solicitud por escrito. Si envía una solicitud por escrito, envíe su factura y la documentación de cualquier pago que haya efectuado. Se recomienda hacer una copia de su factura y comprobantes para sus registros.

Debe enviarnos su reclamación en el transcurso de 12 meses a partir de la fecha en que recibió el servicio, el artículo o el medicamento.

Para asegurarnos de que nos proporcione toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede completar nuestro formulario de reclamación para efectuar su solicitud de pago.

- No es obligatorio usar el formulario, pero nos ayudará a procesar la información más rápido si proporciona todos los registros médicos pertinentes (si aplica) y comprobantes de pago.

- Descargue una copia del formulario de nuestro sitio web (www.leonhealth.com/formularios/?lang=es) o llame al Servicio para Miembros al 1-844-964-5366 (Los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicite el formulario.

Envíenos por correo su solicitud de pago junto con cualquier factura o comprobante de pagos que haya efectuado a esta dirección:

Leon Health, Inc.

Atención: Departamento de Servicios para los Miembros

P.O. Box 668230

Miami, FL 33166

SECCIÓN 3 | Consideraremos su solicitud de pago y la aceptaremos o rechazaremos

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

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento están cubiertos y usted siguió todas las normas, le pagaremos nuestra parte del costo por el servicio o medicamento. Nuestra parte del costo podría no ser igual al monto total que usted pagó (por ejemplo, si obtuvo un medicamento en una farmacia fuera de la red o si el precio en efectivo que pagó por el medicamento es más alto que nuestro precio negociado). Si ya pagó por el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo el reembolso de nuestra parte del costo. Si aún no ha pagado por el servicio o el medicamento, enviaremos el pago directamente al proveedor.
- Si decidimos que la atención médica o medicamento no está cubierto o que usted no siguió todas las normas, no pagaremos nuestra parte del costo. Le enviaremos una carta en la que se expliquen los motivos por los cuales no estamos enviando el pago y su derecho de apelar esa decisión.

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

Si considera que cometimos un error al negar su solicitud de pago o el monto que le pagamos, puede presentar una apelación. Si presenta una apelación, significa que nos solicita que modifiquemos la decisión que tomamos al negar su solicitud de pago. El proceso de apelación 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 proporcionar información de una manera que funcione para usted y que sea coherente con sus sensibilidades culturales (en idiomas que no sean inglés, en braille, en letra grande u otros formatos alternativos, etc.)

Nuestro plan debe garantizar que todos los servicios, tanto los clínicos como los no clínicos, se presten de una forma culturalmente adecuada y sean accesibles para todos los inscritos, incluidos aquellos que tienen un dominio limitado del inglés, habilidades de lectura limitadas, discapacidad auditiva o aquellos con diversos orígenes culturales y étnicos. Algunos ejemplos de cómo nuestro plan puede cumplir con estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros, la prestación de servicios de traducción e interpretación, y teletipos o conexión TTY, es decir, mediante teléfono de texto o teletipo.

El plan cuenta con servicios gratuitos de interpretación disponibles para responder las preguntas de los miembros que no hablan inglés. Además, hemos puesto todos nuestros materiales a disposición en español. Puede acceder a ellos en nuestro sitio web en www.leonhealth.com. También podemos proporcionarle la información en braille, en letra grande u otros formatos alternativos sin costo, de ser necesario. Se le debe brindar información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Para obtener información de nosotros de una manera que le resulte conveniente, llame a Servicios para Miembros al 1-844-964-5366 (usuarios de TTY deben llamar al 711).

El plan debe brindarles a las mujeres inscritas la opción de acceso directo a un especialista en salud femenina dentro de la red para los servicios de atención médica de rutina y preventivos de la mujer.

Si los proveedores de servicios médicos de una especialidad dentro de la red de nuestro plan no están disponibles, es responsabilidad de nuestro plan localizar proveedores de servicios médicos especializados fuera de la red que le proporcionen la atención necesaria. En este caso, solo pagará los costos compartidos dentro de la red. En caso de que no haya especialistas en la red de nuestro plan que cubran un servicio que usted necesita, llame a nuestro plan para que le informen sobre dónde acudir para obtener ese servicio con un costo compartido dentro de la red.

Si tiene dificultades 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 encontrar un especialista dentro de la red, llame para presentar una queja ante nosotros al 1-844-964-5366 (TTY 711). También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800- MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente a la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

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 can 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.

Our plan has free interpreter services available to answer questions from non-English speaking members. Additionally, we have made all of our materials available in Spanish. You can access them on our website at www.leonhealth.com. We can also give you information in braille, in large print, or other alternate formats at no cost if you need it. We're required to give you information about our plan's benefits in a format that's accessible and appropriate for you. To get information from us in a way that works for you, call Member Services at 1-844-969-5366 (TTY users call 711).

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

If providers in 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.

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 our Member Services Department at 1-844-969-7122 (TTY: 711). You can 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 garantizar que usted tenga acceso oportuno a sus servicios y medicamentos cubiertos

Tiene derecho a elegir un proveedor de atención primaria (PCP) de la red de nuestro plan para que le proporcione y organice sus servicios con cobertura. También tiene derecho a consultar a un especialista en salud femenina (como un ginecólogo), un quiropráctico o un podólogo, utilizar la línea de enfermería o programar un examen físico anual, sin necesidad de un referido.

Usted tiene derecho a conseguir citas y recibir servicios cubiertos de la red de proveedores de nuestro plan **dentro de un plazo razonable**. Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunos por parte de los especialistas cuando necesita tal atención. También tiene derecho a poder surtir o resurtir sus medicamentos con receta en cualquiera de nuestras farmacias de la red sin demoras prolongadas.

Si cree que no está obteniendo atención médica o medicamentos de la Parte D dentro de un plazo razonable, el Capítulo 9 le informa qué puede hacer.

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

Las leyes estatales y federales protegen la privacidad de su expediente médico e información médica personal. Protegemos su información médica personal como lo exigen estas leyes.

- La información personal sobre su salud incluye información personal que nos brindó cuando se inscribió en el plan, además del expediente médico que creamos y otra información médica y de salud.
- Tiene derechos con respecto a sus datos y al control de cómo se usa su información médica. Le brindamos un notificación por escrito, llamada Notificación de práctica privada, que le informa acerca de estos derechos y explica cómo protegemos la privacidad de su información médica.

Su información. Sus derechos. Nuestras responsabilidades.

La siguiente información describe cómo se puede usar y divulgar su información médica y cómo puede obtener acceso a ella. Léala con atención.

Sus derechos

Cuando se trata de su información de salud, usted tiene ciertos derechos. Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarle.

Obtener una copia de sus registros médicos y de reclamaciones

- Puede solicitar ver u obtener una copia de sus registros médicos, de reclamaciones y otra información de salud que tengamos sobre usted. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Le proporcionaremos una copia o un resumen de sus registros médicos y de reclamaciones, generalmente dentro de los 30 días posteriores a su solicitud. Podemos cobrar una tarifa razonable basada en los costos.

Solicitar que corrijamos los registros médicos y de reclamaciones

- Puede pedirnos que corrijamos sus registros médicos o de reclamaciones si considera que son incorrectos o están incompletos. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Podríamos decir “no” a su solicitud, pero le explicaremos por escrito el motivo dentro de los 60 días.

Solicitar comunicaciones confidenciales

- Puede pedirnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, por teléfono en su casa o en su trabajo) o que envíemos la correspondencia a una dirección diferente.
- Consideraremos todas las solicitudes razonables y debemos decir “sí” si usted nos indica que podría estar en peligro si no lo hacemos.

Solicitar que limitemos lo que usamos o compartimos

- Puede pedirnos que no usemos ni compartamos cierta información médica para fines de tratamiento, pago o nuestras operaciones.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

- No estamos obligados a aceptar su solicitud y podemos decir “no” si eso afectaría su atención médica.

Obtener una lista de las personas con quienes hemos compartido su información

- Puede solicitar una lista (informe) de las veces que hemos compartido su información médica durante los seis años anteriores a la fecha de su solicitud, con quién la compartimos y por qué.
- Incluiríremos todas las divulgaciones, excepto las relacionadas con tratamiento, pago y operaciones de atención médica, así como ciertas otras divulgaciones (como las que usted nos haya pedido realizar). Le proporcionaremos un informe gratuito por año, pero cobraremos una tarifa razonable basada en los costos si solicita otro dentro de un período de 12 meses.

Obtener una copia de este aviso de privacidad

- Puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si ha aceptado recibirla electrónicamente. Le proporcionaremos una copia impresa de inmediato.

Designar a alguien para que actúe en su nombre

- Si ha otorgado a alguien un poder notarial médico o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica.
- Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar en su nombre antes de tomar cualquier medida.

Presentar una queja si considera que se han violado sus derechos

- Puede presentar una queja si considera que hemos violado sus derechos, comunicándose con nosotros utilizando la información indicada en la página 1.
- También puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights) enviando una carta a **200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201**, llamando al **1-877-696-6775**, o visitando www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/.
- No tomaremos represalias en su contra por presentar una queja.

Sus opciones

Para cierta información médica, puede indicarnos sus preferencias sobre lo que compartimos. Si tiene una preferencia clara acerca de cómo compartimos su información en las situaciones descritas a continuación, hable con nosotros. Díganos qué desea que hagamos y seguiremos sus instrucciones.

En estos casos, usted tiene el derecho y la opción de indicarnos que:

- Compartamos información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en el pago de su atención médica.
- Compartamos información en una situación de ayuda o alivio en caso de desastre.

- Nos comuniquemos con usted para esfuerzos de recaudación de fondos.

Si no puede indicarnos su preferencia (por ejemplo, si está inconsciente), podemos compartir su información si creemos que es lo mejor para su bienestar. También podemos compartir su información cuando sea necesario para reducir una amenaza grave e inminente a la salud o la seguridad.

En los siguientes casos nunca compartimos su información a menos que nos dé su autorización por escrito:

- Fines de mercadeo.
- Venta de su información.

Nuestros usos y divulgaciones

¿Cómo usamos o compartimos normalmente su información médica?

Usamos o compartimos su información médica de las siguientes maneras:

- **Ayudar a manejar la atención médica que recibe**

Podemos usar su información médica y compartirla con los profesionales que lo atienden.

Ejemplo: un médico nos envía información sobre su diagnóstico y plan de tratamiento para que podamos coordinar servicios adicionales.

- **Administrar nuestra organización**

Podemos usar y divulgar su información para operar nuestra organización y comunicarnos con usted cuando sea necesario.

No se nos permite usar información genética para decidir si le brindaremos cobertura ni para determinar el precio de dicha cobertura. Esta regla no aplica a los planes de atención a largo plazo.

Ejemplo: usamos su información médica para desarrollar mejores servicios para usted.

- **Pagar por sus servicios de salud**

Podemos usar y divulgar su información médica cuando pagamos por sus servicios de salud.

Ejemplo: compartimos información sobre usted con su plan dental para coordinar el pago de su tratamiento dental.

- **Administrar su plan**

Podemos divulgar su información médica al patrocinador de su plan de salud para propósitos administrativos.

Ejemplo: su empresa contrata con nosotros un plan de salud, y le proporcionamos ciertas estadísticas para explicar las primas que cobramos.

¿De qué otras formas podemos usar o compartir su información médica?

La ley nos permite o exige compartir su información de otras maneras, generalmente cuando contribuye al bienestar público, como en temas de salud pública e investigación. Antes de compartir su información para estos fines, debemos cumplir con muchos requisitos legales.

- **Ayudar con temas de salud y seguridad pública** (por ejemplo, prevenir enfermedades, colaborar con el retiro de productos, reportar reacciones adversas a medicamentos, denunciar abuso, negligencia o violencia doméstica, y prevenir o reducir una amenaza grave a la salud o seguridad de cualquier persona).
- **Realizar investigaciones** – Podemos usar o compartir su información para fines de investigación médica.
- **Cumplir con la ley** – Compartiremos su información si las leyes estatales o federales lo requieren, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) si solicita verificar que cumplimos con las leyes federales de privacidad.
- **Responder a solicitudes de donación de órganos y tejidos y colaborar con un médico forense o director funerario** – Podemos compartir información médica con organizaciones de obtención de órganos, forenses, médicos examinadores o directores funerarios cuando una persona fallece.

Atender reclamaciones de compensación laboral, aplicación de la ley y otras solicitudes del gobierno

- Podemos divulgar su información médica para reclamaciones de compensación laboral, fines de aplicación de la ley, actividades de supervisión de salud o funciones especiales del gobierno (como las relacionadas con el servicio militar, la seguridad nacional o los servicios de protección presidencial).

Responder a demandas y acciones legales

- Podemos compartir su información médica en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación.

Nuestras responsabilidades

- La ley nos exige mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida.
- Le notificaremos de inmediato si ocurre una violación que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos cumplir con los deberes y prácticas de privacidad descritos en este aviso y proporcionarle una copia del mismo.
- No usaremos ni compartiremos su información de otra manera que no sea la descrita aquí, a menos que usted nos autorice por escrito. Puede cambiar de opinión en cualquier momento notificándonos por escrito.

Cambios en los términos de este aviso

Podemos cambiar los términos de este aviso, y los cambios se aplicarán a toda la información que tengamos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible si lo solicita, en nuestro sitio web, y también se le enviará una copia por correo.

Cómo protegemos la privacidad de su información médica

- Nos aseguramos de que personas no autorizadas no vean ni modifiquen sus registros.
- Salvo en las circunstancias indicadas a continuación, si tenemos la intención de

proporcionar su información médica a alguien que no esté involucrado en su atención o en el pago de su atención, debemos obtener primero su autorización por escrito o la de una persona legalmente facultada para tomar decisiones en su nombre.

- Existen ciertas excepciones que no requieren su autorización por escrito, ya que están permitidas o exigidas por ley:

- Estamos obligados a divulgar información médica a las agencias gubernamentales que supervisan la calidad de la atención médica.
- Debido a que usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, estamos obligados a proporcionar a Medicare su información médica, incluyendo información sobre sus medicamentos de la Parte D. Si Medicare divulga su información con fines de investigación u otros usos, esto se hará conforme a las leyes y regulaciones federales; normalmente, esto requiere que no se comparta información que lo identifique de manera única.

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

Usted tiene derecho a revisar los registros médicos que mantiene nuestro plan y a obtener una copia de los mismos. Se nos permite cobrar una tarifa por realizar copias. También tiene derecho a solicitarnos que hagamos adiciones o correcciones a sus registros médicos. Si lo solicita, trabajaremos con su proveedor de atención médica para decidir si deben realizarse los cambios.

Usted tiene derecho a saber cómo se ha compartido su información médica con otras personas para cualquier propósito que no sea de rutina. Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su información médica personal, llame a **Servicios para Miembros al 1-844-969-5366** (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

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

Como miembro de *Leon MediMore (HMO)*, tiene derecho a recibir diversos tipos de información de nuestra parte.

Si desea cualquiera de los siguientes tipos de información, llame a Servicios para Miembros al 1-844-964-5366 (los usuarios de TTY deben llamar al 711):

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información acerca del estado financiero de nuestro plan.
- **Información sobre los proveedores de servicios médicos y las farmacias de nuestra red.** Usted tiene derecho a obtener información acerca de las certificaciones de los proveedores de servicios médicos y las farmacias de la red y sobre la forma en que les pagamos a dichos proveedores de servicios médicos.
- **Información acerca de su cobertura y las reglas que debe seguir cuando la utilice.** En los Capítulos 3 y 4 se proporciona información sobre servicios médicos. En los

Capítulos 5 y 6 se proporciona información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte D.

- **Información acerca de por qué algo no tiene cobertura y qué puede hacer usted al respecto.** En el Capítulo 9 se proporciona información sobre cómo solicitar una explicación por escrito sobre por qué un servicio médico o un medicamento de la Parte D no tiene cobertura o si su cobertura está restringida. En el Capítulo 9 también se proporciona información sobre cómo solicitarnos que cambiemos una decisión, también llamada apelación.

Sección 1.5 | Tiene derecho a conocer sus opciones de tratamiento y participar en la toma de decisiones acerca de su atención

Tiene derecho a obtener toda la información por parte de sus médicos y otros proveedores de servicios médicos. Sus proveedores de servicios médicos deben explicarle cuál es su afección médica y sus opciones de tratamiento de *forma tal que sea fácil de entender para usted*.

También tiene derecho a participar en todas las decisiones acerca de su atención médica. Para ayudarlo a tomar decisiones con su médico acerca del mejor tratamiento para usted, entre sus derechos se incluyen los siguientes:

- **Conocer todos los detalles sobre sus opciones.** Tiene derecho a que le informen todas las opciones de tratamiento recomendadas para su afección, sin importar lo que cuesten o si el plan las cubre. También incluye que le informen sobre los programas que ofrece nuestro plan para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos y usar los medicamentos de manera segura.
- **Conocer los riesgos.** Tiene derecho a que le informen acerca de cualquier riesgo involucrado en su atención. Se le debe informar por adelantado si algún tipo de atención médica o tratamiento propuesto es parte de un estudio experimental. Tiene derecho a negarse a recibir cualquier tratamiento experimental.
- **Derecho a decir “no.”** Tiene derecho a negarse a recibir cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a irse del hospital o de cualquier otro centro de salud, incluso si su médico le recomienda que no lo haga. También tiene derecho a dejar de tomar su medicación. Si se niega a recibir el tratamiento o deja de tomar un medicamento, usted será responsable por lo que le suceda a su cuerpo como consecuencia de su decisión.

Tiene derecho a dejar instrucciones acerca de lo que debe hacerse si no puede tomar decisiones médicas por usted mismo.

En ocasiones, las personas pierden la capacidad de tomar decisiones sobre su atención médica debido a accidentes o enfermedades graves. Usted tiene derecho a dejar dicho lo que quiere que suceda si se llegase a encontrar en esa situación. Eso significa que, si usted lo desea, puede hacer lo siguiente:

- Completar un formulario por escrito para darle a **alguien la autoridad legal para tomar decisiones médicas por usted** en caso de que en algún momento no sea capaz de tomar las decisiones usted mismo.

- **Proporcionar instrucciones por escrito a su médico** sobre cómo desea que se administre su atención médica en caso de que usted llegue a perder la capacidad para tomar sus propias decisiones.

Los documentos legales que puede utilizar para dejar instrucciones por adelantado en estas situaciones se llaman **instrucciones anticipadas**. Los documentos como el **testamento en vida y poder para decisiones médicas** son ejemplos de instrucciones anticipadas.

Cómo establecer una instrucción anticipada para dar instrucciones:

- **Obtenga un formulario.** Puede obtener el formulario de instrucciones anticipadas de su abogado, un trabajador social o alguna tienda de artículos de oficina. En ocasiones, puede obtener los formularios de instrucciones anticipadas en organizaciones que brindan información acerca de Medicare. También puede llamar a Servicios para Miembros al 1-844-964-5366 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para solicitar los formularios.
- **Complete el formulario y firmelo.** Independientemente de dónde obtenga este formulario, es un documento legal. Es conveniente que un abogado lo ayude a prepararlo.
- **Entregue copias del formulario a las personas adecuadas.** Entregue una copia del formulario a su médico y a la persona que designe en el formulario para que tome las decisiones en caso de que usted no pueda hacerlo. Le recomendamos que entregue copias a sus parientes y amigos más cercanos. Conserve una copia en su hogar.

Si sabe que lo hospitalizarán y firmó un documento de instrucciones anticipadas, **lleve una copia al hospital**.

- En el hospital, le preguntarán si firmó un documento de instrucciones anticipadas y si lo ha llevado.
- Si no firmó ningún formulario de instrucciones anticipadas, en el hospital podrán proporcionarle el formulario si usted desea firmarlo.

Completar una instrucción anticipada es su decisión (usted decide si desea firmarla cuando se encuentre en el hospital). Conforme a la ley, nadie puede denegarle la atención ni discriminarlo por haber firmado o no un documento de instrucciones anticipadas.

Qué sucede si sus instrucciones no son respetadas

Si firma un documento de instrucciones anticipadas y considera que un médico o un hospital no siguieron sus instrucciones, puede presentar una queja ante la Agencia para la Administración del Cuidado de la Salud de Florida (AHCA, por sus siglas en inglés) por teléfono al (888) 419-3456 / TDD: (800) 955-8771, o por correo a:

*Agency for Health Care Administration
2727 Mahan Drive
Tallahassee, FL 32308*

Sección 1.6 | Tiene derecho a presentar quejas y a solicitarnos que reconsideremos las decisiones que tomamos

Si tiene algún problema, inquietud o queja y necesita solicitar cobertura o presentar una apelación, el Capítulo 9 de este documento le informa lo que puede hacer. Sin importar lo que haga (solicitar una decisión de cobertura, presentar una apelación o presentar una queja), **estamos obligados a tratarlo de forma justa.**

Sección 1.7 | Si cree que lo están tratando injustamente o que no se respetan sus derechos

Si cree que ha sido tratado deshonestamente o que sus derechos no han sido respetados debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, religión, sexo o estado de salud, debe llamar a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697) o bien llame a la Oficina de Derechos Civiles de su localidad.

Si cree que ha sido tratado deshonestamente o que sus derechos no han sido respetados, y que no es un tema de discriminación, puede obtener ayuda para tratar el problema de estos lugares:

- **Llame a Servicios para Miembros** al 1-844-964-5366 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).
- **Llame a su SHIP local** al 1-800-963-5337 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-955-8770)
- **Llame a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048)

Sección 1.8 | Dónde obtener más información acerca de sus derechos

Obtenga más información sobre sus derechos en estos lugares:

- **Llame a Servicios para Miembros** al 1-844-964-5366 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).
- **Llame a su SHIP local** al 1-800-963-5337 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-955-8770)
- **Comuníquese con Medicare**
 - Visite www.Medicare.gov para leer la publicación Derechos y protecciones de Medicare (disponible en: www.Medicare.gov/publications/11534-medicare-rights-and- protections.pdf)
 - Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048)

SECCIÓN 2 | Sus responsabilidades como miembro de nuestro plan

A continuación, enumeramos sus responsabilidades como miembro de nuestro plan. Si tiene preguntas, comuníquese con el Servicio para Miembros al 1-844-964-5366 (Los usuarios de TTY deben llamar al 711).

- **Conozca cuáles son los servicios con cobertura y las reglas que debe seguir para recibirlos.** Use esta **Evidencia de Cobertura** para conocer lo que tiene cobertura y las normas que debe seguir para recibir los servicios con cobertura.
 - En los capítulos 3 y 4 se proporcionan detalles sobre los servicios médicos.
 - Los Capítulos 5 y 6 ofrecen detalles sobre su cobertura de medicamentos de la Parte D.
- **Si tiene alguna otra cobertura de salud o de medicamentos que no sea la de nuestro plan, es necesario que nos lo comunique.** En el Capítulo 1, se le informa acerca de la coordinación de estos beneficios.
- **Avíseles a su médico y a otros proveedores de servicios médicos que usted está inscrito en nuestro plan.** Muestre la tarjeta de membresía de nuestro plan cada vez que reciba atención médica u obtenga medicamentos de la Parte D.
- **Permita que sus médicos y otros proveedores de servicios médicos lo ayuden al brindarles información, hacerles preguntas y seguir las instrucciones sobre su tratamiento.**
 - Para ayudar a obtener la mejor atención, informe a sus médicos y otros proveedores de servicios médicos sobre sus problemas de salud. Siga los planes y las instrucciones de tratamiento que acuerde con su médico.
 - Asegúrese de que sus médicos conozcan todos los medicamentos que toma, incluidos los medicamentos de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
 - Si tiene preguntas, asegúrese de hacerla y obtener una respuesta que pueda entender.
- **Sea considerado.** Contamos con que nuestros miembros respeten los derechos de los demás pacientes. También contamos con que actúe de forma que colabore con el funcionamiento sin contratiempos del consultorio del médico, los hospitales y otras oficinas.
- **Pague lo que deba.** Como miembro, es su responsabilidad efectuar los pagos por los siguientes servicios:
 - Debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare para seguir siendo miembro de nuestro plan.
 - Para la mayoría de sus servicios médicos o medicamentos con cobertura de nuestro plan, usted debe pagar su parte de los costos cuando los recibe.
 - Si se le exige que pague el monto adicional para la Parte D debido a sus ingresos

anuales, usted debe seguir pagando el monto adicional directamente al gobierno para poder seguir siendo miembro de nuestro plan.

- Si debe pagar el monto adicional por la Parte D debido a sus ingresos anuales, debe continuar pagando este monto directamente al gobierno.
- **Incluso si se muda dentro de nuestra área de servicio del plan, necesitamos saberlo** para poder mantener al día su registro de membresía y saber cómo comunicarnos con usted.
- **Si se muda fuera de nuestra área de servicio, no podrá seguir siendo miembro de nuestro plan.**
- **Si se muda, avísele al Seguro Social (o a la Junta de Retiro Ferroviario).**

CAPÍTULO 9

**SI TIENE UN PROBLEMA O
UNA QUEJA (DECISIONES DE
COBERTURA, APELACIONES,
QUEJAS)**

SECCIÓN 1 | Qué hacer si tiene un problema o una inquietud

En este capítulo, se explican 2 tipos de procesos para abordar problemas e inquietudes:

- En algunos problemas, debe seguir el **proceso de decisiones de cobertura y apelaciones**.
- En otros, debe seguir el **proceso para presentar quejas** (también denominadas quejas formales).

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

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

Sección 1.1 | Términos legales

Algunas de las reglas, los procedimientos y los tipos de fechas límites que se explican en este capítulo contienen términos legales, muchos de los cuales son desconocidos para la mayoría de las personas. Para facilitar las cosas, este capítulo utiliza palabras más conocidas en lugar de algunos términos legales.

Sin embargo, a veces es importante conocer los términos legales correctos. Para que sepa qué palabras utilizar para recibir la ayuda o información correctas, empleamos estos términos legales al brindarle detalles para abordar determinadas situaciones.

SECCIÓN 2 | Dónde obtener más información y ayuda personalizada

Siempre estamos disponibles para ayudarlo. Incluso si tiene una queja sobre el tratamiento que le brindamos, debemos respetar su derecho a presentarla. Siempre debe llamar a Servicios para Miembros al 1-844-964-5366 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener ayuda. En algunas situaciones, es posible que desee que lo ayude o guíe una persona que no tenga relación con nosotros. Dos organizaciones que pueden ayudarle son:

Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP)

Cada estado tiene un programa gubernamental con consejeros capacitados. El programa no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguro o cobertura médica. Los consejeros de este programa pueden ayudarlo a entender los procesos que deberá seguir para tratar el problema que tenga. También pueden responder preguntas, proporcionarle más información y ofrecerle una orientación.

Los servicios de los consejeros del SHIP son gratuitos. Encontrará los números de teléfono y las direcciones de los sitios web en el Capítulo 2, Sección 3 de este documento.

Medicare

También puede comunicarse con Medicare para obtener ayuda.

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

SECCIÓN 3 | Qué proceso usar para su problema

Si tiene un problema o una inquietud, solo debe leer las partes de este capítulo que se aplican a su situación. La siguiente guía le ayudará.

¿Se relaciona su problema o inquietud con los beneficios o la cobertura?

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

Sí.

Pase a la siguiente sección de este capítulo, la **Sección 4, titulada Una guía sobre los aspectos básicos de las decisiones de cobertura y las apelaciones**.

No.

Vaya a la **sección 10** al final de este capítulo: **Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras cuestiones**.

DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES

SECCIÓN 4 | Una guía de las decisiones de cobertura y las apelaciones

Las decisiones de cobertura y las apelaciones tratan problemas acerca de sus beneficios y cobertura de la atención médica (servicios, artículos y medicamentos de la Parte B, incluido el pago). Para simplificar, generalmente nos referimos a los artículos y servicios médicos y a los medicamentos de la Parte B de Medicare como **atención médica**. Usted recurre al proceso de apelaciones y decisiones de cobertura en situaciones tales como si un artículo o servicio tiene cobertura o no y la forma en que la tiene.

Solicitar decisiones de cobertura antes de recibir servicios

Si usted quiere saber si cubriremos la atención médica antes de recibirla, puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura para usted. Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre el monto que pagaremos por su atención médica. Por ejemplo, si el médico de la red de nuestro plan le refiere a un especialista médico que no se encuentra dentro de la red, esta referencia se considera una decisión de cobertura favorable a menos que usted o su médico de la red pueda demostrar que usted recibió un aviso de denegación estándar para este especialista médico o que la

Evidencia de Cobertura deje claro que el servicio recomendado no tiene cobertura en ninguna circunstancia. Usted y su médico también pueden comunicarse con nosotros y solicitar una decisión de cobertura si su médico no está seguro sobre la cobertura para un servicio médico en particular o se niega a proporcionar atención médica que usted crea necesitar.

En circunstancias limitadas, se desestimarán una solicitud de decisión de cobertura, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de cuándo se desestimará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre pero no está legalmente autorizado para hacerlo o si usted solicita que se retire su solicitud. Si desestimamos su solicitud de decisión de cobertura, le enviaremos un aviso en donde detallaremos por qué se desestimó la solicitud y cómo solicitar una revisión de la desestimación.

Tomamos una decisión de cobertura cada vez que decidimos qué está cubierto para usted y cuánto pagamos. En algunos casos, es posible que decidamos que una atención médica no tiene cobertura o que perdió la cobertura. Si no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, podrá presentar una apelación.

Presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura, ya sea antes o después de que reciba un beneficio y no está satisfecho, puede **apelar** la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y modifiquemos una decisión de cobertura que tomamos. En ciertas circunstancias, puede solicitar una apelación acelerada o **apelación rápida** de una decisión de cobertura. Se encargan de su apelación revisores distintos de los que tomaron la decisión original.

Cuando apela una decisión por primera vez, se denomina apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que tomamos para verificar que hayamos seguido todas las reglas de forma adecuada. Cuando finalicemos la revisión, le comunicaremos nuestra decisión.

En circunstancias limitadas, desestimamos una solicitud de apelación de Nivel 1, lo que significa que no la revisamos. Algunos ejemplos de cuándo se desestimará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo o si usted solicita que se retire su solicitud. Si desestimamos su solicitud de apelación de Nivel 1, le enviaremos un aviso en el que explicaremos por qué lo hicimos y cómo solicitar una revisión de la desestimación.

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

- No es necesario que haga nada para iniciar una apelación de Nivel 2. Las normas de Medicare requieren que envíemos automáticamente su apelación para atención médica al Nivel 2 si no estamos totalmente de acuerdo con su apelación de Nivel 1.
- Consulte la **Sección 5.4** de este capítulo para obtener más información sobre las apelaciones de Nivel 2 para la atención médica.

- Las apelaciones de la Parte D se analizan con más detalle en la Sección 6.

Si no está satisfecho con la decisión de la apelación de Nivel 2, quizás pueda proceder a niveles superiores de apelación (este capítulo explica el proceso para apelaciones de Nivel 3, 4 y 5).

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

Estos son algunos recursos que tal vez desee usar si decide solicitar algún tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- **Llame a Servicios para Miembros** al 1-844-964-5366 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).
- **Obtenga ayuda gratuita** de su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud.
- **Su médico puede presentar una solicitud por usted.** Si su médico lo ayuda con una apelación superior al Nivel 2, usted debe designarlo como su representante. Llame a Servicios para Miembros al 1-844-964-5366 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicite el formulario de Designación de representante. (El formulario también está disponible en www.CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en (www.leonhealth.com/recursos-para-miembros/nombramiento-de-representante/?lang=es)
 - Para atención médica o medicamentos de la Parte B, su médico puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si se rechaza su apelación en el Nivel 1, automáticamente se enviará al Nivel 2.
 - Para los medicamentos de la Parte D, su médico o la persona que receta pueden solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si se rechaza su apelación de Nivel 1, su médico o la persona que receta pueden solicitar una apelación de Nivel 2.
- **Usted puede pedirle a alguien que actúe en su nombre.** Puede designar a otra persona para que actúe en su nombre como representante para pedir una decisión de cobertura o para presentar una apelación.
 - Si desea que un amigo, un familiar u otra persona sea su representante, llame al Servicio para Miembros al 1-844-964-5366 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicite el formulario de Designación de representante. (El formulario también está disponible en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en (www.leonhealth.com/formularios/?lang=es) Este formulario le otorga a esa persona permiso para actuar en su nombre. Deben firmarlo usted y la persona que desea que actúe en su nombre. Usted debe darnos una copia del formulario firmado.
 - Podemos aceptar una solicitud de apelación de un representante sin el formulario, pero no podemos completar nuestra revisión hasta no recibirla. Si no recibimos

el formulario antes de nuestra fecha límite para tomar una decisión sobre su apelación, su solicitud de apelación será desestimada. Si esto ocurre, le enviaremos un aviso por escrito en el que se explicará su derecho a solicitar a la organización de revisión independiente que revise nuestra decisión de desestimar su apelación.

- **También tiene derecho a contratar a un abogado.** Puede comunicarse con su propio abogado o averiguar el nombre de un abogado del colegio de abogados de su localidad u otro servicio de consulta. Hay grupos que le brindarán servicios legales gratuitos si usted cumple con los requisitos. No obstante, **no está obligado a contratar a un abogado** para solicitar una decisión de cobertura o para apelar una decisión.

Sección 4.2 | Reglas y plazos para diferentes situaciones

Hay 4 situaciones diferentes que implican decisiones de cobertura y apelaciones. Cada situación tiene diferentes reglas y plazos. Proporcionamos los detalles para cada una de estas situaciones:

- **Sección 5: Atención médica:** Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 6:** Medicamentos de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 7:** Cómo solicitarnos la cobertura de una estadía en el hospital más prolongada si usted considera que le dan el alta demasiado pronto
- **Sección 8:** Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si usted considera que su cobertura finalizará demasiado pronto (se aplica solo a estos servicios: atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada y servicios de un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios [CORF]).

Si no está seguro de qué información se aplica a usted, llame a Servicios para Miembros al 1-844-964-5366 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). También puede obtener ayuda o información de su SHIP.

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

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

Sus beneficios de atención médica se describen en el Capítulo 4 de la Tabla de beneficios médicos. En algunos casos, se aplican diferentes reglas a una solicitud de un medicamento de la Parte B. En esos casos, explicaremos cómo las reglas para los medicamentos de la Parte B

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

son diferentes de las reglas para artículos y servicios médicos.

En esta sección, se explica qué puede hacer si se encuentra en alguna de estas 5 situaciones:

1. No recibe cierta atención médica que desea y cree que tiene cobertura de nuestro plan.
Solicite una decisión de cobertura. Sección 5.2.
2. Nuestro plan no aprueba la atención médica que su médico u otro proveedor de servicios médicos desee brindarle y usted cree que esta atención tiene cobertura de nuestro plan.
Solicite una decisión de cobertura. Sección 5.2.
3. Recibió atención médica que cree que debe cubrir nuestro plan, pero dijimos que no pagaremos esa atención. **Presente una apelación. Sección 5.3.**
4. Recibió y pagó atención médica que considera que nuestro plan debe cubrir y desea pedirle a nuestro plan que le reembolse el pago por esta atención. **Envíenos la factura. Sección 5.5.**
5. Le informan que la cobertura para cierta atención médica que recibió y que estaba aprobada previamente se reducirá o interrumpirá y usted cree que reducir o interrumpir la atención puede ser perjudicial para su salud. **Presente una apelación. Sección 5.3.**

Nota: Si la cobertura que se interrumpirá es de atención hospitalaria, atención médica a domicilio, atención de un centro de enfermería especializada o servicios de un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF), consulte las Secciones 7 y 8. Se aplican reglas especiales a estos tipos de atención.

Sección 5.2 | Cómo solicitar una decisión de cobertura

Términos legales

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

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

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

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

- Solo puede solicitar cobertura para artículos o servicios médicos (no solicitudes de pago por artículos o servicios que ya recibió).

- Puede obtener una decisión rápida de cobertura *solo* si al usar las fechas límite estándar puede causar un grave peligro para su salud o dañar su capacidad para recuperarse.

Si su médico nos informa que su salud exige una decisión rápida de cobertura, le otorgaremos automáticamente una.

Si solicita una decisión rápida de cobertura por su cuenta (sin el apoyo de su médico), decidiremos si su salud exige que le comuniquemos una decisión rápida de cobertura.

Si no aprobamos una decisión rápida de cobertura, le enviaremos una carta con la siguiente información:

- Una explicación de que aplicaremos las fechas límites estándar.
- Una explicación de que, si su médico nos solicita una decisión rápida de cobertura, le otorgaremos automáticamente una.
- Una explicación de que puede presentar una queja rápida sobre nuestra decisión de otorgarle una decisión estándar de cobertura en lugar de la decisión rápida de cobertura que solicitó.

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

- Primero, llame, escriba o envíe un fax a nuestro seguro para solicitarnos que autoricemos o brindemos cobertura para la atención médica que desea. Usted, su representante o su médico pueden hacerlo. En el Capítulo 2, figura la información de contacto.

Paso 3: Consideraremos su solicitud de cobertura de atención médica y le daremos una respuesta.

Para las decisiones estándar de cobertura, aplicamos las fechas límites estándar.

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

- Sin embargo, si pide más tiempo o si necesitamos obtener más información que pueda beneficiarlo, podemos demorar hasta 14 días calendario más si su solicitud está relacionada con un artículo o servicio médico. Si nos tomamos unos días más, se lo informaremos por escrito. No podemos tardar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es acerca de un medicamento de la Parte B.
- Si considera que *no debemos* tomarnos unos días más, puede presentar una queja rápida. Le daremos una respuesta a su queja tan pronto como tomemos la decisión. (El

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

proceso para presentar una queja es diferente del proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Consulte la Sección 10 para obtener más información sobre las quejas).

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

Una decisión rápida de cobertura significa que responderemos en el plazo de 72 horas si su solicitud está relacionada con un artículo o servicio médico. Si su solicitud es por un medicamento de la Parte B, responderemos dentro de las 24 horas.

- **Sin embargo, si pide más tiempo o si necesitamos obtener más información que pueda beneficiarlo, podemos demorar hasta 14 días calendario más si su solicitud está relacionada con un artículo o servicio médico.** Si nos tomamos unos días más, se lo informaremos por escrito. No podemos tardar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es acerca de un medicamento de la Parte B.

Si considera que *no debemos* tomarnos unos días más, puede presentar una *queja rápida*. (Vaya a la sección 10 para obtener información sobre quejas). Lo llamaremos en cuanto hayamos tomado la decisión.

- Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó, le enviaremos una declaración por escrito en la que se explicará por qué rechazamos la solicitud.

Paso 4: Si rechazamos su solicitud de cobertura de atención médica, puede presentar una apelación.

- Si la rechazamos, tiene derecho a pedirnos que reconsideremos esta decisión mediante una apelación. Esto significa solicitar nuevamente la cobertura de atención médica que desea. Si presenta una apelación, significa que se procederá al Nivel 1 del proceso de apelación

Sección 5.3 | Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos legales
Una apelación a nuestro plan por una decisión de cobertura de atención médica se denomina reconsideración del plan . Una apelación rápida también se llama reconsideración acelerada .

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

Por lo general, se presenta una apelación estándar dentro de los 30 días calendario o 7 días calendario para los medicamentos de la Parte B. Una apelación rápida generalmente se resuelve en el plazo de 72 horas.

- Si apela una decisión que tomamos sobre la cobertura de atención, usted o su médico deben decidir si necesita una apelación rápida. Si su médico nos informa que su salud exige una apelación rápida, se la otorgaremos.
- Los requisitos para solicitar una apelación rápida son los mismos que los requisitos para

solicitar una decisión rápida de cobertura que se mencionan en la Sección 5.2.

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

- **Si solicita una apelación estándar, preséntala por escrito.** En el Capítulo 2, figura la información de contacto.
- **Si solicita una apelación rápida, preséntela por escrito o llámenos.** En el Capítulo 2, figura la información de contacto.
- **Debe presentar su solicitud de apelación en el plazo de 65 días calendario** después de la fecha del aviso por escrito que le enviamos para informarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si no cumple con esta fecha límite y tiene un buen motivo para no cumplirla, explique el motivo por el cual su apelación se retrasó cuando la presente. Podemos darle más tiempo para presentar su apelación. Los ejemplos de un buen motivo podrían incluir si tuvo una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le brindamos información incompleta o incorrecta sobre la fecha límite para solicitar una apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información sobre su decisión médica. Usted y su médico pueden agregar más información para respaldar su apelación.**

Paso 3: Consideraremos su apelación y le daremos una respuesta.

- Cuando nuestro plan revisa su apelación, analizaremos cuidadosamente toda la información. Verificamos si seguimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud.
- Posiblemente nos comuniquemos con usted o con su médico para recopilar más información, si es necesario.

Fechas límite para una apelación rápida

- Para apelaciones rápidas, debemos darle una respuesta **en el plazo de 72 horas después de que recibamos su apelación.** Le comunicaremos nuestra respuesta antes de ese plazo si su salud así lo exigiera.
 - Si pide más tiempo o si necesitamos obtener más información que pueda beneficiarlo, **podemos demorar hasta 14 días calendario más** si su solicitud está relacionada con un artículo o servicio médico. Si nos tomamos unos días más, se lo informaremos por escrito. No podemos tardar más tiempo si su solicitud está relacionada con un medicamento de la Parte B.
 - Si no le damos una respuesta en el plazo de 72 horas (o a más tardar al final del plazo extendido si nos tomamos más días), debemos proceder automáticamente al Nivel 2 del proceso de apelación, en el cual una organización de revisión independiente examina la apelación. En la Sección 5.4, se explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos autorizar o prestar la cobertura que hemos acordado dentro de las 72 horas después de recibida su

apelación.

- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, procederemos automáticamente a una apelación de Nivel 2 a cargo de una organización de revisión independiente. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación.

Fechas límite para una apelación estándar

- Para apelaciones estándar, debemos darle una respuesta **en el plazo de 30 días** calendario después de que recibamos su apelación. Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B que no recibió aún, le daremos una respuesta **dentro de los 7 días calendario** después de recibir su apelación. Le comunicaremos nuestra decisión antes de ese plazo si su afección así lo exigiera.
 - Si pide más tiempo o si necesitamos obtener más información que pueda beneficiarlo, **podemos demorar hasta 14 días calendario más** si su solicitud está relacionada con un artículo o servicio médico. Si nos tomamos unos días más, se lo informaremos por escrito. No podemos tardar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es acerca de un medicamento de la Parte B.
 - Si considera que no debemos tomarnos unos días más, puede presentar una queja rápida. Cuando presente una queja rápida, le daremos una respuesta dentro de las 24 horas. (Vaya a la sección 10 para obtener información sobre quejas).
 - Si no le damos una respuesta antes de la fecha límite (o a más tardar al final del plazo extendido), procederemos a una apelación de Nivel 2, en el cual una organización de revisión independiente examina la apelación. En la Sección 5.4, se explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos autorizar o prestar la cobertura en el plazo de 30 días calendario si su solicitud está relacionada con un artículo o servicio médico o en el plazo de 7 días calendario si su solicitud está relacionada con un medicamento de la Parte B.
- **Si nuestro plan rechaza una parte o la totalidad de su apelación**, procederemos automáticamente a una apelación de Nivel 2 ante la organización de revisión independiente.

Sección 5.4 | El proceso de apelación de nivel 2

Términos legales
El nombre formal de la organización de revisión independiente es Entidad de Revisión Independiente (IRE) .

La organización de revisión independiente es una entidad independiente que contrata Medicare. No está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización determina si la decisión que tomamos es correcta o debe modificarse. Medicare

supervisa su trabajo.

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

- Le enviaremos a esta organización la información sobre su apelación, que se denomina **expediente de caso**. **Tiene derecho a solicitarnos una copia de su expediente de caso.**
- Tiene derecho a brindarle a la organización de revisión independiente información adicional para respaldar su apelación.
- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

Si recibió una apelación rápida en el Nivel 1, también recibirá 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** después de que reciba su apelación.
- Si su solicitud está relacionada con un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita obtener más información que pueda beneficiarlo, **puede demorar hasta 14 días calendario más**. La organización de revisión independiente no puede tardar más tiempo en tomar una decisión si su solicitud está relacionada con un medicamento de la Parte B.

Si recibió una apelación estándar en el Nivel 1, también recibirá una apelación estándar en el Nivel 2.

- Para la apelación estándar, si su solicitud está relacionada con un artículo 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** después de que reciba su apelación. Si su solicitud está relacionada con un medicamento de la Parte B, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en el plazo de 7 días calendario** después de que reciba su apelación.
- Si su solicitud está relacionada con un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita obtener más información que pueda beneficiarlo, **puede demorar hasta 14 días calendario más**. La organización de revisión independiente no puede tardar más tiempo en tomar una decisión si su solicitud está relacionada con un medicamento de la Parte B.

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

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

- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de una solicitud de un artículo o servicio médico**, debemos autorizar la cobertura de atención médica **en un plazo de 72 horas**, o bien proporcionar el servicio en el plazo de

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

14 días calendario después de que recibamos la decisión de la organización de revisión independiente si se trata de una **solicitud estándar**. Para **solicitudes aceleradas**, tenemos **72 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión independiente.

- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de su solicitud de un medicamento de la Parte B**, debemos autorizarle o proporcionarle el medicamento de la Parte B **en el plazo de 72 horas** después de que recibamos la decisión de la organización de revisión independiente si se trata de una **solicitud estándar**. Para **solicitudes aceleradas**, tenemos 24 horas a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión independiente.
- **Si esta organización rechaza una parte o la totalidad de su apelación**, significa que está de acuerdo con nosotros en que su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura de atención médica no debe aprobarse. (Esto se denomina **ratificar la decisión o rechazar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta para:
 - Explicar la decisión.
 - Informarle sobre su derecho a solicitar una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de atención médica alcanza un determinado mínimo. En el aviso por escrito que reciba de la organización de revisión independiente, se le indicará el monto en dólares que debe alcanzar para continuar con el proceso de apelación.
 - Informarle cómo presentar una apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si su caso cumple con los requisitos, usted decidirá si desea proceder con su apelación

- Hay 3 niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (en total, son 5 niveles de apelación). Si desea proceder a una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se indican en el aviso por escrito que recibirá después de la decisión de la apelación de Nivel 2.
- El juez de derecho administrativo o el abogado de arbitraje se encargará de la apelación de Nivel 3. En la Sección 9 se explican los procesos para las apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

Sección 5.5 | Si nos solicita que le paguemos nuestra parte de una factura que recibió por atención médica

El Capítulo 7 describe cuándo deberá solicitar un reembolso o pago de una factura que recibió de un proveedor de servicios médicos. También informa cómo enviarnos los documentos necesarios para pedirnos el pago.

Solicitar un reembolso es pedirnos una decisión de cobertura

Si nos envía la documentación para pedir el reembolso, se entiende que solicita una decisión

de cobertura. Para tomar esta decisión, verificaremos si la atención médica que pagó tiene cobertura. También verificaremos si siguió las reglas para usar su cobertura para atención médica.

- **Si aceptamos su solicitud:** Si la atención médica tiene cobertura y usted siguió las reglas, le enviaremos el pago de nuestra parte del costo, típicamente dentro de los 30 días calendario, pero no más tarde de plazo de 60 días calendario después de que recibamos su solicitud. Si no pagó la atención médica, le enviaremos el pago directamente al proveedor de servicios médicos.
- **Si rechazamos su solicitud:** Si la atención médica no tiene cobertura o usted no siguió todas las reglas, no enviaremos el pago. En cambio, le enviaremos una carta para informarle que no pagaremos la atención médica y detallaremos los motivos.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazo, **puede presentar una apelación**.

Si presenta una apelación, significa que nos está solicitando que cambiemos la decisión de cobertura que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

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

- Debemos darle una respuesta en el plazo de 60 días calendario después de que recibamos su apelación. Si nos solicita que le reembolsemos la atención médica que ya recibió y pagó, no tiene permitido solicitar una apelación rápida.
- Si la organización de revisión independiente decide que tenemos que pagarle, debemos enviarle el pago a usted o al proveedor de servicios médicos en el plazo de 30 días calendario. Si se acepta su apelación en cualquier etapa del proceso de apelación posterior al Nivel 2, debemos enviar el pago que solicitó a usted o al proveedor de servicios médicos en un plazo de 60 días calendario.

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

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

Sus beneficios incluyen la cobertura de muchos medicamentos con receta. Para que tenga cobertura, el medicamento debe usarse para una indicación médica aceptada.

(Consulte el Capítulo 5 para obtener más información acerca de una indicación médica aceptada). Para obtener detalles sobre los medicamentos, las reglas, las restricciones y los costos de la Parte D, consulte los Capítulos 5 y 6. **Esta sección trata únicamente sobre sus medicamentos de la Parte D.** Para simplificar, en general decimos *medicamento* en el resto de esta sección, en lugar de repetir *medicamento con receta con cobertura para pacientes ambulatorios o medicamento de la Parte D*. También usamos el término *Lista de*

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

medicamentos en lugar de *Lista de medicamentos con cobertura* o Lista de medicamentos aprobados.

- Si no sabe si un medicamento tiene cobertura o si cumple con las reglas, puede preguntarnos. Con algunos medicamentos, debe obtener nuestra aprobación antes de que los cubramos.
- Si en su farmacia le dicen que no se puede surtir su receta tal como se emitió, le darán un aviso por escrito en el que se explica cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.

Decisiones de cobertura y apelaciones de la Parte D**Términos legales**

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

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

- Solicitud de cobertura de un medicamento de la Parte D que no figura en la Lista de medicamentos de nuestro plan. **Solicite una excepción. Sección 6.2**
- Solicitud de exención de una restricción sobre la cobertura de nuestro plan para un medicamento (como los límites en la cantidad de medicamento que puede recibir, criterios de autorización previa o el requisito de probar otro medicamento primero). **Solicite una excepción. Sección 6.2**
- Solicitud de pago de un monto de costos compartidos más bajo para un medicamento con cobertura en un nivel más alto. **Solicite una excepción. Sección 6.2**
- Solicitud de aprobación previa de un medicamento. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 6.4**
- Pago de un medicamento con receta que ya compró. **Solicítenos el reembolso del dinero. Sección 6.4**

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

En esta sección, se explica cómo solicitar decisiones de cobertura y cómo solicitar una apelación.

Sección 6.2 | Solicitar una excepción

Términos legales

Pedirnos cobertura de un medicamento que no aparece en la Lista de medicamentos es una **excepción de la lista de medicamentos aprobados**.

La solicitud de eliminación de una restricción sobre la cobertura para un medicamento es una solicitud de una **excepción a la lista de medicamentos aprobados**.

Pedir pagar un precio menor por un medicamento con cobertura no preferido es una solicitud de **excepción en los niveles**.

Si un medicamento no tiene la cobertura que usted desea, 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 que receta deberán explicar los motivos médicos por los cuales necesita que se apruebe. Estos son 3 ejemplos de excepciones que usted, su médico u otro profesional que emite recetas puede solicitarnos:

- 1. Cobertura de un medicamento de la Parte D que no está en nuestra Lista de medicamentos.** Si aceptamos cubrir un medicamento que no figura en la Lista de medicamentos, deberá pagar el monto de costos compartidos que corresponde al Nivel 3 para medicamentos no preferidos o al Nivel 1 para medicamentos genéricos. No puede solicitar una excepción al monto de costos compartidos que nosotros le exigimos pagar por el medicamento.
- 2. Eliminación de una restricción para un medicamento con cobertura.** En el Capítulo 5, se describen reglas o restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos de nuestra Lista de medicamentos. Si aceptamos hacer una excepción y eximir una restricción, puede solicitar una excepción al monto de costo compartido que le exigimos pagar por el medicamento.
- 3. Cambio de cobertura de un medicamento a un nivel de costos compartidos más bajo.** Cada uno de los medicamentos que aparecen en la Lista de medicamentos pertenece a alguno de los 5 niveles de costos compartidos. En general, cuanto más bajo es el nivel de costos compartidos, menos paga como parte del costo del medicamento.
 - Si en la Lista de medicamentos figuran medicamentos alternativos para el tratamiento de su afección médica que se encuentran en un nivel de costos compartidos más bajo que el suyo, puede solicitarnos que lo cubramos por el monto de costos compartidos aplicable al medicamento alternativo.
 - Si el medicamento que toma es un producto biológico, puede solicitarnos que lo cubramos por un monto de costos compartidos más bajo. Este sería el nivel más bajo que incluye productos biológicos alternativos para tratar su afección.
 - Si el medicamento que toma es de marca, puede solicitarnos que lo cubramos por el monto de costos compartidos aplicable al nivel más bajo que incluya productos de marca alternativos para tratar su afección.

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

- Si el medicamento que está tomando es un medicamento genérico, puede pedirnos cobertura de su medicamento por el monto de los costos compartidos aplicable al nivel más bajo que tenga alternativas de marca o genéricas para el tratamiento de su afección.
- No puede pedirnos que modifiquemos el nivel de costos compartidos para un medicamento del Nivel 4 (Nivel especializado).
- Si aprobamos su solicitud de excepción de nivel y hay más de un nivel de costos compartidos más bajo con medicamentos alternativos que no puede tomar, generalmente paga el monto más bajo.

Sección 6.3 | Información importante sobre cómo solicitar excepciones**Su médico debe informarnos los motivos médicos**

Su médico o la persona que receta deben presentarnos una declaración en la que se expliquen los motivos médicos para solicitar una excepción. Para que la decisión sea más rápida, incluya esta información de su médico u otro profesional que emite recetas cuando solicite la excepción.

Nuestra Lista de medicamentos generalmente incluye más de un medicamento para tratar una afección en particular. Las diferentes opciones se denominan medicamentos **alternativos**. Si un medicamento alternativo sería tan eficaz como el que se solicita y no causaría más efectos secundarios ni otros problemas de salud, generalmente no aprobamos la solicitud de excepción. Si nos solicita una excepción de nivel, generalmente no aprobaremos la solicitud de excepción a menos que todos los medicamentos alternativos de los niveles de costos compartidos más bajos no resulten tan eficaces o tengan probabilidades de causar una reacción adversa u otro daño.

Podemos aceptar o rechazar su solicitud

- Si aceptamos su solicitud de excepción, nuestra aprobación generalmente es válida hasta el final del año de nuestro plan. Esto es así siempre y cuando su médico siga recetándole el medicamento y este siga siendo seguro y eficaz para tratar su afección.
- Si rechazamos su solicitud, puede solicitar otra revisión mediante una apelación.

Sección 6.4 | Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción**Términos legales**

Una decisión rápida de cobertura se denomina **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 resuelven en el plazo de **72 horas** después de que recibamos la declaración de su médico. Las **decisiones rápidas de cobertura** se resuelven en el plazo de **24 horas** después de que recibamos la declaración de su médico.

Si su salud lo exige, solicítanos una decisión rápida de cobertura. Para obtener una decisión rápida de cobertura, usted debe cumplir 2 requisitos:

- Debe solicitar un medicamento que aún no recibió. (No puede solicitar una decisión rápida de cobertura si nos pide que le reembolsemos el monto de un medicamento que ya compró).
- Si se aplican las fechas límites estándar, podría verse gravemente afectada su salud o su capacidad física.
- **Si su médico o la persona que receta nos informan que su salud exige una decisión rápida de cobertura, le otorgaremos automáticamente una.**
- **Si solicita una decisión rápida de cobertura por su cuenta, sin la ayuda de su médico ni de la persona que receta, decidiremos si su salud exige que le otorguemos una.** Si no aprobamos una decisión rápida de cobertura, le enviaremos una carta con la siguiente información:
 - Una explicación de que aplicaremos las fechas límites estándar.
 - Una explicación de que, si su médico o la persona que receta nos solicita una decisión rápida de cobertura, le otorgaremos automáticamente una.
 - Una descripción de cómo puede presentar una queja rápida sobre nuestra decisión de otorgarle una decisión estándar de cobertura en lugar de la decisión rápida de cobertura que solicitó. Responderemos su queja en el plazo de 24 horas después de la recepción.

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

Primero, llame, escriba o envíe un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o brindemos cobertura para la atención médica que desea. También puede acceder al proceso de decisión de cobertura mediante nuestro sitio web. Debemos aceptar todas las solicitudes por escrito, incluida una solicitud presentada mediante el *Formulario modelo de solicitud de determinación de cobertura de los CMS*, o en el formulario de nuestro plan, que está disponible en nuestro sitio web (www.leonhealth.com/formularios/?lang=es). En el Capítulo 2, figura la información de contacto. También puede efectuar su solicitud electrónicamente completando el formulario en línea que está disponible en nuestro sitio web (www.leonhealth.com/formularios/?lang=es). Para ayudarnos a procesar su solicitud, incluya su nombre, información de contacto e información que muestre por cuál reclamación denegada se presenta la apelación.

Usted, su médico (o la persona que receta) o su representante pueden hacerlo. También puede solicitar a un abogado que actúe como su representante. En la Sección 4 de este capítulo se indica cómo puede dar un permiso por escrito a otra persona para que actúe como su representante.

- **Si solicita una excepción, presente la declaración de respaldo**, que son los motivos médicos de la excepción. Su médico o la persona que receta pueden enviarnos la declaración por fax o por correo. También puede informarnos estos motivos por teléfono

y, posteriormente, enviarnos la declaración escrita por fax o correo en caso de que sea necesario.

Paso 3: Consideraremos su solicitud y le daremos una respuesta.**Fechas límite para una decisión rápida de cobertura**

- Generalmente, damos una respuesta en el plazo de 24 horas posteriores a la recepción de su solicitud.
 - Para excepciones, le daremos una respuesta en el plazo de 24 horas después de que recibamos la declaración de respaldo de su médico. Le comunicaremos nuestra respuesta antes de ese plazo si su salud así lo exigiera.
 - Si no cumplimos con esta fecha límite, debemos proceder al Nivel 2 del proceso de apelación, en el cual una organización de revisión independiente examina la apelación.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos proporcionar la cobertura que acordamos dentro en el plazo de 24 horas después de que recibamos su solicitud o la declaración de su médico que la respalde.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se explicará por qué rechazamos la solicitud. También le indicaremos cómo puede presentar una apelación.

Fechas límite para una decisión de cobertura estándar sobre un medicamento que aún no recibió

- Generalmente, damos una respuesta **en el plazo de 72 horas** posteriores a la recepción de su solicitud.
 - Para excepciones, le daremos una respuesta en el plazo de 72 horas después de que recibamos la declaración de respaldo de su médico. Le comunicaremos nuestra respuesta antes de ese plazo si su salud así lo exigiera.
 - Si no cumplimos con esta fecha límite, debemos proceder al Nivel 2 del proceso de apelación, en el cual una organización de revisión independiente examina la apelación.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos **proporcionar la cobertura que acordamos** dentro **en el plazo de 72 horas** después de que recibamos su solicitud o la declaración de su médico que la respalde.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se explicará por qué rechazamos la solicitud. También le indicaremos cómo puede presentar una apelación.

Fechas límite para una decisión de cobertura estándar sobre el pago de un medicamento que ya compró

- Tenemos que comunicarle nuestra respuesta **dentro de los 14 días calendario** posteriores a la recepción de su solicitud.

- Si no cumplimos con esta fecha límite, debemos proceder al Nivel 2 del proceso de apelación, en el cual una organización de revisión independiente examina la apelación.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, también debemos efectuarle el pago dentro de los 14 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se explicará por qué rechazamos la solicitud. También le indicaremos cómo puede presentar una apelación.

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

- Si la rechazamos, tiene derecho a pedirnos que reconsideremos esta decisión mediante una apelación. Esto significa solicitar nuevamente la cobertura de medicamentos que desea. Si presenta una apelación, significa que se procederá al Nivel 1 del proceso de apelación.

Sección 6.5 | Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos legales
<p>Una apelación presentada a nuestro plan sobre una decisión de cobertura de medicamentos de la Parte D se denomina redeterminación del plan.</p> <p>Una apelación rápida se denomina redeterminación acelerada.</p>

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

Una apelación estándar generalmente se resuelve en el plazo de 7 días calendario. Una apelación rápida generalmente se resuelve en el plazo de 72 horas. Si su salud lo exige, solicite una apelación rápida.

- Si apela una decisión que tomamos sobre un medicamento que aún no recibió, usted y su médico o la persona que receta deben decidir si necesita una apelación rápida.
- Los requisitos para solicitar una apelación rápida son los mismos que los requisitos para solicitar una decisión rápida de cobertura que se mencionan en la Sección 6.4.

Paso 2: Usted, su representante, el médico o la persona que receta deben comunicarse con nosotros y presentar su apelación de Nivel 1. Si su salud requiere una respuesta rápida, debe solicitar una apelación rápida.

- **Para apelaciones estándar, envíe una solicitud por escrito o llámenos al 1-844-964-5366.** En el Capítulo 2, figura la información de contacto.
- **Para apelaciones rápidas, envíe su apelación por escrito o llámenos al 1-844-964-5366.** En el Capítulo 2, figura la información de contacto.
- **Debemos aceptar todas las solicitudes por escrito**, incluida una solicitud presentada

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

mediante el *Formulario modelo de solicitud de redeterminación de los CMS*, que está disponible en nuestro sitio web (www.leonhealth.com/formularios/?lang=es) Incluya su nombre, información de contacto e información sobre su reclamación para ayudarnos a procesar su solicitud.

- **También puede efectuar su solicitud electrónicamente** completando el formulario de redeterminación en línea que está disponible en nuestro sitio web (www.leonhealth.com/formularios/?lang=es).
- **Debe presentar su solicitud de apelación en el plazo de 65 días calendario** después de la fecha del aviso por escrito que le enviamos para informarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si no cumple con esta fecha límite y tiene un buen motivo para no cumplirla, explique el motivo por el cual su apelación se retrasó cuando la presente. Podemos darle más tiempo para presentar su apelación. Los ejemplos de un buen motivo podrían incluir si tuvo una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le brindamos información incompleta o incorrecta sobre la fecha límite para solicitar una apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información incluida en su apelación y agregar más información.** Usted y su médico pueden agregar más información para respaldar su apelación.

Paso 3: Consideraremos su apelación y le daremos una respuesta.

- Cuando revisemos su apelación, volveremos a analizar cuidadosamente toda la información relacionada con su solicitud de cobertura. Verificamos si seguimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud. Es posible que nos comuniquemos con usted, su médico o la persona que receta para obtener más información.

Fechas límite para una apelación rápida

- Para apelaciones rápidas, debemos darle una respuesta **en el plazo de 72 horas después de que recibamos su apelación**. Le comunicaremos nuestra respuesta antes de ese plazo si su salud así lo exigiera.
 - Si no le damos una respuesta en el plazo de 72 horas, debemos proceder al Nivel 2 del proceso de apelación, en el cual una organización de revisión independiente examina la apelación. En la Sección 6.6, se explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos prestar la cobertura que hemos acordado dentro de las 72 horas después de recibida su apelación.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito que explica por qué rechazamos la solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Fechas límite para apelación estándar sobre un medicamento que aún no recibió

- Para apelaciones estándar, debemos darle una respuesta **en el plazo de 7 días**

calendario después de que recibamos su apelación. Le comunicaremos nuestra decisión antes si aún no recibió el medicamento y su afección médica nos lo exige.

- Si no le comunicamos una decisión en el plazo de 7 días calendario, debemos proceder al Nivel 2 del proceso de apelación, en el cual una organización de revisión independiente examina la apelación. En la Sección 6.6, se explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos proporcionar la cobertura tan pronto como su salud lo exija, pero a más tardar **7 días calendario** después de que recibamos su apelación.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito que explica por qué rechazamos la solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Fechas límite para una apelación estándar sobre el pago de un medicamento que ya compró

- Tenemos que comunicarle nuestra respuesta **dentro de los 14 días calendario** posteriores a la recepción de su solicitud.
 - Si no cumplimos con esta fecha límite, debemos proceder al Nivel 2 del proceso de apelación, en el cual una organización de revisión independiente examina la apelación.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, también debemos efectuarle el pago dentro de los **30 días calendario** posteriores a la recepción de su solicitud.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se explicará por qué rechazamos la solicitud. También le indicaremos cómo puede presentar una apelación.

Paso 4: Si rechazamos su apelación, usted decide si desea continuar con el proceso de apelación y presentar otra apelación.

- Si decide presentar otra apelación, significa que se procederá al Nivel 2 del proceso de apelación.

Sección 6.6 | Cómo presentar una apelación de Nivel 2

Términos legales
El nombre formal de la organización de revisión independiente es Entidad de Revisión Independiente (IRE) .

La organización de revisión independiente es una entidad independiente que contrata Medicare. No está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización determina si la decisión que tomamos es correcta o debe modificarse. Medicare

supervisa su trabajo.

Paso 1: Usted (o su representante, médico o la persona que receta) debe comunicarse con la organización de revisión independiente y solicitar una revisión de su caso.

- Si rechazamos su apelación de Nivel 1, en el aviso por escrito que le enviaremos se incluirán **instrucciones sobre cómo presentar una apelación de Nivel 2** ante la organización de revisión independiente. Estas instrucciones le indicarán quién puede presentar una apelación de Nivel 2, con qué fechas límites se debe cumplir y cómo comunicarse con la organización de revisión independiente.
- **Debe presentar su solicitud de apelación en el plazo de 65 días calendario** después de la fecha del aviso por escrito.
- Si no finalizamos nuestra revisión en el plazo aplicable o tomamos una decisión desfavorable con respecto a la determinación **en riesgo** en virtud de nuestro programa de administración de medicamentos, dirigiremos su solicitud automáticamente a la IRE.
- Le enviaremos a la organización de revisión independiente la información sobre su apelación, que se denomina **expediente de caso**. **Tiene derecho a solicitarnos una copia de su expediente de caso**.
- Tiene derecho a brindarle a la organización de revisión independiente información adicional para respaldar su apelación.

Paso 2: La organización de revisión independiente revisará su apelación.

- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

Fechas límite para una apelación rápida

- Si su salud lo exige, solicite una apelación rápida a la organización de revisión independiente.
- Si la organización acepta otorgarle una apelación rápida, debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en el plazo de 72 horas** después de que reciba su solicitud de apelación.

Fechas límite para una apelación estándar

- Para las apelaciones estándar, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en el plazo de 7 días calendario** después de que reciba su apelación si se trata de un medicamento que aún no recibió. Si nos solicita el reembolso de un medicamento que ya compró, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en el plazo de 14 días calendario** después de que reciba su solicitud.

Paso 3: La organización de revisión independiente le da su respuesta.**Para apelaciones rápidas:**

- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de su solicitud, debemos proporcionar la cobertura del medicamento aprobada por la organización de revisión independiente en el plazo de 24 horas** después de que recibamos la decisión de la organización de revisión independiente.

Para apelaciones estándar:

- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de su solicitud de cobertura, debemos proporcionar la cobertura del medicamento aprobada por la organización de revisión independiente en el plazo de 72 horas** después de que recibamos la decisión de la organización de revisión independiente.
- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de su solicitud de reembolso** de un medicamento que ya compró, debemos **enviarle el pago en el plazo de 30 días calendario** después de que recibamos la decisión de la organización de revisión independiente.

¿Qué sucede si la organización de revisión independiente rechaza su apelación?

Si esta organización rechaza una parte o la totalidad de su apelación, significa que está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud (o parte de ella). (Esto se denomina **ratificar la decisión o rechazar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta para:

- Explicar la decisión.
- Le informa sobre su derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita cumple con un determinado mínimo. Si el valor en dólares de la cobertura del medicamento que solicita es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación y la decisión de la apelación de Nivel 2 será definitiva.
- Le informa el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelación.

Paso 4: Si su caso cumple con los requisitos, usted decidirá si desea proceder con su apelación.

- Hay 3 niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (en total, son 5 niveles de apelación).
- Si desea proceder a una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se indican en el aviso por escrito que recibirá después de la decisión de la apelación de Nivel 2.
- El juez de derecho administrativo o el abogado de arbitraje se encargará de la apelación de Nivel 3. **En la Sección 9** de este capítulo, se brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 7 | Cómo solicitar la cobertura de una estadía en el hospital más prolongada si usted considera que le dan el alta demasiado pronto

Cuando lo hospitalizan, tiene derecho a obtener todos los servicios hospitalarios con cobertura que sean necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Durante su estadía en el hospital con cobertura, su médico y el personal del hospital colaborarán con usted en la preparación para el día en que abandone el hospital. Le ayudarán a coordinar la atención que pueda necesitar posteriormente.

- El día en que sale del hospital se denomina **fecha de alta**.
- Una vez que se haya decidido su fecha de alta, su médico o el personal del hospital se la informarán.
- Si considera que le piden que abandone el hospital demasiado pronto, puede solicitar una estadía más prolongada, y se considerará su solicitud.

Sección 7.1 | Durante su estadía en el hospital, recibirá un aviso por escrito de Medicare en el que se le informa sobre sus derechos

En el plazo de 2 días calendario después de haber sido hospitalizado, se le enviará un aviso por escrito llamado 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 algún miembro del hospital (por ejemplo, un asistente social o un miembro del personal de enfermería), pídaselo a cualquier empleado. Si necesita ayuda, llame a Servicios para Miembros al 1-844-964-5366 (1-800-338-6833) (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 este aviso detenidamente y haga preguntas si no lo entiende. Le informa lo siguiente:

- Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante su estadía en el hospital y posteriormente, según lo indicado por su médico. Esto incluye el derecho a saber cuáles son esos servicios, quién los pagará y dónde puede obtenerlos.
- Su derecho a participar en cualquier decisión sobre su estadía en el hospital.
- Dónde informar las inquietudes que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
- Su derecho a **solicitar una revisión inmediata** de la decisión de darle de alta del hospital si cree que es demasiado pronto. Esta es una forma formal y legal de solicitar la postergación de su fecha de alta para que cubramos su atención hospitalaria durante 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 una persona que actúe en su nombre que firme el aviso.

- Firmar este aviso solo demuestra que ha recibido la información sobre sus derechos. En el aviso no se indica su fecha de alta. Firmar el aviso **no significa** que usted esté de acuerdo con ninguna fecha de alta.

3. Tenga a mano su copia del aviso para disponer de la información necesaria para presentar una apelación (o informar una inquietud sobre la calidad de la atención), si la necesita.

- Si firma el aviso más de 2 días calendario antes de su fecha de alta, recibirá otra copia antes de la fecha de alta programada.
- Para ver una copia de este aviso por adelantado, llame a Servicios para Miembros al 1-844-964-5366 (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 obtener el aviso en línea en www.CMS.gov/Medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

Sección 7.2 | Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta hospitalaria

Para solicitar que cubramos sus servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados durante más tiempo, deberá seguir el proceso de apelación para presentar esta solicitud. Antes de comenzar, debe entender qué debe hacer y cuáles son las fechas límite.

- **Siga el proceso**
- **Cumpla con las fechas límite**
- **Solicite ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda, llame a Servicios para Miembros al 1-844-964-5366 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). O llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP) para obtener ayuda personalizada. Encontrará los números de teléfono y las direcciones de los sitios web en el Capítulo 2, Sección 3 de este documento.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización de Mejora de la Calidad revisa su apelación. Esta comprueba si la fecha de alta prevista es médicaamente adecuada para usted. La **Organización de Mejora de la Calidad** es un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica a quienes el gobierno federal les paga para verificar y mejorar la calidad de la atención proporcionada a pacientes de Medicare. Esto incluye la revisión de las fechas de alta del hospital correspondientes a las personas que están inscritas en Medicare. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Comuníquese con la Organización de Mejora de la Calidad correspondiente a su estado y solicite una revisión inmediata de su alta hospitalaria. Debe actuar de inmediato.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- En el aviso por escrito que recibió (*Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*) se le explica cómo comunicarse con esta organización. También puede buscar

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

el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización de Mejora de la Calidad correspondiente a su estado en el Capítulo 2.

Actúe de inmediato:

- Para presentar su apelación, tiene que comunicarse con la Organización de Mejora de la Calidad antes de dejar el hospital y debe hacerlo **antes de la medianoche del día del alta.**
 - **Si cumple con esta fecha límite**, podrá permanecer en el hospital después de su fecha de alta sin tener que pagar por ello mientras espera la decisión de la Organización de Mejora de la Calidad.
 - **Si no cumple con este plazo, comuníquese con nosotros.** Si decide permanecer en el hospital después de la fecha de alta prevista, es posible que deba pagar todos los costos de la atención hospitalaria que reciba después de su fecha de alta prevista.
- Una vez que solicite una revisión inmediata de su alta hospitalaria, la Organización de Mejora de la Calidad se comunicará con nosotros. Antes del mediodía del día posterior a que se comunique con nosotros, le enviaremos un **Aviso detallado de alta.** En este aviso, se le informa su fecha de alta prevista y se explican en detalle los motivos por los que su médico, el hospital y nosotros consideramos que es correcto (médicamente adecuado) darle el alta en esa fecha.
- Para obtener un ejemplo del **Aviso detallado de alta**, puede llamar al Servicio para Miembros al 1-844-964-5366 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). O puede obtener un ejemplo del aviso en línea en www.CMS.gov/Medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

Paso 2: La Organización de Mejora de la Calidad hará una revisión independiente de su caso.

- Los profesionales de la salud de la Organización de Mejora de la Calidad (los revisores) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué considera que debe continuar la cobertura de los servicios. No es necesario que prepare nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- Los revisores también analizarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que el hospital y nosotros les hayamos entregado.
- Antes del mediodía del día posterior a que los revisores nos informen de su apelación, usted recibirá un aviso por escrito de nuestra parte en el que se le informará la fecha de alta prevista. En este aviso, también se explican en detalle los motivos por los que su médico, el hospital y nosotros consideramos que es correcto (médicamente adecuado) darle el alta en esa fecha.

Paso 3: En el plazo de un día completo después de recibir toda la información que necesita, la Organización de Mejora de la Calidad le informará su respuesta a la apelación.

¿Qué sucede si la respuesta es afirmativa?

- Si la organización de revisión independiente acepta su apelación, **debemos seguir prestándole los servicios hospitalarios con cobertura para pacientes hospitalizados mientras sean médicaamente necesarios.**
- Deberá seguir pagando su parte de los costos (como deducibles o copagos, si corresponde). Además, puede haber limitaciones sobre los servicios hospitalarios con cobertura.

¿Qué sucede si la respuesta es negativa?

- Si la organización de revisión independiente rechaza su apelación, significa que decidió que su fecha de alta prevista es médicaamente adecuada. Si sucede esto, **nuestra cobertura de los servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados finalizará** al mediodía del día posterior al día en que la Organización de Mejora de la Calidad le responda a su 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 la fecha en que la Organización de Mejora de la Calidad le responda a su apelación.

Paso 4: Si la respuesta a su apelación de Nivel 1 es negativa, usted decide si desea presentar otra apelación.

- Si la Organización de Mejora de la Calidad rechazó su apelación y usted permanece en el hospital después de su fecha de alta prevista, puede presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que usted va a pasar al *Nivel 2* del proceso de apelaciones.

Sección 7.3 | Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar su fecha de alta hospitalaria

Durante una apelación de Nivel 2, le solicita a la Organización de Mejora de la Calidad que revise nuevamente la decisión sobre su primera apelación. Si la Organización de Mejora de la Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que deba pagar el costo total de su estadía después de su fecha de alta prevista.

Paso 1: Comuníquese nuevamente con la Organización de Mejora de la Calidad y solicite otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **en el plazo de 60 días calendario** después de la fecha en que la Organización de Mejora de la Calidad haya rechazado su apelación de Nivel 1.

Puede solicitar esta revisión solo si permaneció en el hospital después de la fecha en que finalizó la cobertura de la atención.

Paso 2: La Organización de Mejora de la Calidad llevará a cabo una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización de Mejora de la Calidad volverán a analizar cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En el plazo de 14 días calendario después de la recepción de su solicitud de apelación de Nivel 2, los revisores tomarán una decisión sobre su apelación y se la informarán.

Si la organización de revisión independiente acepta su apelación:

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención hospitalaria que recibió desde el mediodía del día posterior a la fecha en que la Organización de Mejora de la Calidad rechazó su primera apelación. **Debemos seguir brindándole cobertura para la atención hospitalaria para pacientes hospitalizados mientras sea médica mente necesaria.**
- Usted debe seguir pagando su parte de los costos, y pueden aplicarse limitaciones a la cobertura.

Si la organización de revisión independiente no acepta su apelación:

- Significa que está de acuerdo con la decisión tomada sobre su apelación de Nivel 1.
- En el aviso que reciba, se le indicará por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión.

Paso 4: Si la respuesta es negativa, deberá decidir si desea proceder a una apelación de Nivel 3.

- Hay 3 niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (en total, son 5 niveles de apelación). Si desea proceder a una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se indican en el aviso por escrito que recibirá después de la decisión de la apelación de Nivel 2.
- El juez de derecho administrativo o el abogado de arbitraje se encargará de la apelación de Nivel 3. En la Sección 9 de este capítulo, se brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 8 | Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto

Cuando recibe servicios de **atención médica a domicilio, atención de enfermería especializada o atención de rehabilitación (en un centro de rehabilitación integral para**

pacientes ambulatorios), tiene derecho a seguir recibiendo los servicios con cobertura para ese tipo de atención mientras sean necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Cuando decidamos que es momento de interrumpir cualquiera de estos 3 tipos de atención para usted, deberemos informarle con anticipación. Cuando finalice su cobertura de esa atención, *dejaremos de pagar nuestra parte del costo de su atención*.

Si cree que finalizamos la cobertura de su atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. En esta sección se explica cómo solicitar una apelación.

Sección 8.1 | Le informaremos con anticipación cuándo finalizará su cobertura

Términos legales

Aviso de no cobertura de Medicare. Le informa cómo puede solicitar una **apelación por vía rápida**. Solicitar una apelación por vía rápida es una manera legal y formal de solicitar un cambio en nuestra decisión de cobertura sobre el momento de interrumpir su atención.

1. Recibirá un aviso por escrito al menos 2 días calendario antes de que nuestro plan interrumpa la cobertura de su atención. En el aviso, se le indicará lo siguiente:

- La fecha en que interrumpiremos la cobertura de la atención para usted.
- Cómo solicitar una apelación por vía rápida para pedirnos que sigamos cubriendo su atención durante un período más prolongado.

2. Se le pedirá a usted, o a una persona que actúe en su nombre, que firme el aviso por escrito para demostrar que lo ha recibido. Firmar este aviso solo demuestra que recibió la información sobre el momento en que se interrumpirá su cobertura. **Firmarlo no significa que esté de acuerdo** con la decisión de nuestro plan de interrumpir la atención.

Sección 8.2 | Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante más tiempo

Si desea solicitar que cubramos su atención durante más tiempo, deberá seguir el proceso de apelación para presentar esta solicitud. Antes de comenzar, debe entender qué debe hacer y cuáles son las fechas límite.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con las fechas límite.**
- **Solicite ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda, llame a Servicios para Miembros al 1-844-964-5366 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). O llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP) para obtener ayuda personalizada. Encontrará los números de teléfono y las direcciones de los sitios web en el Capítulo 2, Sección 3 de este documento.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización de Mejora de la Calidad revisa su apelación. Decide si la fecha de finalización de su atención es médicaamente adecuada. La **Organización de Mejora de la Calidad** es un grupo de médicos y otros expertos en atención médica a quienes el gobierno federal les paga para verificar y mejorar la calidad de la atención proporcionada a pacientes de Medicare. Esto incluye revisar las decisiones del plan sobre el momento de interrumpir la cobertura de ciertos tipos de atención médica. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Presente su apelación de Nivel 1. Comuníquese con la Organización de Mejora de la Calidad y solicite una apelación por vía rápida. Debe actuar de inmediato.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- En el aviso por escrito que recibió (*Aviso de no cobertura de Medicare*), se le indica cómo comunicarse con esta organización. También puede buscar el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización de Mejora de la Calidad correspondiente a su estado en el Capítulo 2.

Actúe de inmediato:

- Debe comunicarse con la Organización de Mejora de la Calidad para presentar su apelación **antes del mediodía del día anterior a la fecha** de entrada en vigor que figura en el Aviso de no cobertura de Medicare.
- Si no cumple con la fecha límite y desea presentar una apelación, aún tiene derechos de apelación. Comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad utilizando la información de contacto que figura en el Aviso de no cobertura de Medicare. Puede encontrar el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización de Mejora de la Calidad correspondiente a su estado en el Capítulo 2.

Paso 2: La Organización de Mejora de la Calidad hará una revisión independiente de su caso.

Términos legales

Explicación detallada de no cobertura. Aviso que brinda detalles sobre los motivos para finalizar la cobertura.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización de Mejora de la Calidad (los revisores) le preguntarán a usted o a su representante por qué considera que debe continuar la cobertura de los servicios. No es necesario que prepare nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- La organización de revisión independiente también analizará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que nuestro plan le entrega.
- Al final del día en que los revisores nos informen sobre su apelación, recibirá la *Explicación detallada de no cobertura* de nuestra parte, en la que se explican en detalle

nuestros motivos para finalizar la cobertura de sus servicios.

Paso 3: En el plazo de un día completo después de recibir toda la información que necesitan, los revisores le informarán su decisión.

¿Qué sucede si los revisores aceptan su apelación?

- Si los revisores aceptan su apelación, **tenemos que seguir prestándole los servicios con cobertura mientras sean médicaamente necesarios.**
- Deberá seguir pagando su parte de los costos (como deducibles o copagos, si corresponde). Puede haber limitaciones sobre sus servicios con cobertura.

¿Qué sucede si los revisores rechazan su apelación?

- Si los revisores rechazan su apelación, **su cobertura finalizará en la fecha en que le informamos.**
- Si decide seguir recibiendo atención médica a domicilio, atención de un centro de enfermería especializada o servicios de un CORF *después* de la fecha en que finaliza su cobertura, usted **tendrá que pagar el costo total** de la atención.

Paso 4: Si la respuesta a su apelación de Nivel 1 es negativa, usted decide si desea presentar otra apelación.

- Si los revisores *rechazan* su apelación de Nivel 1 y usted elige continuar recibiendo atención después de que la cobertura haya finalizado, podrá presentar una apelación de Nivel 2.

Sección 8.3 | Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante más tiempo

Durante una apelación de Nivel 2, le solicita a la Organización de Mejora de la Calidad que revise nuevamente la decisión sobre su primera apelación. Si la Organización de Mejora de la Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que deba pagar el costo total de la atención médica a domicilio, la atención de un centro de enfermería especializada o los servicios de un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) después de la fecha en que le indicamos que finalizaría su cobertura.

Paso 1: Comuníquese nuevamente con la Organización de Mejora de la Calidad y solicite otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **en el plazo de 60 días calendario** después de la fecha en que la Organización de Mejora de la Calidad haya rechazado su apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si siguió recibiendo atención después de la fecha en que finalizó la cobertura de la atención.

Paso 2: La Organización de Mejora de la Calidad llevará a cabo una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización de Mejora de la Calidad volverán a analizar cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En el plazo de 14 días calendario después de la recepción de su solicitud de apelación, los revisores tomarán una decisión sobre su apelación y se la informarán.**¿Qué sucede si la organización de revisión independiente acepta su apelación?**

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención que recibió desde la fecha en que le indicamos que finalizaría su cobertura. **Debemos seguir brindándole cobertura** para la atención mientras sea médicaamente necesaria.
- Usted debe seguir pagando su parte de los costos, y pueden aplicarse limitaciones a la cobertura.

¿Qué sucede si la organización de revisión independiente rechaza su apelación?

- Significa que está de acuerdo con la decisión tomada sobre su apelación de Nivel 1.
- En el aviso que reciba, se le indicará por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Se le brindarán los detalles sobre cómo proceder al siguiente nivel de apelación, del cual se encargará un juez de derecho administrativo o un abogado de arbitraje.

Paso 4: Si la respuesta es negativa, deberá decidir si desea proceder a un nivel superior de apelación.

- Hay 3 niveles adicionales de apelación después del Nivel 2 (en total, son 5 niveles de apelación). Si desea proceder a una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se indican en el aviso por escrito que recibirá después de la decisión de la apelación de Nivel 2.
- El juez de derecho administrativo o el abogado de arbitraje se encargará de la apelación de Nivel 3. La Sección 9 le brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 9 | Cómo proceder a una apelación de Nivel 3, 4 y 5**Sección 9.1 | Apelaciones de los Niveles 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 se rechazaron.

Si el valor en dólares del artículo o el servicio médico por el que presentó la apelación alcanza

ciertos niveles mínimos, quizás pueda proceder a niveles superiores de apelación. Si el valor en dólares es menor que el nivel mínimo, no puede presentar más apelaciones. En la respuesta por escrito que reciba a su apelación de Nivel 2, se le explicará cómo presentar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones que implican apelaciones, los últimos 3 niveles de apelación funcionan de la misma manera que los 2 primeros niveles. A continuación, se detalla quién se encarga de la revisión de una apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3 Un juez de **derecho administrativo** o un abogado de arbitraje que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si el juez de derecho administrativo o el abogado de arbitraje acepta su apelación, el proceso de apelación finaliza.** A diferencia de la decisión en una apelación de Nivel 2, tenemos derecho a presentar una apelación a una decisión de Nivel 3 que sea favorable para usted. Si decidimos presentar una apelación, procederá al Nivel 4.
 - Si decidimos no presentar una apelación, debemos autorizar o brindarle el servicio en el plazo de 60 días calendario después de recibir la decisión del juez de derecho administrativo o el abogado de arbitraje.
 - Si decidimos presentar una apelación a la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 y los documentos complementarios. Podemos esperar la decisión de la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o brindarle la atención médica en disputa.
- **Si el juez de derecho administrativo o el abogado de arbitraje rechaza su apelación, el proceso de apelación podría o no concluir.**
 - Si decide aceptar una decisión en la que se rechaza su apelación, el proceso de apelación concluirá.
 - Si no acepta la decisión, puede proceder al siguiente nivel del proceso de revisión. En el aviso que reciba, se le indicará qué hacer en el caso de una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4 El **Consejo de Apelaciones de Medicare** (el Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo forma parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es afirmativa o si el Consejo deniega nuestra solicitud de revisar una decisión favorable de la apelación de Nivel 3, el proceso de apelación finaliza.** A diferencia de la decisión en una apelación de Nivel 2, tenemos derecho a presentar una apelación a una decisión de Nivel 4 que sea favorable para usted. Decidiremos si queremos proceder al Nivel 5 de apelación.
 - Si decidimos no presentar una apelación a la decisión, debemos autorizar o brindarle la atención médica en el plazo de 60 días calendario después de recibir la decisión del Consejo.
 - Si decidimos presentar una apelación a la decisión, se lo informaremos por escrito.

- Si la respuesta es negativa o el Consejo rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelación podría o no concluir.

- Si decide aceptar una decisión en la que se rechaza su apelación, el proceso de apelación concluirá.
- Si no acepta la decisión, quizás pueda proceder al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, en el aviso que reciba se le indicará si las reglas le permiten proceder a una apelación de Nivel 5 y cómo hacerlo.

Apelación de Nivel 5

Un juez de un **tribunal federal de distrito** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y *aceptará o rechazará* su solicitud. Esta es la respuesta definitiva. No hay más niveles de apelación después del tribunal federal de distrito.

Sección 9.2 | Apelación de Nivel 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D

Esta sección puede ser adecuada para usted si presentó una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2, y ambas se rechazaron.

Si el valor del medicamento por el que presentó la apelación alcanza un determinado monto en dólares, quizás pueda proceder a niveles superiores de apelación. Si el monto en dólares es menor, no puede presentar más apelaciones. En la respuesta por escrito que reciba a su apelación de Nivel 2, se le explicará con quién comunicarse y qué hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones que implican apelaciones, los últimos 3 niveles de apelación funcionan de la misma manera que los 2 primeros niveles. A continuación, se detalla quién se encarga de la revisión de una apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3

Un juez de derecho administrativo o un abogado de arbitraje que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- Si el juez de derecho administrativo o el abogado de arbitraje acepta su apelación, el proceso de apelación finaliza. Debemos autorizar o brindarle la cobertura de medicamentos que haya aprobado el juez de derecho administrativo o el abogado de arbitraje en el plazo de 72 horas (24 horas en el caso de apelaciones aceleradas) o efectuar el pago a más tardar 30 días calendario después de que recibamos la decisión.
- Si el juez de derecho administrativo o el abogado de arbitraje rechaza su apelación, el proceso de apelación podría o no concluir.
 - Si decide aceptar una decisión en la que se rechaza su apelación, el proceso de apelación concluirá.

- Si no acepta la decisión, puede proceder al siguiente nivel del proceso de revisión. En el aviso que reciba, se le indicará qué hacer en el caso de una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4

El **Consejo de Apelaciones de Medicare** (el Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es afirmativa o si el Consejo deniega nuestra solicitud de revisar una decisión favorable de la apelación de Nivel 3, el proceso de apelación finaliza.** Debemos autorizar o brindarle la **cobertura de medicamentos** que haya aprobado el Consejo en el plazo de 72 horas (24 horas en el caso de apelaciones aceleradas)
○ **efectuar el pago a más tardar 30 días calendario** después de que recibamos la decisión.
- **Si la respuesta es negativa o el Consejo rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelación podría o no concluir.**
 - Si decide aceptar una decisión en la que se rechaza su apelación, el proceso de apelación concluirá.
 - Si no acepta la decisión, quizás pueda proceder al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, en el aviso que reciba se le indicará si las reglas le permiten proceder a una apelación de Nivel 5 y cómo hacerlo.

Apelación de Nivel 5

Un juez de un **tribunal federal de distrito** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y **aceptará o rechazará** su solicitud. Esta es la respuesta definitiva. No hay más niveles de apelación después del tribunal federal de distrito.

PRESENTAR QUEJAS

SECCIÓN 10 | Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras cuestiones

Sección 10.1 | ¿Qué tipo de problemas se manejan en el proceso de quejas?

El proceso de queja se utiliza solo para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente. Estos son ejemplos de los tipos de problemas que se abordan durante el proceso de queja.

Queja	Ejemplo
Calidad de su atención médica	<ul style="list-style-type: none"> • ¿No está satisfecho con la calidad de la atención que recibió (incluida la atención en el hospital)?
Respeto de su privacidad	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial?
Falta de respeto, mal servicio al cliente u otro comportamiento negativo	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Alguien ha sido grosero o irrespetuoso con usted? • ¿No está satisfecho con nuestros Servicios para Miembros? • ¿Siente que se lo alienta a abandonar nuestro plan?
Tiempos de espera	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Tiene problemas para conseguir una cita o debe esperar demasiado tiempo para conseguirla? • ¿Los médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud le han hecho esperar demasiado? ¿O el personal de Servicios para Miembros u otro personal de nuestro plan le han hecho esperar demasiado? <ul style="list-style-type: none"> ○ Algunos ejemplos incluyen esperar demasiado tiempo al teléfono, en la sala de espera o examen, o para conseguir una receta.
Limpieza	<ul style="list-style-type: none"> • ¿No está satisfecho con la limpieza o el estado de una clínica, un hospital o un consultorio médico?
Información que obtiene de nosotros	<ul style="list-style-type: none"> • ¿No le enviamos un aviso requerido? • ¿Es nuestra información escrita difícil de entender?
Puntualidad (Este tipo de quejas se relaciona con la puntualidad de nuestras acciones relacionadas con las decisiones de cobertura y apelaciones).	<p>Si solicitó una decisión de cobertura o presentó una apelación, y cree que no le respondemos con suficiente rapidez, puede presentar una queja sobre nuestra demora. A continuación, se presentan ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si nos solicitó una decisión rápida de cobertura o una apelación rápida y le respondimos que no se la otorgaremos, puede presentar una queja. • Si cree que no cumplimos las fechas límite para una decisión de cobertura o para una apelación, puede presentar una queja. • Si cree que no cumplimos las fechas límite para cubrirle o reembolsarle ciertos artículos o servicios médicos o medicamentos que fueron aprobados, puede presentar una queja. • Si cree que no cumplimos con las fechas límite requeridas para enviar su caso a la organización de revisión independiente, puede presentar una queja.

Sección 10.2 | Cómo presentar una queja

Términos legales

Una **queja** también se denomina **queja formal**.

Presentar una queja significa **presentar una queja formal**.

Seguir el proceso de quejas significa **seguir el proceso para presentar una queja formal**.

Una **queja rápida** se denomina **queja formal acelerada**.

Paso 1: Comuníquese con nosotros de inmediato, ya sea por teléfono o por escrito.

- **Por lo general, el primer paso es llamar a Servicios para Miembros al 1-844-964-5366 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).** En caso de que deba hacer algo más, el Servicio para Miembros se lo informará.
- **Si no desea llamar (o llamó y no obtuvo una respuesta satisfactoria), puede enviarnos su queja por escrito.** Si presenta su queja por escrito, la responderemos por ese medio.
- **Opción de revisión rápida de su queja formal.** Puede solicitar una revisión rápida e intentaremos responder en el plazo de un día si su queja formal se refiere a una de las siguientes circunstancias:
 - Hemos extendido el plazo para tomar una decisión de organización o cobertura, y usted cree que necesita una decisión más rápido.
 - Rechazamos su solicitud de una decisión de organización o cobertura de 72 horas.
 - Rechazamos su solicitud de apelación de 72 horas.
- Es mejor llamar al Servicio para Miembros al 1-844-964-5366 (usuarios de TTY deben llamar al 711) si desea solicitar una revisión rápida de su queja formal. Si envía su solicitud por correo postal, le llamaremos para informarle que la recibimos.
- **La fecha límite** para presentar una queja es de **60 días calendario** desde el momento en que tuvo el problema del que desea quejarse.

Paso 2: Analizaremos su queja y le daremos una respuesta.

- **Si es posible, le responderemos de inmediato.** Si nos llama para presentar una queja, quizás podamos darle una respuesta durante la misma llamada telefónica.
- **La mayoría de las quejas se responden en el plazo de 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora es lo mejor para usted, o si solicita más tiempo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario más** (44 días calendario en total) para responder su queja. Si decidimos tomarnos unos días más, se lo informaremos por escrito.

- **Si presenta una queja porque rechazamos su solicitud de una decisión rápida de cobertura o una apelación rápida, le otorgaremos automáticamente una queja rápida.** Si tiene una queja rápida, significa que le daremos **una respuesta en el plazo de 24 horas**.
- **Si no estamos de acuerdo** parcial o totalmente con su queja o no asumimos la responsabilidad por el problema sobre el cual presenta la queja, especificaremos los motivos en nuestra respuesta.

Sección 10.3 | También, puede presentar quejas por la calidad de la atención ante la Organización para el mejoramiento de la calidad

Cuando su queja se trate sobre la calidad de la atención, tendrá 2 opciones adicionales:

- **Podrá presentar su queja directamente ante la Organización de Mejora de la Calidad.** La Organización de Mejora de la Calidad es un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica a quienes el gobierno federal les paga para verificar y mejorar la atención proporcionada a pacientes de Medicare. En el Capítulo 2, figura la información de contacto.

O

- **Podrá presentar simultáneamente su queja ante la Organización de Mejora de la Calidad y ante nosotros.**

Sección 10.4 | También puede informarle a Medicare sobre su queja

Puede presentar una queja sobre *Leon MediMore (HMO)* directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, visite www.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.

CAPÍTULO 10

FINALIZACIÓN DE LA MEMBRESÍA
EN NUESTRO PLAN

SECCIÓN 1 | Finalización de su membresía en nuestro plan

La finalización de la membresía en *Leon MediMore (HMO)* puede ser voluntaria (por decisión propia) o **involuntaria** (por decisión ajena):

- Puede abandonar nuestro plan porque decide que quiere abandonarlo. En las Secciones 2 y 3, se proporciona información sobre la finalización voluntaria de la membresía.
- También hay algunas situaciones en las que tenemos la obligación de finalizar la membresía. En la Sección 5, se informa sobre situaciones en las que debemos finalizar la membresía.

Si abandona nuestro plan, debemos continuar proporcionándole atención médica y medicamentos con receta, y usted deberá seguir pagando los costos compartidos hasta que finalice la membresía.

SECCIÓN 2 | ¿Cuándo puede finalizar su membresía en nuestro plan?

Sección 2.1 | Puede finalizar su membresía durante el Período de inscripción abierta

Puede finalizar su membresía en nuestro plan 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 anual es del 15 de octubre al 7 de diciembre.**
- **Elija conservar su cobertura actual o efectuar cambios en su cobertura para el próximo año.** Si decide cambiarse a un plan diferente, puede elegir uno de los siguientes tipos:
 - Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos.
 - Original Medicare *con* un plan de medicamentos de Medicare por separado.
 - Original Medicare *sin* un plan de medicamentos de Medicare por separado.
 - Si elige esta opción y recibe Ayuda Adicional, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no inscribirse automáticamente.

Nota: Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos de Medicare y se encuentra sin cobertura acreditable para medicamentos con receta por 63 días consecutivos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

- **Finalizará su membresía en nuestro plan** cuando la cobertura de su nuevo plan comience el 1 de enero.

Sección 2.2 | Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage

Usted tiene la oportunidad de hacer un cambio en su cobertura médica durante el **Período de inscripción abierta de Medicare Advantage** cada año.

- **El Período de Inscripción Abierta en Medicare Advantage** es del 1 de enero al 31 de marzo, y también para los nuevos beneficiarios de Medicare que están inscritos en un plan MA, desde el mes de derecho a la Parte A y la Parte B hasta el último día del tercer mes de derecho.
- **Durante el Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage**, puede hacer lo siguiente:
 - Cambiar a otro plan Medicare Advantage, con o sin cobertura de medicamentos.
 - Cancelar su inscripción en nuestro plan y obtener cobertura mediante Original Medicare. Si cambia a Original Medicare durante este período, también puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare por separado al mismo tiempo.
- **Su membresía finalizará** el primer día del mes siguiente a su inscripción en un plan de Medicare Advantage diferente o a la recepción de su solicitud para cambiar 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 siguiente a la recepción de su solicitud de inscripción por parte del plan de medicamentos.

Sección 2.3 | En ciertas situaciones, puede cancelar su membresía durante un Período especial de inscripción

En ciertas situaciones, los miembros de *Leon MediMore (HMO)* pueden cumplir con los requisitos para finalizar su membresía en otros momentos del año. Esto se conoce como **Período especial de inscripción**.

Usted puede cumplir con los requisitos para finalizar su membresía durante un Período especial de inscripción si se aplica cualquiera de estas situaciones. Estos son solo ejemplos. Para obtener la lista completa, puede comunicarse con nuestro plan, llamar a Medicare o visitar www.Medicare.gov.

- Por lo general, cuando se muda
- Si cuenta con Medicaid
- Si es elegible para recibir Ayuda Adicional para pagar la cobertura de medicamentos de Medicare
- Si incumplimos nuestro contrato con usted
- Si está recibiendo atención en una institución, como un asilo o un hospital de atención a largo plazo (LTC)

- Si se inscribe en el Programa de cuidado total de salud para ancianos (PACE)

Nota: Si está en un programa de administración de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de plan. La Sección 10 del Capítulo 5 contiene más información acerca de los programas de administración de medicamentos.

Los períodos de inscripción varían según su situación.

Para saber si cumple con los requisitos para un Período especial de inscripción, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si cumple con los requisitos para finalizar su membresía por una situación especial, puede cambiar tanto su cobertura médica de Medicare como su cobertura de medicamentos con receta. Puede elegir:

- Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos.
- Original Medicare *con* un plan de medicamentos de Medicare por separado.
- Original Medicare *sin* un plan de medicamentos de Medicare por separado.

Nota: Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos de Medicare y se encuentra sin cobertura acreditable para medicamentos con receta por 63 días consecutivos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

- **En general, su membresía finalizará** el primer día del mes posterior a que recibimos su solicitud de cambio de nuestro plan.
- **Si obtiene Ayuda Adicional de Medicare para pagar los costos de su cobertura de medicamentos:** 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 usted haya optado por excluirse de solicitar cobertura automáticamente.

Sección 2.4 | Obtenga más información sobre cuándo puede finalizar su membresía

Si tiene alguna pregunta sobre cómo finalizar su membresía, puede hacer lo siguiente:

- **Llame a Servicios para Miembros al 1-844-964-5366 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).**
- Encuentre la información en el manual **Medicare & You 2026** (Medicare y usted 2026).
- Comuníquese con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 3 | Cómo puede finalizar su membresía en nuestro plan

En la siguiente tabla, se explica cómo debe finalizar su membresía en nuestro plan.

Para cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
Otra cobertura médica de Medicare	<ul style="list-style-type: none"> Inscríbase en el nuevo plan de salud de Medicare. Su inscripción en <i>Leon MediMore (HMO)</i> se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
Original Medicare con un plan de medicamentos de Medicare por separado	<ul style="list-style-type: none"> Inscríbase en el nuevo plan de medicamentos de Medicare. Su inscripción en <i>Leon MediMore (HMO)</i> se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de medicamentos de su nuevo plan.
Original Medicare sin un plan de medicamentos de Medicare por separado	<ul style="list-style-type: none"> Envíenos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Llame a Servicios para Miembros al 1-844-964-5366 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) si necesita más información sobre cómo hacerlo. También puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y solicitar que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Se cancelará su inscripción en <i>Leon MediMore (HMO)</i> cuando comience su cobertura en Original Medicare.

SECCIÓN 4 | Hasta que finalice su membresía, debe seguir recibiendo artículos, servicios médicos y medicamentos mediante nuestro plan

Hasta que finalice su membresía y comience su nueva cobertura de Medicare, debe seguir recibiendo artículos médicos, servicios y medicamentos con receta mediante nuestro plan..

- Siga consultando a nuestros proveedores de servicios médicos de la red para recibir atención médica.**
- Siga acudiendo a las farmacias de nuestra red o usando el servicio de pedidos por correo para surtir sus recetas.**
- Si se encuentra hospitalizado el día en que finaliza su membresía, nuestro plan cubrirá su estadía en el hospital hasta el alta** (incluso si le dan el alta después del inicio de la nueva cobertura médica).

SECCIÓN 5 | *Leon MediMore (HMO)* debe finalizar su membresía en nuestro plan en ciertas situaciones

***Leon MediMore* debe finalizar su membresía en nuestro plan si ocurre alguna de las siguientes situaciones:**

- Si ya no cuenta con la Parte A y la Parte B de Medicare
- Si se muda fuera de nuestra área de servicio
- Si permanece fuera de nuestra área de servicio durante más de 6 meses.
 - Si se muda o hace un viaje largo, debe llamar al Servicio para Miembros al 1-844-964-5366 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para saber si el lugar al cual viajará o se mudará se encuentra en el área de nuestro plan.
- Si lo encarcelan (va a prisión)
- Si ya no es ciudadano de los Estados Unidos o no se encuentra de manera legal en los Estados Unidos.
- Si miente u omite información sobre otro seguro en el que esté inscrito y que proporcione cobertura de medicamentos.
- Si nos brinda intencionalmente información incorrecta al solicitar nuestra cobertura y esa información afecta su elegibilidad en nuestro plan. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por este motivo a menos que primero recibamos permiso de Medicare).
- Si continuamente tiene una conducta perturbadora, lo que dificulta que podamos brindarle atención médica a usted y a otros de nuestros miembros. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por este motivo a menos que primero recibamos permiso de Medicare).
- Si permite que otra persona use su tarjeta de membresía para recibir atención médica. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por este motivo a menos que primero recibamos permiso de Medicare).
 - Si finalizamos su cobertura por este motivo, Medicare puede ordenar que el Inspector General investigue su caso;
- Si debe pagar la suma adicional de la Parte D debido a sus ingresos y no lo hace, Medicare cancelará la inscripción en el plan y usted perderá la cobertura de medicamentos.

Si tiene preguntas o desea obtener más información sobre cuándo podemos finalizar su membresía, llame a Servicios para Miembros al 1-844-964-5366 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Sección 5.1 | No podemos obligarle a abandonar nuestro plan por un motivo relacionado con su salud.

Leon MediMore no puede pedirle que abandone nuestro plan por ninguna razón relacionada con su salud.

¿Qué debe hacer si esto sucede?

Si cree que lo obligan a abandonar nuestra cobertura por un motivo relacionado con su 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 el derecho de presentar una queja si cancelamos su membresía de nuestro plan

Si finalizamos su cobertura en nuestra póliza, debemos informarle nuestros motivos por escrito. También debemos explicar cómo puede presentar una queja formal o presentar una queja sobre nuestra decisión de finalizar 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 las reglamentaciones dictadas en virtud de la Ley del Seguro Social por los centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS). Además, pueden aplicarse otras leyes federales y, en determinadas circunstancias, las leyes del estado en el que usted vive. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades, aunque las leyes no se incluyan o expliquen en este documento.

SECCIÓN 2 | Aviso sobre no discriminación

No discriminamos por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, religión, sexo, estado de salud, experiencia en reclamaciones, antecedentes médicos, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica de una persona dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que proporcionan planes de Medicare Advantage, como nuestro plan, deben obedecer las leyes federales contra la discriminación, incluido el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley de Cuidados Asequibles, todas las demás leyes que se aplican a las organizaciones que obtienen financiamiento federal y cualquier otra ley y norma que se aplique por cualquier otro motivo.

Si desea obtener más información o tiene inquietudes sobre discriminación o trato injusto, llame a la **Oficina de Derechos** Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a su Oficina de Derechos Civiles local. También puede revisar la información de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos en www.hhs.gov/ocr/index.html.

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda con el acceso a la atención, llame a Servicios para Miembros al 1-844-964-5366 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Si tiene una queja, como un problema con el acceso en silla de ruedas, el Servicio para Miembros puede ayudarle.

SECCIÓN 3 | Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar los servicios cubiertos de Medicare para los cuales Medicare no es el pagador primario. De acuerdo con las reglamentaciones de los CMS establecidas en las secciones 422.108 y 423.462 del Título 42 del Código de Reglamentaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR), Leon MediMore, como organización Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de cobro que ejerce la Secretaría en virtud de las reglamentaciones de los CMS establecidas en las subpartes B a D de la parte 411 del Título 42 del CFR, y las reglas establecidas en esta sección sustituyen cualquier ley estatal.

CAPÍTULO 12

DEFINICIONES

Apelación – Una apelación es algo que usted presenta si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazo de solicitud de cobertura de servicios de atención médica o medicamentos con receta o bien pago de servicios o medicamentos que ya recibió. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de interrumpir los servicios que recibe.

Área de servicio – Área geográfica donde debe vivir para inscribirse en un plan de salud en particular. Para los planes que limitan qué médicos y hospitales puede usar, generalmente también es el área donde puede recibir servicios de rutina (que no son de emergencia). Nuestro plan debe cancelar su inscripción si usted se muda permanentemente fuera del área de servicio de nuestro plan.

Asistente de atención de la salud en el hogar – Persona que presta servicios que no requieren las habilidades de un enfermero o terapeuta con licencia, como ayuda con el cuidado personal (p. ej., bañar, el uso del baño, vestir o efectuar los ejercicios indicados).

Atención de emergencia – Servicios cubiertos que tienen las siguientes características: 1) son proporcionados por un proveedor calificado para brindar servicios de emergencia; y 2) son necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una afección de emergencia.

Autorización previa – Aprobación por adelantado para obtener servicios o determinados medicamentos basados en criterios específicos. Los servicios con cobertura del plan que necesitan autorización previa aparecen marcados en el Cuadro de beneficios médicos del Capítulo 4. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el formulario y nuestros criterios están publicados en nuestro sitio web.

Ayuda adicional – Un programa de Medicare para ayudar a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos con receta de Medicare, como primas, deducibles y coseguro.

Biosimilar – Un producto biológico que es muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Los biosimilares son tan seguros y efectivos como el producto biológico original. Algunos biosimilares pueden sustituirse por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta. (Consulte “**Biosimilar intercambiable**”).

Biosimilar intercambiable – Un biosimilar que puede ser utilizado como sustituto de un producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, ya que cumple con requisitos adicionales relacionados con la posibilidad de sustitución automática. La sustitución automática en la farmacia está sujeta a la legislación estatal.

Cancelar la inscripción o cancelación de inscripción – El proceso de cancelar su membresía en nuestro plan.

Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés) – Centro que brinda principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, incluidos servicios de terapia física, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional, servicios de patología del habla y el lenguaje, y servicios de evaluación del entorno doméstico.

Centro quirúrgico ambulatorio – Un centro de cirugía ambulatoria es una entidad que opera exclusivamente con el fin de prestar servicios de cirugía ambulatoria a pacientes que no requieren hospitalización y cuya estadía prevista en el centro no supera las 24 horas.

Centros de Servicios de Medicare& Medicaid (CMS) – La agencia federal que administra Medicare.

Cobertura de medicamentos de Medicare (Parte D de Medicare) – Seguro para ayudar a pagar medicamentos con receta para pacientes ambulatorios, vacunas, suministros biológicos y otros suministros que no tienen cobertura en la Parte A o en la Parte B de Medicare.

Cobertura para medicamentos con receta – Cobertura de medicamentos con receta (por ejemplo, de un empleador o sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura de medicamentos con receta estándar de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura cuando se vuelven elegibles para Medicare generalmente pueden mantener esa cobertura sin pagar una multa, si deciden inscribirse en la cobertura de medicamentos con receta de Medicare más adelante.

Copago – Monto que tal vez deba pagar como parte del costo de un servicio o suministro médico, como visitas al médico, visitas a hospitales como paciente ambulatorio o medicamentos con receta. El copago es un monto fijo (por ejemplo, \$10), no un porcentaje.

Coseguro – Monto expresado como un porcentaje (por ejemplo, el 20 %) que tal vez deba pagar como parte del costo de los servicios o medicamentos con receta después de pagar cualquier deducible.

Costos compartidos – Los costos compartidos se refieren a los montos que debe pagar el miembro cuando se reciben los servicios o medicamentos. Los costos compartidos incluyen cualquier combinación de los siguientes 3 tipos de pagos: (1) todo monto de deducible que pueda exigir un plan antes de cubrir los servicios o medicamentos; (2) todo monto fijo de copago que exija un plan cuando reciba un servicio o medicamento específico, o (3) todo monto de coseguro, un porcentaje del monto total pagado por un servicio o medicamento, que exija el plan cuando se recibe un servicio o medicamento específico.

Costo compartido preferido – El costo compartido preferido significa que pagará menos por ciertos medicamentos cubiertos de la Parte D cuando los adquiera en farmacias específicas dentro de nuestra red.

Costos de desembolso personal – Consulte la definición de costos compartidos más arriba. El requisito de costos compartidos de un miembro de pagar una parte de los servicios o medicamentos recibidos también se denomina requisito de gasto de desembolso del miembro.

Cuidados de custodia – El cuidado asistencial es el cuidado personal suministrado en un hogar de ancianos, un centro de cuidados paliativos u otro centro cuando usted no necesita atención médica especializada ni atención de enfermería especializada. El cuidado asistencial, proporcionado por personas que no tienen habilidades o capacitación profesional, incluye ayuda con las actividades de la vida diaria, como bañarse, vestirse, comer, acostarse o levantarse de una cama o silla, desplazarse y usar el baño. También puede incluir el tipo de atención relacionada con la salud que la mayoría de las personas hacen por sí mismas, como el uso de gotas oftálmicas. Medicare no cubre el cuidado asistencial.

Cuidados en centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés) – Atención de enfermería especializada y servicios de rehabilitación proporcionados de forma continua y diaria en un centro de enfermería especializada. Los ejemplos de atención incluyen terapia física o inyecciones intravenosas que solo pueden ser administradas por enfermeros

registrados o médicos.

Deductible – El monto que tiene que pagar por la atención médica o los medicamentos con receta antes de que nuestro plan pague.

Determinación de cobertura – Una decisión sobre la cobertura de nuestro plan de un medicamento con receta y el monto, si lo hubiera, que usted deba pagar por un medicamento con receta. En general, si lleva su receta a una farmacia y esta le dice que, según nuestro plan, el medicamento no tiene cobertura, esa no constituye una determinación de cobertura. Debe llamar o escribirle a nuestro plan y pedirle una decisión formal de cobertura. En este documento, las determinaciones de cobertura se denominan **decisiones de cobertura**.

Determinación de la organización – La decisión que nuestro plan toma sobre la cobertura de artículos o servicios o sobre el monto que usted debe pagar por los servicios o artículos con cobertura. En este documento, las determinaciones de organización se denominan **decisiones de cobertura**.

Emergencia – Una emergencia médica se presenta cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio sobre salud y medicina, cree que presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la muerte (y, si es una mujer embarazada, la pérdida de un feto), la pérdida de una extremidad o la pérdida de la función de una extremidad, o la pérdida o el deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o un problema de salud que empeora rápidamente.

Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés) – Ciertos equipos médicos que son ordenados por su médico por razones médicas. Ejemplos incluyen andadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, camas de hospital ordenadas por un proveedor de servicios médicos para su uso en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores de voz, equipos y suministros de oxígeno, nebulizadores o camas hospitalarias ordenadas por un proveedor para su uso en el hogar.

Etapa de cobertura catastrófica – La etapa del Beneficio de Medicamentos de la Parte D que comienza cuando usted (u otras partes calificadas en su nombre) ha gastado \$2,100 en medicamentos con cobertura de la Parte D durante el año con cobertura. Durante esta etapa de pago, nuestro plan cubre el costo total de sus medicamentos con cobertura bajo la Parte D. Es posible que tenga que pagar un costo compartido por los medicamentos excluidos que estén cubiertos bajo nuestro beneficio mejorado.

Etapa de cobertura inicial – Esta es la etapa antes de que sus gastos de desembolso para el año hayan alcanzado el monto del umbral de gastos de desembolso.

Evidencia de cobertura (EOC, por sus siglas en inglés) e información de divulgación – Este documento, junto con su formulario de inscripción y otros anexos, cláusulas y otras coberturas opcionales selectas que explican su cobertura, qué debemos hacer nosotros, los derechos que usted tiene y qué debe hacer usted como miembro de nuestro plan.

Excepción – Un tipo de decisión de cobertura que, si es aprobada, le permite obtener un medicamento que no está en nuestro formulario (una excepción de formulario), u obtener un medicamento no preferido a un nivel de costo compartido más bajo (una excepción de nivel). También puede solicitar una excepción si nuestro plan requiere que intente otro medicamento

antes de recibir el medicamento que está solicitando, si nuestro plan requiere una autorización previa para un medicamento y desea que se renuncie a los criterios de restricción, o si nuestro plan limita la cantidad o dosis del medicamento que está solicitando (una excepción de formulario).

Facturación – Cuando un proveedor de servicios médicos (médico u hospital) le factura a un paciente un monto mayor que el monto de costos compartidos permitido por nuestro plan. Como miembro de LEON MediMore (HMO), solo tiene que pagar los montos de costos compartidos de nuestro plan cuando reciba sus servicios con cobertura. No permitimos que los proveedores de servicios médicos **facturen con saldo** o que le cobren de otro modo un monto de costos compartidos superior al que nuestro plan indica que debe pagar.

Farmacia de la red – Farmacia que tiene contrato con nuestro plan, donde los miembros de nuestro plan pueden obtener sus beneficios de medicamentos con receta. En la mayoría de los casos, sus medicamentos con receta están cubiertos solo si se surten en una de nuestras farmacias de la red.

Farmacia fuera de la red – Farmacia que no tiene contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro 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.

Herramienta de beneficios en tiempo real – Portal o aplicación informática en la que los inscritos pueden buscar información completa, precisa, oportuna, clínicamente apropiada y específica del inscrito sobre los beneficios y la lista de medicamentos aprobados. Esto incluye montos de costos compartidos, medicamentos alternativos de la lista de medicamentos aprobados que pueden usarse para la misma afección médica que un medicamento determinado, y restricciones de cobertura (autorización previa, terapia escalonada, límites de cantidad) que se aplican a medicamentos alternativos.

Hospicio – Un beneficio que proporciona un tratamiento especial para un miembro que ha sido certificado médicaamente como terminalmente enfermo, lo que significa que tiene una expectativa de vida de 6 meses o menos. Nuestro plan debe proporcionarle una lista de centros para pacientes terminales en su área geográfica. Si elige un centro para pacientes terminales y continúa pagando las primas, sigue siendo miembro de nuestro plan. Aún puede obtener todos los servicios médicaamente necesarios, así como los beneficios complementarios que ofrecemos.

Hospitalización – Una estadía en el hospital cuando haya sido ingresado formalmente en el hospital por servicios médicos especializados. Incluso si permanece una noche en el hospital, igualmente se le puede considerar paciente ambulatorio.

Indicación aceptada por razones médicas – Un uso de un medicamento que esté aprobado por la FDA o respaldado por ciertas referencias, como la “American Hospital Formulary Service Drug Information” y el sistema de información Micromedex DRUGDEX.

Límite de gastos de desembolso – El monto máximo que paga con un desembolso por los medicamentos de la Parte D.

Límites de la cantidad – Herramienta de gestión diseñada para limitar el uso de un medicamento por motivos de calidad, seguridad o utilización. Los límites pueden ser sobre la

cantidad del medicamento que cubrimos por receta o durante un período definido.

Lista de medicamentos cubiertos (Lista de medicamentos) – Lista de medicamentos con receta cubiertos por nuestro plan.

Medicaid (o Asistencia médica) – (Un programa conjunto del gobierno federal y el gobierno estatal que brinda ayuda con los gastos médicos a personas con bajos ingresos y recursos limitados). Los programas estatales de Medicaid varían, pero la mayoría de los costos de atención médica tienen cobertura si usted cumple con los requisitos para Medicare y Medicaid.

Medicamento de marca – Medicamento con receta que es fabricado y vendido por la compañía farmacéutica que originalmente investigó y desarrolló el medicamento. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de ingrediente activo que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otros fabricantes de medicamentos y, por lo general, no están disponibles hasta después de que la patente del medicamento de marca haya vencido.

Medicamento genérico – Medicamento con receta aprobado por la FDA como que tiene los mismos principio activos que el medicamento de marca. Generalmente, un medicamento genérico funciona igual que un medicamento de marca y generalmente cuesta menos.

Medicamento seleccionado – Un medicamento cubierto por la Parte D para el cual Medicare negoció un precio justo máximo.

Medicamentos con cobertura – El término que usamos para referirnos a todos los medicamentos cubiertos por nuestro plan.

Medicamentos de la Parte D – Medicamentos que pueden estar cubiertos por la Parte D. Podemos o no ofrecer todos los medicamentos de la Parte D. Ciertas categorías de medicamentos han sido excluidas como medicamentos cubiertos de la Parte D por el Congreso. Ciertas categorías de medicamentos de la Parte D deben estar cubiertas por cada plan.

Medicare – El programa federal de seguro médico para personas mayores de 65 años, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas con enfermedad renal en etapa terminal (por lo general, personas con insuficiencia renal permanente que necesitan diálisis o un trasplante de riñón).

Miembro (miembro de nuestro Plan o miembro del Plan) – Una persona con Medicare que es elegible para recibir los servicios cubiertos, se ha inscrito en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros para servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos (IRMAA, por sus siglas en inglés) – Si su ingreso bruto ajustado modificado como se informa en su declaración anual de ingresos del IRS de hace 2 años está por encima de un cierto monto, pagará el monto de la prima estándar y un Monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos, también llamado IRMAA. El IRMAA es un cargo adicional agregado a su prima. Menos del 5% de las personas con Medicare se ven afectadas, por lo que la mayoría de las personas no pagarán una prima más alta.

Monto máximo de desembolso personal – El monto máximo que usted paga de su bolsillo durante el año calendario para los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B que forman parte de la red. Los montos que usted paga por las primas de la Parte A y la Parte B de

Capítulo 12 Definiciones

Medicare y por los medicamentos con receta no se contemplan para el monto de desembolso máximo.

Multa por inscripción tardía de la Parte D – Un monto que se suma a su prima del plan mensual para la cobertura de medicamentos de Medicare si no tiene cobertura acreditable (cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare) durante un período ininterrumpido de 63 días o más después de que sea elegible por primera vez para inscribirse en un plan de la Parte D.

Necesario por razones médicas – Servicios, suministros o medicamentos necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y que cumplen con normas de práctica médica aceptadas.

Nivel de costos compartidos – Cada uno de los medicamentos que aparecen en la Lista de medicamentos con cobertura pertenece a alguno de los 5 niveles de costos compartidos. En general, cuanto más alto sea el nivel de costos compartidos, mayor será el costo que deberá pagar por el medicamento.

Organización para el mejoramiento de la calidad (QIO, por sus siglas en inglés) – Grupo de médicos practicantes y otros expertos en atención médica a quienes el gobierno federal les paga para verificar y mejorar la atención suministrada a pacientes de Medicare.

Original Medicare (Medicare tradicional o Medicare con cargo por servicio) – Original Medicare es un plan que ofrece el gobierno y no es un plan de salud privado, como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos con receta. En Original Medicare, los servicios de Medicare están cubiertos mediante el pago de montos establecidos por el Congreso a los médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica. Puede consultar a cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención médica que acepte Medicare. Debe pagar el deducible. Medicare paga su parte del monto aprobado por Medicare y usted paga su parte. Original Medicare tiene 2 partes: Parte A (seguro de hospital) y Parte B (seguro médico) y está disponible en todas partes de los Estados Unidos.

Parte C – Consulte Plan Medicare Advantage (MA).

Parte D – El programa voluntario de beneficios de medicamentos con receta de Medicare.

Período de beneficios – La forma en que tanto nuestro plan como Medicare Original miden su uso de los servicios en un centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés). Un período de beneficios comienza el día en que usted ingresa a un hospital o a un centro de enfermería especializada. El período de beneficios termina cuando no ha recibido atención hospitalaria como paciente interno (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si vuelve a ingresar a un hospital o a un centro de enfermería especializada después de que haya terminado un período de beneficios, comienza un nuevo período de beneficios. No hay límite en la cantidad de períodos de beneficios.

Período de inscripción abierta – El período del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año en el que los miembros pueden cambiar sus planes de salud o de medicamentos, o cambiarse a Original Medicare.

Período de inscripción abierta de Medicare Advantage – El período de tiempo del 1 de enero al 31 de marzo en el que los miembros de un plan Medicare Advantage pueden cancelar su inscripción en el plan y cambiar a otro plan Medicare Advantage, u obtener

cobertura mediante Original Medicare. Si decide cambiarse a Original Medicare durante este período, también puede inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado en ese momento. El Período de inscripción abierta de Medicare Advantage también está disponible durante un período de 3 meses después de que una persona es elegible por primera vez para Medicare.

Período de inscripción inicial – Cuando es elegible por primera vez para participar en Medicare, el período en el cual usted puede inscribirse para la Parte A y la Parte B de Medicare. Si es elegible para Medicare cuando cumple 65 años, su período de inscripción inicial es el período de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que cumple 65 años, incluye el mes en que cumple 65 años y finaliza 3 meses después del mes en que cumple 65 años.

Período especial de inscripción – Un período fijado en el cual los miembros pueden cambiar de cobertura médica o de medicamentos del plan, o regresar a Original Medicare. Las situaciones en las que puede ser elegible para un Período especial de inscripción incluyen: si se muda fuera del área de servicio, si recibe Ayuda Adicional para el pago de los costos de sus medicamentos con receta, si se muda a un hogar de ancianos o si incumplimos nuestro contrato con usted.

Persona con doble elegibilidad – Una persona que es elegible para la cobertura de Medicare y Medicaid.

Plan de Medicare Advantage (MA) – A veces llamado Medicare Parte C. Es un plan ofrecido por una empresa privada que contrata con Medicare para proporcionarle todos sus beneficios de Medicare Parte A y Parte B. Un plan Medicare Advantage puede ser i) un HMO, ii) un PPO, iii) un plan de Pago por Servicio Privado (PFFS), o iv) un plan de Cuenta de Ahorros Médicos de Medicare (MSA). Además de elegir entre estos tipos de planes, un plan Medicare Advantage HMO o PPO también puede ser un Plan de Necesidades Especiales (SNP). En la mayoría de los casos, los Planes Medicare Advantage también ofrecen Medicare Parte D (cobertura de medicamentos con receta). Estos planes se denominan **planes Medicare Advantage con cobertura para medicamentos**.

Plan de necesidades especiales – Tipo especial de plan Medicare Advantage que proporciona atención médica más enfocada para grupos específicos de personas, como aquellas que tienen Medicare y Medicaid, que residen en un hogar de ancianos o que tienen ciertas afecciones médicas crónicas.

Plan de necesidades especiales con doble elegibilidad (D-SNP) – Los D-SNP inscriben a personas que tienen derecho tanto a Medicare (Título XVIII de la Ley de Seguridad Social) como a asistencia médica de un plan estatal bajo Medicaid (Título XIX). Los estados cubren algunos o todos los costos de Medicare, según el estado y la elegibilidad de la persona.

Plan de necesidades especiales para enfermedades crónicas (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 organización de proveedores preferidos (PPO, por sus siglas en inglés) – Un plan de organización de proveedores preferidos (PPO) es un plan Medicare Advantage que tiene una red de proveedores contratados que han acordado tratar a los miembros del plan

Capítulo 12 Definiciones

por un monto de pago específico. Un plan PPO debe cubrir todos los beneficios del plan, ya sea que se reciban de proveedores dentro o fuera de la red. Los costos compartidos del miembro generalmente serán más altos cuando los beneficios del plan se reciban de proveedores fuera de la red. Los planes PPO tienen un límite anual en sus gastos de desembolso para los servicios recibidos de proveedores de la red (preferidos) y un límite más alto en sus gastos de desembolso totales combinados para los servicios de proveedores de la red (preferidos) y fuera de la red (no preferidos).

Plan de salud de Medicare – Un plan de salud de Medicare es ofrecido por una compañía privada que tiene contrato con Medicare para proporcionar beneficios de la Parte A y la Parte B a las personas con Medicare que se inscriben en nuestro plan. Este término incluye todos los planes Medicare Advantage, los planes de costos de Medicare, los planes para necesidades especiales, los programas piloto o de demostración y los programas de atención integral para personas mayores (Programs of All-inclusive Care for the Elderly, PACE).

Plan institucional de necesidades especiales (SNP, por sus siglas en inglés) – 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 consecutivos en ciertos centros a largo plazo. Los I-SNP incluyen los siguientes tipos de planes: SNP equivalentes institucionales (IE-SNP), SNP institucionales híbridos (HI-SNP) y SNP institucionales basados en centros (FI-SNP).

Plan institucional equivalente de necesidades especiales (SNP, por sus siglas en inglés)
– 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 PACE – Un plan PACE (Program of All-Inclusive Care for the Elderly) combina servicios y apoyos a largo plazo (long-term services and supports, LTSS) médicos y sociales para personas frágiles con el fin de ayudar a las personas a mantenerse independientes y vivir en su comunidad (en lugar de mudarse a una residencia de ancianos) el mayor tiempo posible. Las personas inscritas en los planes PACE reciben sus beneficios de Medicare y Medicaid a través del plan.

Póliza de Medigap (seguro complementario de Medicare) – Seguro complementario de Medicare vendido por compañías de seguros privadas para cubrir brechas en Original Medicare. Las pólizas de Medigap solo funcionan con Original Medicare. (Un plan Medicare Advantage no es una póliza de Medigap).

Precio justo máximo – El precio que Medicare negoció para un medicamento seleccionado.

Primas – El pago periódico a Medicare, una compañía de seguro o un plan de atención médica para la cobertura de salud o de medicamentos con receta.

Producto biológico – Medicamento con receta que se elabora a partir de fuentes naturales y vivas como células animales, células vegetales, bacterias o levaduras. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no se pueden copiar exactamente, por lo que las formas alternativas se denominan biosimilares (consulte “**Producto biológico original**” y “**Biosimilar**”).

Producto biológico original – Un producto biológico que ha sido aprobado por la FDA y que sirve como referencia para los fabricantes que producen una versión biosimilar. También se

denomina producto de referencia.

Programa de descuento del fabricante – Un programa bajo el cual los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total de nuestro plan para los medicamentos de marca y biológicos cubiertos de la Parte D. Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y los fabricantes de medicamentos.

Programa de manejo de terapia con medicamentos (MTM) – Un programa de la Parte D de Medicare para necesidades de salud complejas proporcionado a personas que cumplen con ciertos requisitos o están en un programa de administración de medicamentos. Los servicios de MTM generalmente incluyen una conversación con un farmacéutico o proveedor de atención médica para revisar los medicamentos.

Prótesis y ortopedia – Dispositivos médicos, incluidos, entre otros, aparatos ortopédicos para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o función interna del cuerpo, incluidos suministros para ostomía y terapia de nutrición enteral y parenteral.

Proveedor de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés) – El médico u otro proveedor a quien recurre primero para la mayoría de los problemas de salud. En muchos planes de salud de Medicare, debe consultar a su proveedor principal de atención médica antes de consultar a cualquier otro proveedor de atención médica.

Proveedor de la red – Proveedor de servicios médicos es el término general para referirse a los médicos, otros profesionales de la salud, hospitales y otros centros de atención médica que están autorizados o certificados por Medicare y por el Estado para proporcionar servicios de atención médica. **Los proveedores de servicios médicos de la red** tienen un acuerdo con nuestro plan para aceptar nuestro pago como pago completo y, en algunos casos, para coordinar y proporcionar servicios con cobertura a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de servicios médicos de la red también se denominan **proveedores de servicios médicos del plan**.

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red – Proveedor o centro que no tiene contrato con nuestro plan para coordinar o brindar servicios con cobertura a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son aquellos proveedores que no son ni empleados ni propiedad de nuestro plan, ni están administrados por nuestro plan.

Queja formal – Tipo de queja que puede presentar sobre nuestro plan, los proveedores o las farmacias, incluidas quejas sobre la calidad de su atención. No involucra disputas sobre cobertura o pagos.

Quejas – El nombre formal para hacer una queja es **presentar una queja formal**. El proceso de queja se utiliza solo para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. También incluye quejas si nuestro plan no sigue los períodos de tiempo en el proceso de apelación.

Referencia – Orden por escrito del proveedor de atención primaria para poder consultar a un especialista o recibir determinados servicios. Sin una referencia, es posible que nuestro plan no pague los servicios de un especialista.

Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, por sus siglas en inglés) – Beneficio mensual pagado por el Seguro Social a personas con ingresos y recursos limitados que

Capítulo 12 Definiciones

tienen una discapacidad, están ciegas o son mayores de 65 años. Los beneficios de ingreso suplementario del Seguro Social (Supplemental Security Income, SSI) no son los mismos que los beneficios del Seguro Social.

Servicios cubiertos – El término que usamos para referirnos a todos los servicios y suministros de atención médica que están cubiertos por nuestro plan.

Servicios cubiertos por Medicare – Servicios cubiertos por Medicare Parte A y Parte B. Todos los planes de salud de Medicare deben cubrir todos los servicios que están cubiertos por Medicare Parte A y B. El término Servicios Cubiertos por Medicare no incluye los beneficios adicionales, como visión, dental o cuidado de la audición, que un plan Medicare Advantage puede ofrecer.

Servicios de rehabilitación – Estos servicios incluyen atención de rehabilitación para pacientes hospitalizados, terapia física, terapia del habla y del lenguaje y terapia ocupacional.

Servicios para miembros – Un departamento de nuestro plan responsable de responder sus preguntas sobre la cobertura, los beneficios, las inconformidades y las apelaciones.

Servicios preventivos – Atención médica para prevenir enfermedades o detectar enfermedades en una etapa temprana, cuando es probable que el tratamiento funcione mejor (por ejemplo, los servicios preventivos incluyen pruebas de Papanicolaou, vacunas contra la gripe y mamografías de detección).

Servicios que se necesitan con urgencia – Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata, pero que no es una emergencia, es un servicio urgentemente necesario si usted está temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan, o si resulta poco razonable dadas sus circunstancias de tiempo y lugar obtener este servicio de los proveedores de la red. Ejemplos de servicios urgentemente necesarios son enfermedades médicas imprevistas y lesiones, o brotes inesperados de afecciones existentes. Las visitas rutinarias al proveedor que sean médicaamente necesarias, como los chequeos anuales, no se consideran urgentemente necesarias, incluso si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o la red de nuestro plan está temporalmente no disponible.

Subsidio por bajos ingresos (LIS, por sus siglas en inglés) – Consulte Ayuda adicional.

Tarifa de despacho – Una tarifa que se cobra cada vez que se dispensa un medicamento cubierto. Su fin es pagar el costo de surtir una receta, como el tiempo que dedica el farmacéutico a preparar y empaquetar el medicamento con receta.

Tarifa diaria de costos compartidos – Es posible que se aplique una tasa diaria de costos compartidos cuando su médico le receta un suministro de ciertos medicamentos de menos de un mes completo y usted deba pagar un copago. Una tasa diaria de costos compartidos es el copago dividido por la cantidad de días en el suministro de un mes. Este es un ejemplo: Si su copago por un suministro de un mes de un medicamento es de \$30 y el suministro de un mes en nuestro plan es de 30 días, su tasa diaria de costos compartidos es de \$1 por día.

Terapia por fases – Herramienta de utilización que requiere que primero pruebe otro medicamento para tratar su afección médica antes de que cubramos el medicamento que su médico le recetó inicialmente.

Servicios para los miembros de Leon MediMore (HMO)

Servicios para los miembros: información de contacto	
LLAME AL	1-844-9-MY-LEON (1-844-969-5366) – las llamadas a este número son gratuitas 305-541-LEON (305-541-5366) – llamadas locales 8 am. a 8 pm., los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo 8 am. a 8 pm., de lunes a viernes de, del 1 de abril al 30 de septiembre Servicios para Miembros también cuenta con servicios gratuitos de interpretación de idiomas para personas que no hablan inglés.
LOS USUARIOS DE TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es el mismo que se menciona arriba.
FAX	(305) 718-2860
DIRECCIÓN POSTAL	<i>Leon Health, Inc.</i> Atención: Departamento de Servicios para Miembros P.O. Box 668230 Miami, FL 33166
SITIO WEB	www.leonhealth.com

Florida SHINE (Serving Health Insurance Needs of Elders)

Florida SHINE (Serving Health Insurance Needs of Elders) es un programa estatal que obtiene dinero del gobierno federal para brindar asesoramiento sobre seguro de salud local de manera gratuita a personas que tienen Medicare.

Florida SHINE (Serving Health Insurance Needs of Elders) – Información de contacto	
LLAME AL	1-800-96-ELDER (1-800-963-5337) de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. ET
LOS USUARIOS DE TTY	1-800-955-8770 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
DIRECCIÓN POSTAL	SHINE Program, Department of Elder Affairs 4040 Esplanade Way, Suite 270 Tallahassee, FL 32399-7000 information@elderaffairs.org
SITIO WEB	www.floridashine.org

Evidencia de Cobertura para 2026 de *Leon MediMore (HMO)*

Declaración de divulgación de la PRA Según lo dispuesto en la Ley de Reducción de Trámites de 1995 (PRA, por sus siglas en inglés), ninguna persona estará en la obligación de responder a un instrumento de recopilación de datos que no exhiba un número de control vigente emitido por la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB, por sus siglas en inglés). El número de control vigente de la OMB para esta recolección de datos es el 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

DESCARGO DE RESPONSABILIDAD

Leon Health, Inc. es un plan HMO con contrato con Medicare. La inscripción en *Leon Health, Inc.* depende de la renovación del contrato.

La red de farmacias de *Leon Health, Inc.* ofrece acceso limitado a farmacias con costos compartidos preferidos en Miami-Dade, FL. Los costos más bajos anunciados en nuestros materiales del plan para estas farmacias pueden no estar disponibles en la farmacia que usted utiliza. Para obtener información actualizada sobre nuestras farmacias de la red, incluidas aquellas con costos compartidos preferidos, por favor llame al 1-844-969-5366 (TTY: 711) o consulte el *directorio de proveedores y farmacias* en nuestro sitio web www.LeonHealth.com.

Leon Health, Inc. cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

ATTENTION: If you speak English, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 1-844-969-5366 (TTY: 711) or speak to your provider.

Aviso de disponibilidad

English — English

ATTENTION: If you speak English, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 1-844-969-5366 (TTY: 711) or speak to your provider.

Español — Spanish

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia en su idioma. También se encuentran disponibles sin costo ayudas y servicios auxiliares para obtener información en formatos accesibles. Llame al 1-844-969-5366 (TTY: 711) o consulte a su proveedor.

中文 — Chinese

注意：如果您讲中文，可免费使用语言援助服务。为提供可访问格式的信息，也可免费使用适当的辅助工具和服务。请拨打 1-844-969-5366 (TTY: 711) 或联系您的服务提供者。

Srpski / Hrvatski / Bosanski — Serbo-Croatian

PAŽNJA: Ako govorite Srpski / Hrvatski / Bosanski, besplatne usluge jezične pomoći su vam dostupne. Također su dostupne odgovarajuće pomoćne usluge za pružanje informacija u pristupačnim formatima bez naknade. Pozovite 1-844-969-5366 (TTY: 711) ili se obratite svom pružatelju usluga.

한국어 — Korean

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 접근 가능한 형식으로 정보를 제공하기 위한 적절한 보조 도구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 1-844-969-5366 (TTY: 711)로 전화하거나 제공자에게 문의하십시오.

Tiếng Việt — Vietnamese

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí sẽ có sẵn cho bạn. Các phương tiện trợ giúp thích hợp để cung cấp thông tin ở các định dạng dễ tiếp cận cũng có sẵn miễn phí. Gọi 1-844-969-5366 (TTY: 711) hoặc liên hệ nhà cung cấp dịch vụ của bạn.

— Arabic

تنبيه: إذا كنت تتحدث العربية، توفر لك خدمات المساعدة اللغوية مجانًا. كما توفر المساعدات والخدمات المناسبة لتوفير أو تحدث إلى مقدم الخدمة الخاص (TTY: 711) المعلومات بصيغ يسهل الوصول إليها مجانًا. اتصل على 1-844-969-5366 بك.

Deutsch — German

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachunterstützungsdienste zur Verfügung. Geeignete Hilfsmittel und Dienstleistungen zur Bereitstellung von Informationen in barrierefreien Formaten sind ebenfalls kostenlos verfügbar. Rufen Sie 1-844-969-5366 (TTY: 711) an oder wenden Sie sich an Ihren Anbieter.

Tagalog — Tagalog

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyo sa tulong sa wika. Angkop ding magagamit nang libre ang mga tulong at serbisyo upang maipahayag ang impormasyon sa naa-access na mga format. Tumawag sa 1-844-969-5366 (TTY: 711) o maki-pag-ugnayan sa iyong tagapagbigay.

Русский — Russian

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на Русский, для вас доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Также доступны соответствующие вспомогательные средства и услуги для предоставления информации в доступных форматах бесплатно. Позвоните 1-844-969-5366 (TTY: 711) или обратитесь к своему поставщику услуг.

Français — French

ATTENTION : Si vous parlez Français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 1-844-969-5366 (TTY : 711) ou contactez votre prestataire.

日本語 — Japanese

注意: 日本語を話す場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。情報をアクセス可能な形式で提供するための適切な補助具およびサービスも無料で利用可能です。1-844-969-5366 (TTY: 711) に電話するか、提供者にお問い合わせください。

Română — Romanian

ATENȚIE: Dacă vorbiți Română, serviciile gratuite de asistență lingvistică sunt disponibile pentru dumneavoastră. Ajutoarele și serviciile adecvate pentru furnizarea informațiilor în formate accesibile sunt, de asemenea, disponibile gratuit. Apelați 1-844-969-5366 (TTY: 711) sau contactați furnizorul dumneavoastră.

سوداني — Sudanese Arabic

تنبيه: إذا كنت تتحدث سوداني، فإن خدمات المساعدة اللغوية المجانية متوافرة لك. كما توفر الوسائل المساعدة والخدمات المناسبة أو تحدث إلى مقدم الخدمة (TTY: 711) لتقديم المعلومات بصبح يسهل الوصول إليها مجاناً. اتصل بالرقم 1-844-969-5366 الخاص بك.

فارسي — Persian (Farsi)

توجه: اگر به فارسی صحبت می‌کنید، خدمات کمک زبانی رایگان برای شما در دسترس است. ابزارها و خدمات کمکی مناسب برای ارائه اطلاعات به فرمتهای قابل دسترسی نیز به صورت رایگان ارائه می‌شود. با شماره 1-844-969-5366 تماس بگیرید یا با ارائه‌هندۀ خود صحبت کنید (TTY: 711).

Українська — Ukrainian

УВАГА: Якщо ви розмовляєте Українська, безкоштовні послуги мовою підтримки доступні для вас. Відповідні допоміжні засоби та послуги для надання інформації в доступних форматах також доступні безкоштовно. Зателефонуйте за номером 1-844-969-5366 (TTY: 711) або зверніться до вашого постачальника послуг.

