Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2027

Evidencia de Cobertura para 2027:

Sus beneficios y servicios de salud y cobertura para medicamentos de Medicare como miembro de Wellcare Delaware First Health Dual Align (HMO-POS D-SNP)

Este documento proporciona detalles acerca de su cobertura de Medicare y Delaware Medicaid, atención a largo plazo y/o servicios basados en el hogar y en la comunidad y de naturaleza médica y cobertura de medicamentos del 1 de enero al 31 de diciembre de 2027. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

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

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

Si tiene alguna pregunta sobre este documento, comuníquese con Servicios para los miembros al 1-844-536-2167. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Horario de atención: Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. Esta llamada es gratuita.

Este plan, Wellcare Delaware First Health Dual Align (HMO-POS D-SNP), es ofrecido por CELTIC INSURANCE COMPANY. (Cuando en esta *Evidencia de Cobertura* dice “nosotros”, “nos” o “nuestro/a”, hace referencia a CELTIC INSURANCE COMPANY . Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a Wellcare Delaware First Health Dual Align (HMO-POS D-SNP)).

Este documento está disponible de forma gratuita en español. Debemos proporcionarle información de una manera que sea conveniente para usted (en otro idioma que no sea en español), (en braille,

OMB Approval 0938-1051 (Expira: 31 de julio de 2029)
7108570_DE7CNCEOCSPA_M_0003
H4661003000

en audio, en tamaño de letra grande). Llame a Servicios para los miembros si usted necesita información del plan en otro formato.

Los beneficios y/o los copagos o el coseguro podrían cambiar el 1 de enero de 2028.

Nuestro(a) formulario, red de farmacias y/o red de proveedores podría(n) cambiar en cualquier momento. Usted recibirá un aviso sobre cualquier cambio que podría afectarle con al menos 30 días de anticipación.

Según una revisión del Modelo de atención, Wellcare Delaware First Health Dual Align (HMO-POS D-SNP) ha sido aprobado por el Comité Nacional para el Control de la Calidad (National Committee for Quality Assurance, NCQA) para operar un Plan de necesidades especiales (Special Needs Plan, SNP) a lo largo de 2029.

Índice

CAPÍTULO 1: Primeros pasos como miembro 5

SECCIÓN 1 Usted es un miembro de Wellcare Delaware First Health Dual Align (HMO-POS D-SNP) 5

SECCIÓN 2 Requisitos de elegibilidad del plan 6

SECCIÓN 3 Qué puede esperar cuando se una por primera vez a nuestro plan 8

SECCIÓN 4 Materiales importantes relacionados con la membresía 9

SECCIÓN 5 Resumen de costos importantes para 2027 12

SECCIÓN 6 Más información sobre su prima mensual del plan 16

SECCIÓN 7 Mantener actualizado su registro de miembro del plan 16

SECCIÓN 8 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan 17

CAPÍTULO 2: Números de teléfono y recursos 19

SECCIÓN 1 Contactos de nuestro plan 19

SECCIÓN 2 Cómo recibir ayuda de Medicare 25

SECCIÓN 3 Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) 26

SECCIÓN 4 Organización para la mejora de la calidad (Quality Improvement Organization, QIO) 27

SECCIÓN 5 Seguro Social 28

SECCIÓN 6 Medicaid 29

SECCIÓN 7 Programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos con receta 31

SECCIÓN 8 Junta de jubilación para ferroviarios (RRB) 34

SECCIÓN 9 Si usted tiene un seguro grupal u otro seguro médico de un empleador 35

CAPÍTULO 3: Cómo utilizar nuestro plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos 36

SECCIÓN 1 Cómo obtener atención médica y otros servicios como miembro de nuestro plan . 36

SECCIÓN 2 Use los proveedores de la red de nuestro plan para obtener atención médica y otros servicios 38

SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios en una emergencia, desastre o necesidad urgente de atención 43

SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si le facturan de manera directa el costo total de los servicios cubiertos? 46

SECCIÓN 5 Servicios médicos en un estudio de investigación clínica 47

SECCIÓN 6 Normas para obtener atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica 49

SECCIÓN 7 Normas para la posesión de equipo médico duradero 50

CAPÍTULO 4: Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto) 52

SECCIÓN 1 Comprender los servicios cubiertos 52

SECCIÓN 2 La Tabla de beneficios médicos le indica sus beneficios y costos médicos 53

SECCIÓN 3 Servicios cubiertos fuera del plan 132

SECCIÓN 4 Servicios que no están cubiertos por nuestro plan (exclusiones) 133

CAPÍTULO 5: Utilizar la cobertura del plan para los medicamentos de la Parte D 137

SECCIÓN 1 Normas básicas para la cobertura de nuestro plan de los medicamentos de la Parte D 137

SECCIÓN 2 Obtenga sus medicamentos con receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo de nuestro plan 138

SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar en la Lista de medicamentos de nuestro plan 143

SECCIÓN 4 Medicamentos con restricciones de cobertura 145

SECCIÓN 5 ¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera en que usted querría que lo estuviera? 147

SECCIÓN 6 Nuestra Lista de medicamentos puede sufrir modificaciones durante el año 149

SECCIÓN 7 Tipos de medicamentos que no cubrimos 151

SECCIÓN 8 Cómo surtir un medicamento 152

SECCIÓN 9 Cobertura para medicamentos de la Parte D en situaciones especiales 153

SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad y administración de los medicamentos 154

SECCIÓN 11 Su *Explicación de Beneficios (Explanation of Benefits, EOB) de la Parte D* explica en qué etapa de pago se encuentra usted 157

CAPÍTULO 6: Lo que le corresponde pagar por los medicamentos de la Parte D 159

CAPÍTULO 7: Cómo solicitarnos que paguemos por los servicios médicos o medicamentos cubiertos 160

SECCIÓN 1 Situaciones cuando debe pedirnos que paguemos la parte que nos corresponde de los servicios o medicamentos cubiertos 160

SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que recibió 163

SECCIÓN 3 Analizaremos su solicitud de pago y decidiremos si le pagaremos o no 164

CAPÍTULO 8: Sus derechos y responsabilidades 166

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales 166

SECCIÓN 2 Sus responsabilidades como miembro de nuestro plan 172

CAPÍTULO 9: Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas) .. 174

SECCIÓN 1 Qué hacer si tiene un problema o una inquietud 174

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada 174

SECCIÓN 3 Cómo entender el proceso de quejas y apelaciones de Medicare y Delaware Medicaid 176

SECCIÓN 4 Qué proceso utilizar para su problema 176

SECCIÓN 5 Una guía para las decisiones de cobertura y las apelaciones 176

SECCIÓN 6 Atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación 180

SECCIÓN 7 Medicamentos de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación 190

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que está siendo dado de alta demasiado pronto 200

SECCIÓN 9 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo algunos servicios médicos si considera que su cobertura está terminando demasiado pronto 205

SECCIÓN 10 Cómo llevar su apelación a los Niveles 3, 4 y 5 209

SECCIÓN 11 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes 213

CAPÍTULO 10: Cancelación de su membresía en nuestro plan 218

SECCIÓN 1 Cancelación de su membresía en nuestro plan 218

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan? 218

SECCIÓN 3 Cómo cancelar su membresía en nuestro plan 222

SECCIÓN 4 Hasta que se cancele su membresía, debe seguir recibiendo sus artículos médicos, servicios y medicamentos a través de nuestro plan 223

SECCIÓN 5 Wellcare Delaware First Health Dual Align (HMO-POS D-SNP) debe cancelar la membresía en su plan en ciertas situaciones 224

CAPÍTULO 11: Avisos legales 226

SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes vigentes 226

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación 226

SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare 227

SECCIÓN 4 Recuperación de beneficios pagados por nuestro plan en virtud de su plan Wellcare Delaware First Health Dual Align (HMO-POS D-SNP) 227

SECCIÓN 5 Tarjeta de miembro 229

SECCIÓN 6 Contratistas independientes 230

SECCIÓN 7 Fraude al plan de salud 230

SECCIÓN 8 Circunstancias ajenas al plan 230

CAPÍTULO 12: Definiciones 231

CAPÍTULO 1:

Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 1 Usted es un miembro de Wellcare Delaware First Health Dual Align (HMO-POS D-SNP)

Sección 1.1 Usted está inscrito en Wellcare Delaware First Health Dual Align (HMO-POS D-SNP), que es un Plan de necesidades especiales de Medicare

Usted está cubierto por Medicare y Delaware Medicaid:

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

Usted ha elegido recibir la cobertura para medicamentos y atención médica de Medicare y Delaware Medicaid a través de nuestro plan, Wellcare Delaware First Health Dual Align (HMO-POS D-SNP). Nuestro plan cubre todos los servicios de la Parte A y de la Parte B. Sin embargo, los costos compartidos y el acceso a proveedores en nuestro plan difieren de Original Medicare.

Wellcare Delaware First Health Dual Align (HMO-POS D-SNP) es un plan Medicare Advantage especializado (un Plan de necesidades especiales de Medicare), lo que significa que sus beneficios están diseñados para las personas con necesidades de atención médica especiales. Wellcare Delaware First Health Dual Align (HMO-POS D-SNP) está diseñado para las personas que tienen Medicare y que tienen derecho a recibir asistencia de Delaware Medicaid.

Dado que usted recibe asistencia de Delaware Medicaid para el costo compartido de la Parte A y de la Parte B de Medicare (deducibles, copagos y coseguro), es posible que no pague nada por los servicios de Medicare. Delaware Medicaid también podría proporcionarle otros beneficios al cubrir servicios de atención médica, atención a largo plazo y/o servicios basados en el hogar y en la comunidad que normalmente no están cubiertos por Medicare. Usted también recibirá Ayuda adicional de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos de Medicare. Nuestro plan ayudará a administrar todos

estos beneficios por usted, para que reciba los servicios de atención médica y la asistencia de pago a los que tiene derecho.

Nuestro plan está administrado por una compañía privada. Como todos los planes Medicare Advantage, este Plan de necesidades especiales de Medicare está aprobado por Medicare. Nuestro plan también tiene un contrato con el programa de Medicaid de Delaware para coordinar sus beneficios de Delaware Medicaid. Nos complace proporcionarle su cobertura de atención médica de Medicare y de Delaware Medicaid, incluida la cobertura para medicamentos, atención a largo plazo y/o servicios basados en el hogar y en la comunidad.

Sección 1.2 Información legal sobre la *Evidencia de Cobertura*

Esta *Evidencia de Cobertura* es parte de nuestro contrato con usted sobre cómo nuestro plan cubre su atención. Otras partes de este contrato incluyen su formulario de inscripción, la *Lista de medicamentos cubiertos* (Formulario) y cualquier aviso que usted reciba de nuestra parte acerca de los cambios a su cobertura o de las condiciones que afectan su cobertura. En ocasiones, estos avisos se denominan *cláusulas adicionales* o *enmiendas*.

El contrato está vigente durante los meses en los que esté inscrito en nuestro plan entre el 1 de enero de 2027 y el 31 de diciembre de 2027.

Medicare nos permite realizar cambios en los planes que ofrecemos cada año calendario. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios después del 31 de diciembre de 2027. También podemos decidir dejar de ofrecer el plan en su área de servicio después del 31 de diciembre de 2027.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) y Delaware Medicaid deben aprobar nuestro plan. Puede seguir obteniendo la cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan cada año solo si decidimos seguir ofreciendo el plan y si Medicare y Delaware Medicaid renuevan la aprobación de nuestro plan.

SECCIÓN 2 Requisitos de elegibilidad del plan

Sección 2.1 Requisitos de elegibilidad

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

- Usted tiene tanto la Parte A como la Parte B de Medicare.
- Usted vive en nuestra área geográfica de servicio (descrita en la Sección 2.3). No se considera que las personas encarceladas vivan en el área de servicio geográfica, aun si se encuentran físicamente en esta área.
- Usted es un ciudadano o nacional de los Estados Unidos, o un no ciudadano elegible.

- Usted cumple con los requisitos especiales de elegibilidad que se describen a continuación.

Requisitos especiales de elegibilidad para nuestro plan

Nuestro plan está diseñado para cubrir las necesidades de las personas que reciben ciertos beneficios de Medicaid. (Medicaid es un programa conjunto del estado y del gobierno federal que brinda ayuda con los costos médicos a determinadas personas con ingresos y recursos limitados). Para ser elegible para nuestro plan, debe ser elegible para la ayuda con los costos compartidos de Medicare y los Beneficios Completos de Medicaid bajo Delaware Medicaid.

Nota: Si pierde su elegibilidad para Delaware Medicaid, pero se espera razonablemente que la vuelva a obtener dentro de (de los) 3 meses mes(es), entonces usted seguirá siendo elegible para la membresía. Capítulo 4, Sección 2 le informa sobre la cobertura y el costo compartido durante este período.

Sección 2.2 Medicaid

Medicaid es un programa conjunto del estado y del gobierno federal que brinda ayuda con los costos médicos y atención a largo plazo a determinadas personas con ingresos y recursos limitados. Cada estado decide lo que cuenta como ingresos y recursos, quién es elegible, qué servicios están cubiertos y el costo de estos. Los estados también pueden decidir cómo administrar su programa, siempre que sigan las pautas del gobierno federal.

Además, Medicaid ofrece programas que ayudan a las personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare, como las primas de Medicare. Estos Programas de ahorros de Medicare ayudan a las personas con ingresos y recursos limitados a ahorrar dinero todos los años:

- **Beneficiario calificado de Medicare Plus (Qualified Medicare Beneficiary Plus, 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). Los beneficiarios elegibles también son beneficiarios totales de Medicaid.
- **Beneficiario de Medicare con ingresos bajos específicos Plus (Specified Low-Income Medicare Beneficiary Plus, SLMB+):** ayuda a pagar las primas de la Parte B. Los beneficiarios elegibles también son beneficiarios totales de Medicaid.
- **Doble elegibilidad y beneficios completos (Full Benefit Dual Eligible, FBDE):** Medicaid podría pagar su Parte A y Parte B de Medicare, y otros costos compartidos (como deducibles, coseguros y copagos). Los beneficiarios elegibles también reciben los beneficios completos de Medicaid.

Miembros nuevos de Wellcare Delaware First Health Dual Align (HMO-POS D-SNP): En la mayoría de los casos se le inscribirá en Wellcare Delaware First Health Dual Align (HMO-POS D-SNP) para obtener sus beneficios de Medicare el primer día del mes siguiente al que solicite su inscripción en Wellcare Delaware First Health Dual Align (HMO-POS D-SNP). Podrá seguir recibiendo los servicios de Delaware Medicaid de su plan de salud de Delaware Medicaid anterior durante un mes más. A partir de ese momento, recibirá sus servicios de Delaware Medicaid a través de Wellcare Delaware First Health Dual

Align (HMO-POS D-SNP). No habrá período sin cobertura de Delaware Medicaid. Llame a Servicios para los miembros al 1-844-536-2167 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) si tiene preguntas.

Sección 2.3 Área de servicio del plan para Wellcare Delaware First Health Dual Align (HMO-POS D-SNP)

Wellcare Delaware First Health Dual Align (HMO-POS D-SNP) está disponible solo para personas que viven en el área de servicio de nuestro plan. Para seguir siendo miembro de nuestro plan, usted debe continuar viviendo en el área de servicio de nuestro plan. El área de servicio se describe a continuación.

Nuestra área de servicio incluye estos condados en Delaware: Kent, New Castle, y Sussex.

Si planea mudarse a un nuevo estado, también debe comunicarse con la oficina de Medicaid de su estado y preguntarle cómo afectará esta mudanza sus beneficios de Medicaid. Los números de teléfono de Medicaid están en la Sección 6 del Capítulo 2 de este documento.

Si usted se muda fuera del área de servicio de nuestro plan, no puede seguir siendo miembro de este plan. Comuníquese con Servicios para los miembros al 1-844-536-2167 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para consultar si contamos con algún plan en su nueva área. Si se muda, tendrá un Período de inscripción especial que le permitirá cambiar a Original Medicare o inscribirse en un plan de Medicare en su nueva ubicación.

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

Sección 2.4 Ciudadano o nacional de los Estados Unidos o un no ciudadano elegible

Debe ser ciudadano o nacional estadounidense o un no ciudadano elegible para ser miembro de un plan de salud de Medicare. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificará a Wellcare Delaware First Health Dual Align (HMO-POS D-SNP) si no es elegible para seguir siendo miembro de nuestro plan según este requisito. Wellcare Delaware First Health Dual Align (HMO-POS D-SNP) debe cancelar su inscripción si no cumple con este requisito.

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

Sección 3.1 Evaluación de riesgos de salud

Cuando se une por primera vez a nuestro plan, recibe una evaluación de riesgos de salud (Health Risk Assessment, HRA) en un plazo de 90 días antes o después de la fecha de entrada en vigencia de su inscripción.

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

Nos pondremos en contacto con usted para completar la HRA. Podemos completar la HRA en una consulta en persona, llamada telefónica, correo postal, correo electrónico, mensaje de texto o portal seguro para los miembros. Le enviaremos más información sobre esta HRA. Entonces nos comunicaremos con usted anualmente para informarnos de cualquier novedad y determinar si sus necesidades han cambiado.

Sección 3.2 Equipo de atención médica y plan de atención

Un equipo de atención médica puede ayudarlo para que siga recibiendo la atención médica que necesite. Un equipo de atención médica puede estar conformado por su médico, un coordinador de atención, los especialistas que consulta u otros profesionales de la salud de su elección.

Usted trabaja con un equipo de atención médica para elaborar un plan de atención basado en sus preferencias. Un plan de atención le indica a usted y a sus médicos y a otros proveedores de salud qué servicios necesita y cómo obtenerlos. Incluye sus servicios médicos, de salud conductual y Servicios y apoyos de atención a largo plazo (Long-Term Services and Supports, LTSS) o otros servicios.

Su plan de atención incluye:

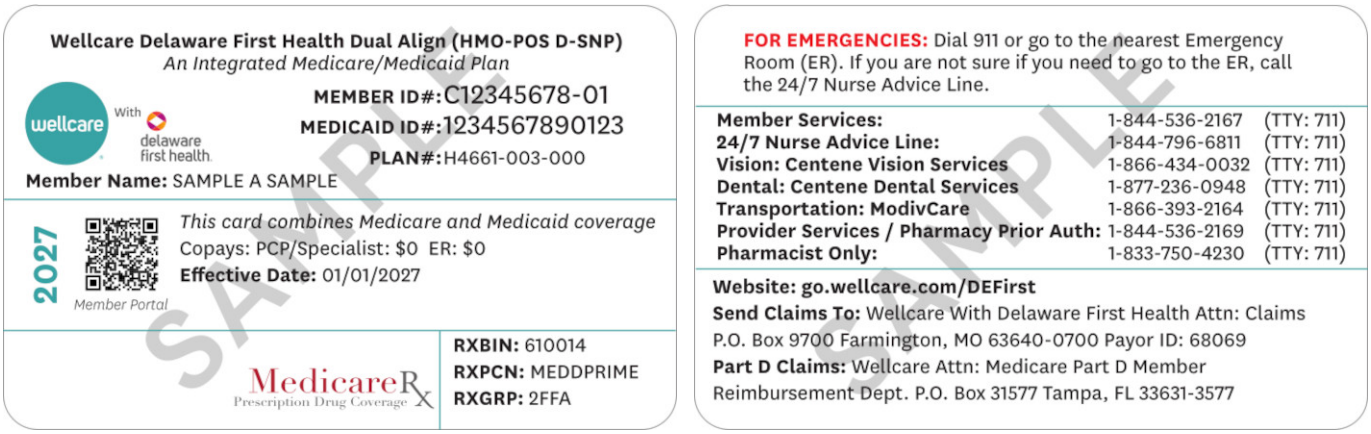
- sus objetivos de atención médica como los priorice usted y
- un calendario para obtener los servicios que necesita.

Su equipo de atención médica se reúne con usted después de la evaluación de riesgo de salud (Health Risk Assessment, HRA). Le preguntan por los servicios que necesita. También le informan sobre los servicios que quizás quiera considerar recibir. Su equipo de atención médica trabaja con usted para actualizar su plan de atención al menos una vez al año, o cuando sea necesario si se producen cambios en su estado de salud.

SECCIÓN 4 Materiales importantes relacionados con la membresía

Sección 4.1 Tarjeta de miembro de nuestro plan

Mientras sea un miembro de nuestro plan, debe usar su tarjeta de miembro cada vez que reciba servicios cubiertos por nuestro plan y para los medicamentos con receta que obtenga en las farmacias de la red. Muestra de la tarjeta de miembro:



NO use la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para obtener los servicios médicos cubiertos mientras sea miembro de este plan. Si usa la tarjeta de Medicare en lugar de la tarjeta de miembro de Wellcare Delaware First Health Dual Align (HMO-POS D-SNP), usted podría pagar usted mismo el costo total de los servicios médicos. Guarde la tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Se le podría pedir que la muestre si necesita servicios hospitalarios, servicios de hospicio o participa en estudios de investigación clínica aprobados por Medicare (también denominados ensayos clínicos).

Si la tarjeta de miembro de nuestro plan está dañada, se le pierde o se la roban, llame de inmediato a Servicios para los miembros al 1-844-536-2167 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y le enviaremos una tarjeta nueva.

Sección 4.2 Directorio de proveedores y de farmacias

El *Directorio de proveedores* y farmacias go.wellcare.com/2027providerdirectories enumera los proveedores actuales de nuestra red y los proveedores de equipo médico duradero. Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de la salud, grupos médicos, proveedores de equipo médico duradero, hospitales y otros centros de atención médica que han acordado con nosotros aceptar nuestros pagos y cualquier costo compartido del plan como pago total.

Un grupo médico es una asociación de médicos, incluidos los proveedores de atención primaria (Primary Care Providers, PCP) y especialistas, y otros proveedores de atención médica, incluidos hospitales, que tienen contrato con el plan para brindar servicios a los afiliados.

Debe usar proveedores de la red para obtener atención y servicios médicos. Si va a otro lugar sin la debida autorización, tendrá que pagar en su totalidad. Las únicas excepciones son las emergencias, los servicios de urgencia cuando la red no está disponible (es decir, en situaciones en las que no es razonable o no es posible obtener servicios dentro de la red), servicios de diálisis fuera del área y casos en los que Wellcare Delaware First Health Dual Align (HMO-POS D-SNP) autoriza el uso de proveedores fuera de la red. La mayoría de sus servicios y beneficios de salud están cubiertos por Medicare y debido a que tiene Delaware Medicaid, obtiene algunos servicios adicionales de nuestro plan. Estos servicios deben ser médicamente necesarios y, en algunos casos, podría necesitar una remisión de su médico de cabecera. Debe obtener estos servicios de los proveedores de nuestro plan. Si no encuentra un proveedor en nuestro plan que pueda brindarle la atención que necesita, le proporcionaremos la

atención que necesita de un proveedor externo. En esos casos, su proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) puede llamar a Servicios para Miembros para solicitar la aprobación para que usted consulte con un proveedor fuera de la red.

Su plan también ofrece la opción de Punto de Servicio (POS). Con la opción de punto de servicio (Point-of-Service, POS), usted podría utilizar proveedores fuera de la red para ciertos servicios. Consulte el Capítulo 3 para obtener más información.

La lista más actualizada de proveedores y distribuidores está disponible en nuestro sitio web en go.wellcare.com/2027providerdirectories.

Si no tiene un *Directorio de proveedores y de farmacias*, puede solicitar una copia (por vía electrónica o en papel) de Servicios para los miembros al 1-844-536-2167 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Las solicitudes de *Directorios de proveedores* y *farmacias* en formato impreso se le enviarán por correo en un plazo de 3 días hábiles.

El *Directorio de farmacias y de proveedores* go.wellcare.com/2027providerdirectories enumera los proveedores actuales de nuestra red. Las **farmacias de la red** son farmacias que aceptan surtir recetas para los miembros de nuestro plan. Puede utilizar el *Directorio de farmacias y de proveedores* para encontrar la farmacia de la red que desea utilizar. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.4 para obtener información sobre cuándo puede usar farmacias que no están en la red de nuestro plan.

El *Directorio de farmacias y de proveedores* también le indicará qué farmacias de nuestra red tienen un costo compartido preferido, que puede ser inferior al costo compartido estándar ofrecido por otras farmacias de la red para algunos medicamentos.

Si no tiene un *Directorio de farmacias y de proveedores*, puede solicitar una copia a Servicios para los miembros al 1-844-536-2167 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). También puede encontrar esta información en nuestro sitio web en go.wellcare.com/2027providerdirectories.

Sección 4.3 Lista de medicamentos (formulario)

Nuestro plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos* (también llamada la Lista de medicamentos o el formulario). Indica cuáles medicamentos con receta están cubiertos por el beneficio de la Parte D en Wellcare Delaware First Health Dual Align (HMO-POS D-SNP). Los medicamentos de esta lista son seleccionados por nuestro plan, con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La Lista de medicamentos debe cumplir con los requisitos de Medicare. Los medicamentos con precios negociados conforme al Programa de negociación de precios de medicamentos de Medicare (Medicare Drug Price Negotiation Program) se incluirán en su Lista de medicamentos, a menos que hayan sido eliminados o reemplazados como se describe en el Capítulo 5, Sección 6. Medicare ha aprobado la Lista de medicamentos de Wellcare Delaware First Health Dual Align (HMO-POS D-SNP).

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

Le proporcionaremos una copia de la Lista de medicamentos. Para obtener la información más completa y actualizada sobre los medicamentos cubiertos, visite go.wellcare.com/druglist-8 o llame a Servicios para los miembros al 1-844-536-2167 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

SECCIÓN 5 Resumen de costos importantes para 2027

	Sus costos en 2027
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser mayor que este monto. Consulte la Sección 5.1 para conocer los detalles.	**$0**
Monto máximo que paga de su bolsillo Este es el monto máximo que pagará de su bolsillo por servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte el Capítulo 4 Sección 1 para más información).	**$9,850** **Usted no es responsable de ningún costo que paga de su bolsillo para alcanzar el monto máximo que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.**
Consultas de atención primaria en el consultorio	**$0 de copago por consulta**
Consultas en el consultorio de un especialista	**$0 de copago por consulta**
Hospitalizaciones Incluye varios tipos de hospitalizaciones, como cuidados agudos, rehabilitación y atención a largo plazo. Una hospitalización empieza el día en que lo ingresan formalmente con una orden del médico y termina el día anterior a cuando lo den de alta.	**Por admisiones cubiertas por Medicare, por admisión:** **$0 de copago por cada hospitalización.**
Cobertura para medicamentos de la Parte D (Consulte el Capítulo 6 para obtener más información).	**Deducible de la cobertura para medicamentos de la Parte D** **$0**

	Sus costos en 2027
	Cobertura para medicamentos de la Parte D **$0 de copago**

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

- Prima del plan (Sección 5.1)
- Prima mensual de la Parte B de Medicare (Sección 5.2)
- Multa por inscripción tardía de la Parte D (Sección 5.3)
- Monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso (Sección 5.4)

Sección 5.1 Prima del plan

Debido a que el programa de Ayuda adicional paga la prima en su nombre, usted no debe pagar una prima mensual por separado del plan para *nuestro plan*.

Sección 5.2 Prima mensual de la Parte B de Medicare

A muchos miembros se les exige que paguen otras primas de Medicare

Algunos miembros deben pagar otras primas de Medicare. Tal como se explica en la Sección 2 de arriba, para ser elegible para nuestro plan, usted debe mantener su elegibilidad para Delaware Medicaid y también debe tener la Parte A y la Parte B de Medicare. Para la mayoría de los miembros de Wellcare Delaware First Health Dual Align (HMO-POS D-SNP), Delaware Medicaid paga la prima de la Parte A (si no reúne los requisitos automáticamente) y la prima de la Parte B.

Si Delaware Medicaid no paga sus primas de Medicare por usted, debe continuar pagando sus primas de Medicare para seguir siendo miembro de nuestro plan. Esto incluye su prima para la Parte B. Usted también podría pagar una prima para la Parte A si no es elegible para una Parte A sin prima.

Sección 5.3 Multa por inscripción tardía de la Parte D

Como tiene doble elegibilidad, la multa por inscripción tardía (Late Enrollment Penalty, LEP) no se aplica mientras mantenga su condición de doble elegibilidad, pero si pierde la condición podría incurrir en una LEP. La multa por inscripción tardía de la Parte D es una prima adicional que debe pagarse para la cobertura de la Parte D si, en algún momento después de que finaliza su período de inscripción inicial, hay un período de 63 días consecutivos o más en los que usted no tiene la Parte D u otra cobertura para medicamentos con receta acreditable. La cobertura acreditable para medicamentos con receta es la cobertura que cumple con los estándares mínimos de Medicare, ya que se espera que cubra, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura estándar para medicamentos con receta de

Medicare. El costo de la multa por inscripción tardía depende de cuánto tiempo estuvo sin otra cobertura acreditable para medicamentos con receta o de la Parte D. Por lo general, tendrá que pagar esta multa mientras tenga la cobertura de la Parte D.

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

- Recibe Ayuda adicional de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos.
- Usted estuvo menos de 63 días consecutivos sin la Parte D u otra cobertura acreditable.
- Ha tenido una cobertura acreditable para medicamentos a través de otra fuente, (como un empleador anterior, un sindicato, TRICARE o la Administración de Salud de Veteranos (Veterans Health Administration, VA)). Su asegurador o departamento de recursos humanos le informarán cada año si su cobertura para medicamentos es una cobertura acreditable. Puede recibir esta información en una carta o boletín informativo de ese plan. Conserve esta información porque podría necesitarla si más adelante se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.
    - **Nota**: Cualquier carta o aviso debe indicar que tenía una cobertura acreditable para medicamentos con receta que se preveía que pagaría el mismo monto que el plan estándar de medicamentos de Medicare.
    - **Nota:** Las tarjetas de descuento para medicamentos con receta, las clínicas gratuitas y los sitios web para el descuento de medicamentos no son cobertura acreditable para medicamentos con receta.

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

- En primer lugar, se cuenta la cantidad de meses completos que se retrasó en la inscripción de un plan de medicamentos de Medicare, después de que se volviera elegible para inscribirse. O se cuenta la cantidad de meses completos en los que no tuvo cobertura acreditable para medicamentos si la interrupción de la cobertura fue de 63 días o más.
- Medicare determina el monto de la prima mensual promedio para los planes de medicamentos de Medicare en la nación desde el año anterior (prima base nacional del beneficiario). Para 2027, el monto promedio de la prima es de $41.33.
- Para calcular su multa mensual, Medicare multiplica el número de meses sin cobertura (porcentaje de multa) por el 1 % de la prima base nacional del beneficiario y luego redondea esa cantidad a los 10 centavos más cercanos. Por ejemplo, si supera 14 meses sin la Parte D u otra cobertura acreditable, la multa sería 14% multiplicado por $41.33, que es igual a $5.79. Esto se redondea a $5.80. Este monto se agregará **a la prima mensual de una persona con una multa por inscripción tardía de la Parte D**.

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

- **La multa puede cambiar cada año**, ya que la prima base nacional del beneficiario puede cambiar cada año.
- **Por lo general, usted seguirá pagando una multa** cada mes durante el tiempo que esté inscrito en un plan que incluya los beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare, incluso si cambia de plan.

- Si usted es *menor* de 65 y está inscrito en Medicare, la multa por inscripción tardía en la Parte D se reajustará cuando cumpla 65 años. Después de los 65 años, su multa por inscripción tardía de la Parte D se basará solo en los meses en los que no tenga cobertura después de su período de inscripción inicial para envejecer en Medicare.

Si está en desacuerdo con su multa por inscripción tardía de la Parte D, usted o su representante pueden solicitar una reconsideración (apelación) de la multa. La reconsideración es evaluada por una organización de revisión independiente que no está relacionada con nosotros. Por lo general, debe solicitar la reconsideración **dentro de los 60 días** a partir de la fecha de la primera carta que recibió en la que se le informa que debe pagar una multa por inscripción tardía. Sin embargo, si usted pagó una multa antes de ingresar a nuestro plan, por lo general no tendrá otra oportunidad de solicitar una reconsideración de esa multa por inscripción tardía.

Sección 5.4 Monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso

Si pierde la elegibilidad para este plan debido a cambios en sus ingresos, es posible que algunos miembros deban pagar un cargo adicional por su plan de Medicare, conocido como el monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos (Income Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA) de la Parte D. El cargo adicional se calcula utilizando su ingreso bruto ajustado modificado según lo informado en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años. Si este monto es superior a cierto monto, pagará el monto de la prima estándar y el IRMAA adicional. Para obtener más información sobre el monto adicional que quizás deba pagar según sus ingresos, visite Medicare.gov/health-drug-plans/part-d/basics/costs.

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

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

SECCIÓN 6 Más información sobre su prima mensual del plan

Sección 6.1 La prima mensual de su plan no cambiará durante el año

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

Sin embargo, en algunos casos, usted podría dejar de pagar una multa por inscripción tardía, si la adeuda, o que deba comenzar a pagar una multa por inscripción tardía.

- Si pierde la Ayuda adicional, podría estar sujeto a la multa por inscripción tardía en la Parte D, si cancela la inscripción en su plan y si pasa 63 días consecutivos o más sin otra cobertura acreditable para medicamentos con receta o de la Parte D.

Encontrará más información sobre Ayuda adicional en el Capítulo 2, Sección 7.

SECCIÓN 7 Mantener actualizado su registro de miembro del plan

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

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

Si tiene alguno de estos cambios, infórmenos:

- Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro médico que tenga (por ejemplo, de su empleador, del empleador de su cónyuge o pareja doméstica, compensación laboral o Delaware Medicaid)
- Cualquier reclamación de responsabilidad civil, por ejemplo, por un accidente automovilístico
- Si ingresa en un centro de cuidados
- Si recibe atención en un hospital o una sala de emergencias que se encuentran fuera del área de cobertura o fuera de la red
- Si cambia la parte responsable designada por usted (como un cuidador)
- Si participa en un estudio de investigación clínica (**Nota**: No está obligado a informarle a nuestro plan sobre los estudios de investigación clínica en los que tiene la intención de participar, pero

le alentamos a que lo haga).

Si hay algún cambio en esta información, llame a Servicios para los miembros al 1-844-536-2167 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

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

SECCIÓN 8 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

Medicare requiere que recopilemos información sobre cualquier otra cobertura para atención médica o para medicamentos que usted tenga para que podamos coordinar cualquier otra cobertura con los beneficios que usted tiene en virtud de nuestro plan. Esto se denomina **Coordinación de beneficios**.

Una vez al año, le enviaremos una carta con más información de las demás coberturas para atención médica o de cobertura para medicamentos que sean de nuestro conocimiento. Lea detenidamente esta información. Si es correcta, no será necesario que usted haga nada. Si la información no es correcta, o si usted cuenta con alguna otra cobertura que no se menciona, llame a Servicios para los miembros al 1-844-536-2167 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Usted podría necesitar proporcionarles el número de identificación de miembro de nuestro plan a sus otros seguros (una vez que confirme su identidad) para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

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

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

- Si tiene una cobertura de jubilados, Medicare paga primero.
- Si la cobertura de su plan de salud grupal se basa en su empleo actual o en el de algún miembro de su familia, el pagador principal dependerá de su edad, la cantidad de trabajadores del empleador y de si usted tiene Medicare debido a su edad, una discapacidad o enfermedad renal terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD):
    - Si es menor de 65 años y está discapacitado, y usted (o un miembro de su familia) todavía trabajan, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 100 o más empleados o si este es parte de un plan de empleadores múltiples en el cual, al menos, uno de ellos tiene más de 100 empleados.
    - Si tiene más de 65 años y usted (o su cónyuge o pareja doméstica) todavía trabajan, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 20 empleados o más, o si este es parte de

un plan de empleadores múltiples en el cual, al menos, uno de ellos tiene más de 20 empleados.

- Si usted tiene Medicare debido a una ESRD, su plan de salud grupal pagará primero durante los primeros 30 meses luego de haber sido elegible para Medicare.

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

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

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

CAPÍTULO 2:

Números de teléfono y recursos

SECCIÓN 1 Contactos de nuestro plan

Para obtener ayuda con las reclamaciones, la facturación o preguntas sobre la tarjeta de miembro, llame o escriba a Wellcare Delaware First Health Dual Align (HMO-POS D-SNP) Servicios para los miembros. Con gusto lo ayudaremos.

Servicios para los miembros: Información de contacto	
Llame al	1-844-536-2167 Las llamadas a este número son gratuitas. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. Tenga en cuenta que, fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados federales del 1 de abril al 30 de septiembre, nuestro sistema telefónico automatizado puede atender su llamada. Si deja un mensaje de voz, incluya su nombre y número telefónico, y un miembro del equipo le devolverá la llamada en un (1) día hábil. Servicios para los miembros 1-844-536-2167 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) también ofrece un servicio gratuito de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril al 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m.
Escriba a	Wellcare With Delaware First Health PO Box 10420 Van Nuys, CA 91410-0420
Sitio web	go.wellcare.com/DE

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

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y su cobertura, o con relación al monto que pagaremos por sus servicios médicos o sus medicamentos de la Parte D. 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 sobre su atención médica o sus medicamentos de la Parte D, consulte el Capítulo 9.

Decisiones de cobertura para atención médica: Información de contacto	
Llame al	1-844-536-2167 Las llamadas a este número son gratuitas. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m.
Escriba a	Coverage Determinations Department - Medical PO Box 10420 Van Nuys, CA 91410-0420

Decisiones de cobertura para sus medicamentos con receta de la Parte D: Información de contacto	
Llame al	1-844-536-2167 Las llamadas a este número son gratuitas. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m.

Decisiones de cobertura para sus medicamentos con receta de la Parte D: Información de contacto	
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m.
Fax	1-866-226-1093
Escriba a	Medicare Pharmacy Prior Authorization Department P.O. Box 31397 Tampa, FL 33631-3397
Sitio web	go.wellcare.com/DEcoveragedeterminations

Apelaciones sobre la atención médica: Información de contacto	
Llame al	1-844-536-2167 Las llamadas a este número son gratuitas. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m.
Fax	1-844-273-2671

Apelaciones sobre la atención médica: Información de contacto	
Escriba a	MEMBER Appeals & Grievances Medicare Operations Appeals Department - Medical P.O. Box 10052 Van Nuys, CA 91410-0052

Apelaciones sobre medicamentos de la Parte D: Información de contacto	
Llame al	1-844-536-2167 Las llamadas a este número son gratuitas. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m.
Fax	1-866-388-1766
Escriba a	Medicare Part D Appeals Attn: Medicare Pharmacy Appeals P.O. Box 31383 Tampa, FL 33631-3383
Sitio web	go.wellcare.com/DE

Cómo presentar una queja sobre su atención médica

Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre alguno de nuestros proveedores de la red o farmacias de la red, incluso respecto de la calidad de su atención. Este tipo de queja no está relacionado con disputas de cobertura ni de pago. Para obtener más información acerca de cómo presentar una queja sobre su atención médica, consulte el Capítulo 9.

Quejas sobre la atención médica: Información de contacto	
Llame al	1-844-536-2167 Las llamadas a este número son gratuitas. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m.
Fax	1-844-273-2671
Escriba a	Wellcare by Health Net Appeals & Grievances Medicare Operations P.O. Box 10052 Van Nuys, CA 91410-0052
Sitio web de Medicare	Para presentar una queja sobre Wellcare Delaware First Health Dual Align (HMO-POS D-SNP) directamente a Medicare, consulte Medicare.gov/my/medicare-complaint.

Quejas sobre los medicamentos con receta de la Parte D: Información de contacto	
Llame al	1-844-536-2167 Las llamadas a este número son gratuitas. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m.

Quejas sobre los medicamentos con receta de la Parte D: Información de contacto	
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m.
Fax	1-844-273-2671
Escriba a	Wellcare By Health Net Appeals & Grievances Medicare Operations P.O. Box 10052 Van Nuys, CA 91410-0052
Sitio web de Medicare	Para presentar una queja sobre Wellcare Delaware First Health Dual Align (HMO-POS D-SNP) directamente a Medicare, visite Medicare.gov/my/medicare-complaint.

Cómo solicitarnos que paguemos costo de la atención médica o medicamento que recibió

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

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

Solicitudes de pago: información de contacto	
Escriba a	Solicitudes de pago médico: Member Reimbursement Dept Medical Reimbursement Department PO Box 10420 Van Nuys, CA 91410-0420 Solicitudes de pago de la Parte D: Wellcare Medicare Part D Claims Attn: Member Reimbursement Department P.O. Box 31577 Tampa, FL 33631-3577

Solicitudes de pago: información de contacto	
Sitio web	go.wellcare.com/DE

SECCIÓN 2 Cómo recibir ayuda de Medicare

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

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

Medicare: Información de contacto	
Llame al	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Las llamadas a este número son gratuitas. Durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.
Chat en vivo	Chat en vivo en Medicare.gov/talk-to-someone.
Escriba a	Escriba a Medicare a PO Box 1270, Lawrence, KS 66044

Medicare: Información de contacto	
Sitio web	Medicare.gov • Obtenga información sobre los planes de salud y de medicamentos de Medicare en su área, incluidos sus costos y los servicios que brindan. • Encuentre médicos u otros proveedores de atención médica y distribuidores que participan en Medicare. • Conozca qué cubre Medicare, incluidos los servicios preventivos (como pruebas de detección, inmunizaciones o vacunas y consultas anuales de “bienestar”). • Obtenga información y formularios sobre apelaciones de Medicare. • Obtenga información sobre la calidad de la atención que brindan los planes, los centros de cuidados, los hospitales, los médicos, la agencia de atención médica a domicilio, los centros de diálisis, los hospicios, los centros de rehabilitación para pacientes internados y los hospitales de atención a largo plazo. • Busque sitios web y números de teléfono útiles. También puede utilizar el sitio web Medicare.gov para informar a Medicare sobre cualquier queja que tenga de nuestro plan. **Para presentar una queja ante Medicare,** visite Medicare.gov/my/medicare-complaint. Medicare toma sus quejas de manera seria y utilizará esta información para mejorar la calidad del programa de Medicare.

SECCIÓN 3 Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP)

El Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa gubernamental con asesores capacitados en cada estado y que ofrece ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare. En Delaware, el SHIP se denomina Delaware Medicare Assistance Bureau (DMAB).

Delaware Medicare Assistance Bureau (DMAB) es un programa estatal independiente (que no tiene relación con ninguna empresa de seguros ni plan de salud) que recibe fondos del gobierno federal con

el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros médicos, a nivel local y de forma gratuita, a las personas que tienen Medicare.

Los asesores de Delaware Medicare Assistance Bureau (DMAB) pueden ayudarlo a que entienda sus derechos en relación con Medicare, a presentar quejas sobre la atención médica o el tratamiento médico y a solucionar problemas con las facturas de Medicare. Los asesores de Delaware Medicare Assistance Bureau (DMAB) también pueden ayudarlo con preguntas o problemas relacionados con Medicare y ayudarlo a comprender las opciones de los planes de Medicare y a responder preguntas sobre cómo cambiar de plan.

Delaware Department of Insurance: Información de contacto	
Llame al	1-800-336-9500 1-302-674-7364
TTY	711
Escriba a	Delaware Medicare Assistance Bureau, Department of Insurance 1351 West North Street Suite 101 Dover, DE 19904
Sitio web	https://insurance.delaware.gov/

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

Una Organización para la mejora de la calidad (Quality Improvement Organization, QIO) designada que trabaja para los beneficiarios de Medicare en cada estado. Para Delaware, la Organización para la mejora de la calidad se denomina Commence Health (Delaware's Quality Improvement Organization).

Commence Health (Delaware's Quality Improvement Organization) tiene un grupo de médicos y otros profesionales de la salud a quienes Medicare paga para controlar y ayudar a mejorar la calidad de la atención de las personas con Medicare. Commence Health (Delaware's Quality Improvement Organization) es una organización independiente. No tiene ninguna relación con nuestro plan.

Comuníquese con Commence Health (Delaware's Quality Improvement Organization) en cualquiera de estas situaciones:

- Tiene una queja sobre la calidad de la atención que recibió. Ejemplos de inquietudes relacionadas con la calidad de la atención incluyen recibir el medicamento incorrecto, pruebas o procedimientos innecesarios, o un diagnóstico erróneo.
- Si cree que la cobertura para su hospitalización finaliza demasiado pronto.

- Si cree que la cobertura de atención médica a domicilio, servicios en centros de atención de enfermería especializada o servicios en un Centro de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) finaliza demasiado pronto.

Commence Health (Delaware's Quality Improvement Organization): Información de contacto	
Llame al	1-888-396-4646 9:00 a. m. a 5:00 p. m. hora local, de lunes a viernes; y de 10:00 a. m. a 4:00 p. m. los sábados y domingos
TTY	711
Escriba a	BFCC-QIO Program Commence Health PO Box 2687 Virginia Beach, VA 23454
Sitio web	https://www.commencehealthqio.cms.gov/en

SECCIÓN 5 Seguro Social

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

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

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

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

SECCIÓN 6 Medicaid

Como miembro de nuestro plan, usted es elegible para ambos, Medicare y Delaware Medicaid. Medicaid es un programa conjunto del estado y del gobierno federal que brinda ayuda con los costos médicos a determinadas personas con ingresos y recursos limitados.

Además, hay programas que se ofrecen a través de Delaware Medicaid (Medicaid) que ayudan a las personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare, como las primas de Medicare. Estos Programas de ahorros de Medicare ayudan a las personas con ingresos y recursos limitados a ahorrar dinero todos los años:

- **Beneficiario calificado de Medicare Plus (Qualified Medicare Beneficiary Plus, 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). Los beneficiarios elegibles también son beneficiarios totales de Medicaid.
- **Beneficiario de Medicare con ingresos bajos específicos Plus (Specified Low-Income Medicare Beneficiary Plus, SLMB+):** ayuda a pagar las primas de la Parte B. Los beneficiarios elegibles también son beneficiarios totales de Medicaid.
- **Doble elegibilidad y beneficios completos (Full Benefit Dual Eligible, FBDE):** Medicaid podría pagar su Parte A y Parte B de Medicare, y otros costos compartidos (como deducibles, coseguros y copagos). Los beneficiarios elegibles también reciben los beneficios completos de Medicaid.

Para ser miembro de este plan, debe estar inscrito simultáneamente en Medicare y Delaware Medicaid y cumplir con todos los demás requisitos de elegibilidad del plan en el momento de la inscripción. Si tiene preguntas sobre la ayuda que recibe de Medicaid, llame a Delaware Medicaid.

Delaware Medicaid: Información de contacto	
Llame al	1-866-843-7212 1-302-255-9500 1-302-571-4900 8 a. m. a 4:30 p. m. hora del Este (ET), de lunes a viernes
TTY	711
Escriba a	Delaware Medicaid DHSS Herman Holloway Campus, Lewis Building 1901 N DuPont Highway New Castle, DE 19720
Sitio web	https://dhss.delaware.gov/dmma/home/medicaid/

El Delaware Office of the Ombudsperson for the Common Interest Community ayuda a las personas inscritas en Delaware Medicaid que tienen problemas con los servicios o la facturación. Pueden ayudarlo a presentar un reclamo o una apelación ante nuestro plan.

Delaware Office of the Ombudsperson for the Common Interest Community: Información de contacto	
Llame al	1-302-577-8400 1-800-220-5424 8 a. m. a 4:30 p. m. hora local, de lunes a viernes
TTY	711
Escriba a	Delaware Office of the Ombudsperson for the Common Interest Community 820 N. French Street Wilmington, DE 19801
Sitio web	https://attorneygeneral.delaware.gov/fraud/cpu/ombudsperson/

El Long-Term Care Ombudsman Program ayuda a las personas a obtener información sobre centros de cuidados y a resolver problemas entre los centros de cuidados y los residentes y sus familias.

Delaware Long Term Care Ombudsman Program: Información de contacto	
Llame al	1-800-223-9074 1-302-255-9390 1-855-773-1002 8 a. m. a 4:30 p. m. hora local, de lunes a viernes
TTY	711
Escriba a	Delaware Aging and Disability Resource Center (ADRC) Christiana Executive Campus 240 Continental Drive, Suite 101 Newark, DE 19713
Sitio web	https://dhss.delaware.gov/office-of-the-secretary/long-term-care-ombudsman-program/

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

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

Ayuda adicional de Medicare

Dado que usted califica para Delaware Medicaid, reúne los requisitos y recibe Ayuda adicional de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos con receta. No necesita hacer nada más para obtener esta Ayuda adicional.

Si tiene alguna pregunta sobre la Ayuda adicional, llame al:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048,
- La oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, de 8 am a 7 pm, de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778; o
- A la oficina de Medicaid de su estado al 1-866-843-7212, número de TTY 711.

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

- Llame a Servicios para los miembros y comuníquele a un representante que usted considera que califica para recibir Ayuda adicional. Es posible que se requiera que usted proporcione uno de los siguientes tipos de documentación (Mejor evidencia disponible):
    - Una copia de su tarjeta de beneficiario de Delaware Medicaid en donde figure el nombre del beneficiario y la fecha de elegibilidad durante un mes después de junio del año calendario anterior
    - Una copia de un documento estatal que confirme el estado activo en Delaware Medicaid durante un mes después de junio del año calendario anterior
    - Una impresión del archivo de inscripción electrónica estatal que muestre el estado de Delaware Medicaid durante un mes después de junio del año calendario anterior
    - Una captura de pantalla de los sistemas de Delaware Medicaid del estado que muestre el estado de Medicaid durante un mes después de junio del año calendario anterior
    - Otra documentación suministrada por el estado muestre el estado de Delaware Medicaid durante un mes después de junio del año calendario anterior
    - Una carta de la Administración del Seguro Social (Social Security Administration, SSA) que indique que la persona recibe Ingreso complementario administrado por el Seguro Social (Supplemental Security Income, SSI)
    - Una solicitud presentada por una persona considerada elegible, donde se confirme que el beneficiario es "... automáticamente elegible para recibir Ayuda adicional..." (publicación de la SSA HI 03094.605)

Si usted está internado y considera que califica para costo compartido de cero, llame a Servicios para los miembros y comuníquele al representante que usted considera que califica para recibir ayuda adicional. Es posible que se requiera que usted proporcione uno de los siguientes tipos de documentación:

- Un comprobante de un centro que muestre el pago de Medicaid hecho en nombre de usted y que corresponda a un mes calendario completo durante un mes después de junio del año calendario anterior;
- Una copia de un documento estatal que confirme el pago de Medicaid en nombre de usted a un centro por un mes calendario completo después de junio del año calendario anterior; o
- Una captura de pantalla de los sistemas de Medicaid del estado, que muestre el estado de usted a nivel institucional, con base en una estadía de al menos un mes calendario completo con fines de pago de Medicaid durante un mes posterior a junio del año calendario anterior.

- Si no puede proporcionar la documentación descrita antes, y cree que podría calificar para recibir Ayuda adicional, llame a Servicios para los miembros y un representante le ayudará.
- Cuando recibamos la evidencia que demuestre su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que pueda pagar el copago correcto cuando obtenga su próxima receta en la

farmacia. Si paga de más en su copago, le reembolsaremos, ya sea mediante un cheque o un crédito para un copago futuro. Si la farmacia no cobró su copago y usted les debe una deuda, podríamos hacer el pago directamente a la farmacia. Si el estado pagó en su nombre, podríamos pagar directamente al estado. Llame a Servicios para los miembros al 1-844-536-2167 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) si tiene preguntas.

¿Qué ocurre si tiene Ayuda adicional y cobertura del Programa estatal de asistencia farmacéutica (State Pharmaceutical Assistance Program, SPAP)?

Muchos estados de los Estados Unidos ofrecen ayuda para pagar recetas, primas de planes de medicamentos y/u otros costos de medicamentos. Si usted está inscrito en un Programa estatal de asistencia farmacéutica (State Pharmaceutical Assistance Program, SPAP), la Ayuda adicional de Medicare paga primero.

En Delaware, el Programa estatal de asistencia farmacéutica se llama Delaware Prescription Assistance Program (DPAP).

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

El Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a que las personas con VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH que salvan vidas. Los medicamentos de la Parte D de Medicare que también están en el formulario ADAP califican para la asistencia con los costos compartidos para medicamentos con receta mediante el Delaware AIDS Drug Assistance Program (ADAP).

El Delaware AIDS Drug Assistance Program (ADAP) es el ADAP de su estado.

El Delaware AIDS Drug Assistance Program (ADAP) de su estado figura a continuación.

Delaware AIDS Drug Assistance Program (ADAP): Información de contacto	
Llame al	1-302-744-1050 8 a. m. a 4:30 p. m. hora local, de lunes a viernes
TTY	711
Escriba a	Thomas Collins Building 540 S. DuPont Highway Dover, DE 19901
Sitio web	https://www.ramsellcorp.com/medical_professionals/de.aspx

Nota: Para ser elegible para el ADAP que funciona en su estado, las personas deben cumplir con ciertos criterios, incluso comprobante de residencia en el estado y estado de VIH, comprobante de bajos ingresos (según lo establece el estado), y estado de no asegurado/con seguro insuficiente. Si cambia de plan, notifique a su encargado local de inscripción del ADAP para que pueda continuar recibiendo asistencia. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame a Delaware AIDS Drug Assistance Program (ADAP).

Programas estatales de asistencia farmacéutica

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

En Delaware, el Programa estatal de asistencia farmacéutica se llama Delaware Prescription Assistance Program (DPAP).

Delaware Prescription Assistance Program (DPAP): Información de contacto	
Llame al	1-800-996-9969 1-844-245-9580 8 a. m. a 4:30 p. m. hora local, de lunes a viernes
TTY	711
Escriba a	DXC DPAP P.O. Box 950 New Castle, DE 19720-0950
Sitio web	https://dhss.delaware.gov/dmma/home/dpap/

SECCIÓN 8 Junta de jubilación para ferroviarios (RRB)

La Junta de jubilación para ferroviarios (Railroad Retirement Board, RRB) es una agencia federal independiente que administra los programas integrales de beneficios destinados a los trabajadores ferroviarios del país y a sus familias. Si usted recibe Medicare a través de la Junta de jubilación para ferroviarios, comunique si se muda o cambia su dirección postal. Para preguntas sobre los beneficios de la Junta de jubilación para ferroviarios (RRB), comuníquese con la agencia.

Junta de jubilación para ferroviarios (RRB): Información de contacto	
Llame al	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Presione “0” para hablar con un representante de la RRB de 9 a.m. a 3:30 p.m. los lunes, martes, jueves y viernes, y de 9 a.m. a 12 p.m. los miércoles. Presione “1”, para acceder a la Línea de ayuda automatizada e información grabada de la RRB durante las 24 horas, incluidos los fines de semana y días feriados.
TTY	1-312-751-4701 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultad auditiva o del habla. Las llamadas a este número no son gratuitas.
Sitio web	https://RRB.gov

SECCIÓN 9 Si usted tiene un seguro grupal u otro seguro médico de un empleador

Si usted (o su cónyuge o pareja doméstica) obtiene beneficios de su empleador o grupo de jubilados (o del de su cónyuge o pareja doméstica) como parte de este plan, puede llamar al administrador de beneficios del empleador o sindicato o a Servicios para los miembros al 1-844-536-2167 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) si tiene alguna pregunta. Puede preguntar acerca de los beneficios de salud, las primas o el período de inscripción de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge o pareja doméstica). (Los números de teléfono de Servicios para los miembros están impresos en la contratapa de este documento). Usted puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) si tiene preguntas acerca de su cobertura de Medicare conforme a este plan. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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

CAPÍTULO 3:

Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos

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

Este capítulo explica lo que usted debe saber sobre cómo utilizar el plan para obtener cobertura para su atención médica y otros servicios. Para obtener detalles sobre qué tipo de atención médica y otros servicios cubre nuestro plan, consulte la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4.

Sección 1.1 Proveedores de la red y los servicios cubiertos

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

Sección 1.2 Normas básicas para obtener su atención médica cubierta y otros servicios por nuestro plan

Como plan de salud de Medicare y Delaware Medicaid, nuestro plan debe cubrir todos los servicios cubiertos por Original Medicare y puede ofrecer otros servicios además de aquellos que están cubiertos por Original Medicare. Consulte el Capítulo 4 para consultar los servicios cubiertos por el plan.

Por lo general nuestro plan cubrirá su atención médica, siempre y cuando:

- **La atención que reciba se incluya en la Tabla de beneficios médicos de nuestro plan** en el Capítulo 4.
- **La atención que reciba se considere médicamente necesaria.** Médicamente necesario significa que los servicios, suministros, equipos o medicamentos, son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.
- **Usted tiene un proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) de la red que brinda y supervisa su atención.** Como miembro de nuestro plan, usted debe elegir a un PCP de la red (consulte la Sección 2.1) para obtener más información.
    - En la mayoría de los casos, su PCP de la red deberá aprobarlo por adelantado antes de que acuda a otros proveedores de la red de nuestro plan, tales como especialistas, hospitales, centros de atención de enfermería especializada o agencias de atención médica a domicilio. Para obtener más información, consulte la Sección 2.3.
    - Usted no requiere remisiones de su PCP para atención de emergencia o servicios de urgencia. Para aprender sobre otros tipos de atención que puede recibir sin necesidad de obtener la aprobación por adelantado de su PCP, consulte la Sección 2.2.
- **Debe recibir su atención médica de un proveedor de la red** (Consulte la Sección 2). En la mayoría de los casos, no se cubrirá la atención que reciba de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no forme parte de la red de nuestro plan), excepto en los casos que se mencionan a continuación. Esto significa que tendrá que pagarle al proveedor la totalidad de servicios que reciba. Hay 3 excepciones:
    - Nuestro plan cubre los servicios de atención de emergencia o de urgencia que usted obtenga de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información, y ver qué servicios de emergencia o urgencia hay, consulte la Sección 3.
    - Si necesita atención médica que Medicare o Delaware Medicaid exige que nuestro plan cubre, pero no hay especialistas en nuestra red que proporcionen esa atención, puede obtener la atención con un proveedor fuera de la red por el mismo costo compartido que normalmente pagaría a un proveedor dentro de la red (se requiere autorización previa). Llámenos para averiguar las normas de autorización que es posible que usted deba seguir antes de buscar atención. En esta situación, cubriremos estos servicios como si recibiera la atención de un proveedor de la red. Para obtener más información sobre cómo obtener la aprobación para consultar a un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.4.
    - Nuestro plan cubre los servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando usted está temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o cuando, temporalmente, su proveedor para este servicio no está disponible o no se tiene acceso a este. El costo compartido que paga a nuestro plan por diálisis nunca puede ser mayor que el costo compartido en Original Medicare. Si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan y obtiene la diálisis de un proveedor fuera de la red de nuestro plan, su costo compartido no puede ser más alto que el costo compartido que paga

dentro de la red. Sin embargo, si su proveedor usual de servicios de diálisis que se encuentra dentro de la red no está disponible temporalmente y usted elige obtener servicios dentro de nuestra área de servicio de un proveedor fuera de la red de nuestro plan, su costo compartido de la diálisis podría ser mayor.

- **El beneficio de Punto de servicio (Point-of-Service, POS) le permite obtener ciertos servicios de proveedores fuera de la red.** No todos los servicios están cubiertos fuera de la red en la opción de Punto de servicio (Point of Service, POS). Para obtener más información sobre servicios cubiertos fuera de la red, consulte la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4, Sección 2. Usted pagará más por acceder a estos servicios cuando utiliza su beneficio de POS. Para obtener más información, consulte la Sección 2.4 de este capítulo.

  No es necesario que obtenga una remisión cuando recibe atención por parte de proveedores fuera de la red por estos servicios. Sin embargo, antes de contratar los servicios, es posible que desee confirmar que están cubiertos por nosotros. Si posteriormente determinamos que los servicios no están cubiertos, podemos denegar la cobertura y usted será responsable de los costos. Algunos servicios pueden requerir autorización previa.

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

Sección 2.1 Usted debe elegir a un Proveedor de atención primaria (PCP) para que le brinde y supervise su atención

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

Cuando usted comienza a ser miembro de nuestro plan, primero debe elegir un proveedor del plan para que sea su PCP. Su PCP es su socio en su salud, proporciona y coordina su atención médica. Su PCP es un profesional de la salud que cumple con los requisitos estatales y está capacitado para brindarle atención médica básica. Estos incluyen médicos especializados en medicina familiar, medicina general, medicina interna y geriatría. Un enfermero con práctica médica (Nurse Practitioner, NP), un enfermero matriculado con licencia del estado con capacitación especial que brinda un nivel básico de atención médica, o un asistente médico (Physician Assistant, PA), acreditado como PCP, que brinda servicios dentro de un entorno de atención primaria también puede actuar como su PCP.

Recibirá la mayor parte de su atención básica o de rutina de su PCP. Su PCP también le ayudará a organizar o coordinar el resto de los servicios cubiertos que reciba como miembro de nuestro plan. Esto incluye:

- Radiografías,

- Análisis de laboratorio,
- Fisioterapia, terapia ocupacional y/o terapia del habla,
- Atención de médicos especialistas,
- Admisión en un hospital, y
- Atención de seguimiento

"Coordinar" sus servicios cubiertos incluye verificar o consultar con otros proveedores del plan sobre su atención y cómo se está llevando a cabo. Para determinados tipos de servicios o suministros, su PCP deberá obtener nuestra autorización previa (aprobación previa). Si el servicio que usted necesita requiere una autorización previa, su PCP solicitará la autorización a nuestro plan. Dado que su PCP proporcionará y coordinará su atención médica, usted debe enviar todos sus registros médicos anteriores al consultorio de su PCP. Generalmente, usted verá a su PCP primero para la mayoría de sus necesidades de atención médica de rutina. Le recomendamos que le solicite a su PCP que coordine toda su atención. Consulte la Sección 2.3 en este capítulo para obtener más información.

En algunos casos, su PCP o un especialista u otro proveedor que lo atienda deberá obtener autorización previa (aprobación previa) de nuestra parte para determinados tipos de servicios y artículos cubiertos. Consulte el Capítulo 4 de este documento para conocer los servicios y artículos que requieren autorización previa.

Si necesita hablar con su médico fuera del horario de atención regular, llame al consultorio del médico y se le dirigirá directamente a su médico, a un contestador automático con instrucciones sobre dónde obtener servicio, o a otro médico que proporcione cobertura. Si tiene una emergencia, llame inmediatamente al 911.

Cómo elegir un PCP

Para elegir su PCP, visite nuestro sitio web go.wellcare.com/2027providerdirectories y seleccione un PCP de nuestra red de nuestro plan. Servicios para los miembros también puede ayudarlo a elegir un PCP. Una vez que haya elegido a su PCP, llame a Servicios para los miembros con su selección. Su PCP debe estar en nuestra red.

Si hay un especialista u hospital del plan que usted desee usar en particular, verifique primero que los especialistas y/u hospitales están en un PCP de la red.

Si no elige un PCP o si elige un PCP que no está disponible en este plan, automáticamente lo asignaremos a un PCP.

Cómo cambiar de PCP

Usted puede cambiar de PCP por cualquier motivo y en cualquier momento. También existe la posibilidad de que su PCP deje de estar en la red de proveedores de nuestro plan, en cuyo caso usted deberá elegir a un PCP nuevo. Bajo ciertas circunstancias, nuestros proveedores están obligados a

continuar con la atención después de dejar nuestra red. Para detalles específicos, comuníquese con Servicios para los miembros.

Si usted desea cambiar de PCP, llame a Servicios para los miembros. Es posible que cada PCP del plan haga remisiones a ciertos especialistas del plan y use ciertos hospitales dentro de su red. Dado que algunos PCP participan de forma limitada o específica en las redes de remisión, PCP del plan que usted elija puede determinar los especialistas y hospitales que usted puede utilizar. Si hay especialistas u hospitales específicos que usted desea usar, averigüe si el PCP de su plan usa estos especialistas u hospitales.

Para cambiar de médico de atención primaria (Primary Care Physician, PCP), llame a Servicios para los miembros. El cambio entrará en vigencia el primer día del mes siguiente. Nota: Si usted usa un PCP que no es el que tiene asignado, es posible que incurra en costos compartidos más altos o que rechacen reclamaciones.

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

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

- Atención médica de rutina de la mujer, incluyendo exámenes de las mamas, mamografías de detección (radiografías de las mamas), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos siempre y cuando se obtengan de un proveedor de la red
- Vacunas antigripales, vacunas contra la COVID-19 y vacunas contra la neumonía siempre y cuando se obtengan de un proveedor de la red
- Servicios de emergencia proporcionados por proveedores de la red o por proveedores fuera de la red
- Los servicios de urgencia cubiertos por un plan son aquellos que requieren atención médica inmediata (pero que no es una emergencia) si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o si no es razonable, dado el momento, el lugar y las circunstancias, obtener este servicio de los proveedores de la red. Ejemplos de servicios de urgencia son enfermedades y lesiones imprevistas o exacerbaciones inesperadas de afecciones existentes. Las consultas de rutina a proveedores que sean médicamente necesarias (como los chequeos anuales) no se consideran de urgencia, incluso si usted se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o si la red del plan no está disponible temporalmente.
- Servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando está fuera del área de servicio de nuestro plan. Si es posible, llame a Servicios para los miembros al 1-844-536-2167 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) antes de salir del área de servicio para que podamos ayudarlo a obtener diálisis de mantenimiento mientras se encuentra fuera del área de servicio.

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

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

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

Para que pueda ver a un especialista, por lo general, primero debe obtener la aprobación de su proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP). A esto se le llama obtener una "remisión" a un especialista. Es muy importante obtener una remisión (aprobación por adelantado) de su PCP antes de acudir a un especialista del plan o a otros proveedores determinados. Hay algunas excepciones, incluida la atención médica de rutina para las mujeres, como se explica en la Sección 2.2. Si no tiene una remisión antes de recibir los servicios de un especialista u otros proveedores, es posible que deba pagar estos servicios usted mismo.

Si el especialista quiere que regrese para recibir atención adicional, verifique primero para asegurarse de que la remisión que recibió de su PCP para la primera consulta cubra consultas adicionales al especialista u otros proveedores determinados. En algunos casos, es posible que usted, su representante o su PCP/proveedor deban obtener una autorización previa del plan. Para obtener información sobre qué servicios requieren autorización previa, consulte el Capítulo 4, Sección 2.

Cada PCP del plan podría realizar remisiones a determinados especialistas del plan y utilizar determinados hospitales dentro de su red. Dado que algunos PCP participan en redes de remisión limitadas o específicas, el PCP que usted elija podrían determinar los especialistas y hospitales que podría utilizar. Si hay especialistas u hospitales específicos a los que desea acudir, averigüe si el PCP de su plan usa estos especialistas u hospitales. Por lo general, podría cambiar de PCP en cualquier momento si desea consultar a un especialista del plan o ir a un hospital al que su PCP actual no puede remitirlo. En la Sección 2.1 en "Cómo cambiar de PCP", le explicamos cómo cambiar de PCP.

Qué sucede si un especialista u otro proveedor de la red dejan de participar en nuestro plan

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

- A pesar de que nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare exige que le proporcionemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Le notificaremos que su proveedor dejará nuestro plan para que tenga tiempo de elegir un proveedor nuevo.

- Si su proveedor de atención primaria o de salud conductual deja de estar en nuestro plan, le notificaremos si ha visitado a ese proveedor en los últimos 3 años.
- Si alguno de sus otros proveedores deja nuestro plan, le notificaremos si está asignado al proveedor, actualmente recibe atención de este o lo ha visitado en los últimos 3 meses.

- Lo ayudaremos a elegir un nuevo proveedor calificado dentro de la red para continuar su atención médica.
- Si está recibiendo terapias o tratamientos médicos con su proveedor actual, tiene derecho a solicitar continuar con los tratamientos o las terapias médicamente necesarios. Trabajaremos con usted para que pueda seguir recibiendo atención médica.
- Le proporcionaremos información sobre los diferentes períodos de inscripción a su disposición y las opciones que tenga para cambiar de plan.
- Cuando un proveedor de la red o un beneficio no están disponibles o son insuficientes para satisfacer sus necesidades médicas, organizaremos cualquier beneficio cubierto médicamente necesario fuera de nuestra red de proveedores con el costo compartido de la red. Nuestro plan debe confirmar que no hay un proveedor de la red disponible, y el proveedor fuera de la red debe comunicarse con el plan para solicitar una autorización para que usted reciba los servicios. Si se aprueba, al proveedor fuera de la red se le emitirá una autorización para prestar los servicios. Usted tiene derecho a recibir servicios de proveedores fuera de la red para servicios de emergencia o de urgencia fuera del área de cobertura. Además, nuestro plan debe cubrir los servicios de diálisis para los miembros que tienen enfermedad renal terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD) que hayan viajado fuera del área de servicio del plan y no pueden tener acceso a proveedores dentro de la red. Los servicios para ESRD se deben recibir en un centro de diálisis certificado por Medicare.
- Si se entera de que su médico o especialista dejará nuestro plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor para administrar su atención.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no está siendo administrada de manera apropiada, tiene derecho a presentar una queja de calidad de la atención a la Organización para la mejora de la calidad (Quality Improvement Organization, QIO), un reclamo de calidad de la atención de nuestro plan, o ambas opciones (consulte el Capítulo 9).

Sección 2.4 Cómo obtener atención de proveedores fuera de la red

Usted tiene derecho a recibir servicios de proveedores fuera de la red para servicios de emergencia o de urgencia fuera del área de cobertura. Además, nuestro plan debe cubrir los servicios de diálisis para los miembros que tienen enfermedad renal terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD) que hayan viajado fuera del área de servicio del plan y no pueden tener acceso a proveedores dentro de la red. Los servicios para ESRD se deben recibir en un centro de diálisis certificado por Medicare.

Además, si necesita atención médica cubierta por Medicare y un proveedor de la red no puede brindarle esta atención, es posible que pueda obtener atención de un proveedor fuera de la red. Nuestro plan debe confirmar que no hay un proveedor de la red disponible, y el proveedor fuera de la red debe comunicarse con el plan para solicitar una autorización para que usted reciba los servicios. Si se aprueba, al proveedor fuera de la red se le emitirá una autorización para prestar los servicios.

A través del beneficio de punto de servicio (Point-of-Service, POS), puede utilizar proveedores fuera de la red para obtener determinados servicios. Para obtener más información sobre servicios cubiertos fuera de la red, consulte la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4, Sección 2. Usted pagará más por acceder a estos servicios cuando utiliza su beneficio de POS. Sus costos de su bolsillo pueden ser más altos cuando utiliza proveedores fuera de la red a través de su beneficio de POS. No es necesario obtener una remisión cuando acude a proveedores fuera de la red para recibir estos servicios. Sin embargo, antes de obtener los servicios, se recomienda que confirme con nosotros que están cubiertos. Si posteriormente determinamos que los servicios no están cubiertos, podemos denegar la cobertura y usted será responsable de los costos. Algunos servicios pueden requerir autorización previa.

Si un proveedor fuera de la red le envía una factura que usted cree que deberíamos pagar, comuníquese con Servicios para los miembros o envíenos la factura para que la paguemos. Pagaremos a su proveedor la parte que nos corresponde de la factura y su proveedor podrá facturarle a usted el monto que debe, si corresponde.

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

Sección 3.1 Obtenga atención si tiene una emergencia médica

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 atención médica inmediata para evitar que pierda su vida (y, si está embarazada, la pérdida del feto), una extremidad o la función de una extremidad, o la pérdida o deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección médica que se agrava rápidamente.

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

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

Delaware First Health Dual Align (HMO-POS D-SNP) incluye la cobertura de emergencias y urgencias en todo el mundo.

- **Tan pronto como sea posible, asegúrese de avisar a nuestro plan acerca de su emergencia.** Necesitamos hacer el seguimiento de la atención de emergencia que reciba. Usted u otra persona deberán llamarnos para informarnos sobre su atención de emergencia, generalmente, en un plazo de 48 horas. También puede llamarnos a Servicios para los miembros al número indicado en el reverso de su tarjeta de miembro.

Servicios cubiertos en una emergencia médica

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

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

Una vez que finaliza la emergencia, usted tiene derecho a recibir atención de seguimiento médicamente necesario para garantizar que siga estando estable. Sus médicos continuarán tratándolo hasta que su afección se estabilice y, cuando sea adecuado, trabajar con nosotros para planificar cualquier atención adicional.

Por lo general, se recomienda que realice un seguimiento con su proveedor de atención primaria o con su proveedor de tratamiento en un plazo de 5 a 7 días después de recibir atención de emergencia para apoyar su recuperación. Sin embargo, no es necesario recibir atención de seguimiento para que estén cubiertos sus servicios de emergencia y no se verá afectada su cobertura si no puede programar una consulta de seguimiento en un marco de tiempo determinado.

Como parte de nuestros servicios de coordinación de la atención es posible que nuestro equipo de atención médica se ponga en contacto con usted para ayudarle a programar citas de seguimiento o ponerlo en contacto con recursos adicionales, si fuera necesario. Cualquier atención de seguimiento médicamente necesaria cubierta por su plan será pagada de acuerdo con las normas de costo compartido de su plan.

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

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

Algunas veces, puede ser difícil darse cuenta si está ante una emergencia médica. Por ejemplo, podría acudir por la atención de emergencia —porque considera que su salud está en grave peligro— y encontrarse con que el médico le dice que no se trataba de una emergencia médica. Si resulta ser que

no se trataba de una emergencia, cubriremos la atención que reciba, siempre y cuando haya pensado, dentro de lo razonable, que su salud estaba en grave peligro.

Sin embargo, una vez que el médico haya determinado que no era una emergencia, cubriremos la atención médica adicional solo si la recibe de alguna de estas 2 formas:

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

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

Un servicio que requiere atención médica inmediata (pero que no es una emergencia) es un servicio de urgencia si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o si no es razonable, dado el momento, el lugar y las circunstancias, obtener este servicio de los proveedores de la red. Ejemplos de servicios de urgencia son enfermedades y lesiones imprevistas o exacerbaciones inesperadas de afecciones existentes. Sin embargo, las visitas de rutina a proveedores que sean médicamente necesarias, como los chequeos anuales, no se consideran de urgencia, incluso si usted se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o si la red de nuestro plan no está disponible temporalmente.

Comuníquese con el consultorio de su PCP las 24 horas del día si necesita atención de urgencia. Se le podría indicar que obtenga atención de urgencia en un centro de atención de urgencia de la red. Puede encontrar una lista de los centros de atención de urgencia de la red en el *Directorio de proveedores y de farmacias* o en nuestro sitio web en go.wellcare.com/2027providerdirectories. Si los servicios de atención de urgencia se reciben en el consultorio de su médico, usted pagará el copago por la consulta en el consultorio; sin embargo, si los servicios de atención de urgencia se reciben en un centro de atención de urgencia o clínica sin cita previa, usted pagará el copago que corresponde al centro de atención de urgencia, que podría ser diferente. Consulte la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4 para saber qué copago se aplica a los servicios proporcionados en el consultorio del médico o en el centro de atención de urgencia de la red o en la clínica sin cita previa.

También podría comunicarse con la Línea de asesoramiento de enfermería (Nurse Advice Line) en cualquier momento. Un profesional de enfermería está en línea para brindarle respuestas las 24 horas del día, los siete días de la semana. Para obtener más información sobre la Línea de asesoramiento de enfermería, consulte la categoría de beneficios de Programas educativos sobre salud y bienestar en el Capítulo 4, o llame a Servicios para los miembros.

Nuestro plan cubre servicios de atención de emergencia y atención de urgencia en todo el mundo fuera de los Estados Unidos en las siguientes circunstancias:

- Usted tiene cobertura hasta por $50,000 cuando viaja fuera los Estados Unidos a través de su cobertura de atención de emergencia y de urgencia en todo el mundo. Los costos que superen este monto *no* estarán cubiertos.
- El transporte de regreso a los Estados Unidos desde otro país y los medicamentos comprados mientras está fuera de los Estados Unidos *no* están cubiertos. Además, *no* se aplican los costos compartidos correspondientes a la sala de emergencias si usted es ingresado para recibir atención hospitalaria para pacientes internados.
- Comuníquese con nosotros en un plazo de 48 horas, de ser posible, para informarnos sobre su visita a una sala de emergencias.

Nota: Medicare no brinda cobertura para atención médica de emergencia fuera de los Estados Unidos y sus territorios; sin embargo, nuestro plan ofrece esta cobertura como un beneficio complementario.

Para obtener más información, consulte “Servicios de atención de emergencia" y "Servicios de urgencia” en la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4 de este documento o llame a Servicios para los miembros.

Sección 3.3 Cómo obtener atención durante un desastre

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

Visite go.wellcare.com/DE para obtener información sobre cómo recibir la atención que necesita durante un desastre.

Si no puede consultar con un proveedor de la red durante un desastre, nuestro plan le permitirá recibir atención de proveedores fuera de la red al costo compartido dentro de la red. Si, durante un desastre, no puede utilizar una farmacia de la red, es posible que pueda surtir sus recetas en una farmacia fuera de la red. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.4.

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

Si pagó por sus servicios cubiertos, o si usted recibe una factura por servicios médicos cubiertos, visite Capítulo 7 para obtener información acerca de lo que se debe hacer.

Sección 4.1 Si nuestro plan no cubre los servicios

Nuestro plan cubre todos los servicios médicamente necesarios tal como figuran en la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4. Si recibe servicios que no están cubiertos por nuestro plan, o

servicios obtenidos fuera de la red sin autorización que no son servicios de emergencia o que se necesitan con urgencia, usted es responsable de pagar el costo total de los servicios. Antes de pagar el costo de los servicios, verifique si el servicio está cubierto por Delaware Medicaid.

Para los servicios cubiertos que tienen una limitación para los beneficios, usted también paga el costo total de cualquier servicio que reciba después de que haya utilizado la totalidad del beneficio para ese tipo de servicio cubierto. El monto que usted paga por los costos una vez que se haya alcanzado el límite del beneficio, no se tomará en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo. Por ejemplo, usted podría tener que pagar el costo total de cualquier atención en un centro de enfermería especializada que reciba después de que el pago de nuestro plan alcance el límite del beneficio. Una vez que usted haya agotado el límite del beneficio, los pagos adicionales que haga por el servicio no se toman en cuenta para el monto anual máximo que paga de su bolsillo.

SECCIÓN 5 Servicios médicos en un estudio de investigación clínica

Sección 5.1 Qué es un estudio de investigación clínica

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

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

Si quiere participar en cualquier estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, no es necesario que el plan lo apruebe ni tampoco que nos avise ni su PCP. No es necesario que los proveedores que le brindan atención como parte del estudio de investigación clínica formen parte de la red de proveedores de nuestro plan. (Esto no se aplica a beneficios cubiertos que requieren un ensayo clínico o un registro para evaluar el beneficio, incluidos determinados beneficios que requieren cobertura para el desarrollo de evidencias (Coverage with Evidence Development, NCD-CED) y estudios de exención de dispositivos de investigación (Investigational Device Exemption, IDE). Estos beneficios también podrían estar sujetos a una autorización previa y otras normas del plan).

Aunque no es necesario que usted obtenga el permiso de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica, le recomendamos que nos notifique por adelantado cuando elija participar en ensayos clínicos calificados por Medicare.

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

Sección 5.2 Quién paga por 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 los productos y servicios de rutina que reciba como parte del estudio, incluidos:

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

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

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

- Por lo general, Medicare no pagará el nuevo producto o servicio que se esté evaluando en el estudio, a menos que Medicare cubra dicho producto o servicio incluso si usted no participara en un estudio.
- Los productos o servicios que se proporcionen solo para recabar datos y que no se utilicen en su atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no cubriría las tomografías computarizadas mensuales que se realicen como parte del estudio si su afección médica normalmente requiriese una sola tomografía computarizada.
- Los productos y servicios que brindan los patrocinadores de la investigación son gratuitos para las personas inscritas en el ensayo.

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

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

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

Sección 6.1 Una institución religiosa de atención sanitaria no médica

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

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

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

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

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

- La institución que brinde atención debe estar certificada por Medicare.
- Nuestro plan solo cubre aspectos *no religiosos* de la atención.
- Si los servicios que obtiene de esta institución se le prestan en un centro, se aplican las siguientes condiciones:
    - Debe tener una afección que le permitiría recibir los servicios cubiertos correspondientes a atención hospitalaria para pacientes internados en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada.
    - *– y –* *usted* debe obtener la aprobación de nuestro plan por adelantado antes de que lo ingresen en el centro porque, de lo contrario, su estadía no estará cubierta.

Su estadía en una institución de atención médica no médica religiosa no está cubierta por nuestro plan a menos que obtenga autorización (aprobación) por adelantado de nuestro plan y estará sujeta a las mismas limitaciones de cobertura que la atención en un centro de enfermería especializada o para

pacientes internados que de otro modo hubiera recibido. Consulte la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4 para conocer las reglas de cobertura e información adicional sobre los costos compartidos y las limitaciones para la cobertura de enfermería especializada y hospitalización para pacientes internados.

SECCIÓN 7 Normas para la posesión de equipo médico duradero

Sección 7.1 No adquirirá la propiedad del equipo médico duradero después de haber realizado cierta cantidad de pagos dentro de nuestro plan

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

En Original Medicare, quienes alquilan ciertos tipos de DME pueden quedarse con el equipo después de pagar el copago del artículo durante 13 meses. Como miembro de nuestro plan, hay ciertos tipos de DME que usted poseerá después de haber pagado los copagos correspondientes al artículo por una cantidad específica de meses. Los pagos que haya hecho previamente por un artículo de DME cuando usted contaba con Original Medicare no se toman en cuenta para los pagos que haga mientras es miembro de nuestro plan. Si usted adquiere un artículo DME en propiedad mientras es miembro de nuestro plan y, el equipo requiere mantenimiento, el proveedor está autorizado a facturarle al plan el costo de la reparación. También hay ciertos tipos de DME que usted no adquiere en propiedad sin importar cuántos pagos haga por el artículo mientras es un miembro de nuestro plan. Llame a Servicios para los miembros al 1-844-536-2167 (Los usuarios de TTY deben llamar al 711) para averiguar los requisitos que debe cumplir para el alquiler o la adquisición en propiedad de DME, y los documentos que debe presentar.

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

Si no obtuvo la propiedad del equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) mientras estuvo en nuestro plan, deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos después de que cambie a Original Medicare a fin de adquirir la propiedad del artículo. Los pagos que realizó mientras estaba inscrito en nuestro plan no cuentan para estos 13 pagos.

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

Ejemplo 2: Hizo 12 pagos consecutivos o menos por el artículo en Original Medicare y luego se unió a nuestro plan. No obtuvo en propiedad el artículo mientras estaba en nuestro plan. Luego regresa a

Original Medicare. Tendrá que hacer 13 nuevos pagos consecutivos para poseer el artículo una vez que se vuelva a unir a Original Medicare. Cualquier pago que ya haya hecho (ya sea a nuestro plan o a Original Medicare) no se toma en cuenta.

Sección 7.2 Normas para el equipo de oxígeno, suministros y mantenimiento

Si reúne los requisitos para recibir cobertura para el equipo de oxígeno de Medicare, Wellcare Delaware First Health Dual Align (HMO-POS D-SNP) cubrirá lo siguiente:

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

Si se va de Wellcare Delaware First Health Dual Align (HMO-POS D-SNP) o ya no necesita médicamente el equipo de oxígeno, debe devolver el equipo de oxígeno.

¿Qué sucede si deja nuestro plan y vuelve 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 costo compartido correspondiente por el oxígeno). Después de 5 años, puede optar por permanecer en la misma compañía o irse a otra compañía. En este punto, el ciclo de 5 años comienza nuevamente, incluso si permanece en la misma compañía, lo que requiere que pague copagos durante los primeros 36 meses. Si se une a nuestro plan o lo deja, el ciclo de 5 años comienza de nuevo.

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

SECCIÓN 1 Comprender los servicios cubiertos

La Tabla de beneficios médicos enumera los servicios cubiertos como miembro de nuestro plan. Esta sección también ofrece información sobre los servicios médicos que no están cubiertos y explica los límites para ciertos servicios.

Sección 1.1 Usted no paga nada por sus servicios cubiertos

Dado que obtiene ayuda de Delaware Medicaid, usted no paga nada por sus servicios cubiertos siempre que cumpla con las normas de nuestro plan para obtener su atención. (Para obtener más información sobre las normas del plan para recibir su atención, consulte el Capítulo 3).

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

Nota: Dado que nuestros miembros también reciben ayuda de Medicaid, muy pocos miembros alcanzan este monto máximo que paga de su bolsillo. Usted no es responsable de ningún costo que paga de su bolsillo para alcanzar el monto máximo que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.

Los Planes Medicare Advantage tienen límites en cuanto al monto que paga de su bolsillo cada año por los servicios médicos cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Este límite se denomina el monto máximo que paga de su bolsillo (Maximum Out-Of-Pocket, MOOP) por servicios médicos. **Para el año calendario 2027 el monto máximo que paga de su bolsillo (Maximum Out of Pocket, MOOP) es $9,850**.

Los montos que usted paga por los copagos y el coseguro por los servicios cubiertos se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo. Los montos que usted paga por sus medicamentos de la Parte D no cuentan para el monto máximo que paga de su bolsillo. Además, los montos que usted paga por algunos servicios no cuentan para el monto máximo que paga de su bolsillo. Estos servicios se indican con un asterisco (*) en la Tabla de beneficios médicos. Si usted llega al monto máximo que paga de su bolsillo de $9,850, no deberá pagar costos de su bolsillo por el resto

del año por los servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B. Sin embargo, debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare (a menos que la prima de la Parte B la pague Delaware Medicaid u otro tercero por usted).

SECCIÓN 2 La Tabla de beneficios médicos le indica sus beneficios y costos médicos

En las siguientes páginas, la Tabla de beneficios médicos enumera los servicios que nuestro plan cubre (la cobertura para medicamentos de la Parte D se abarca en el Capítulo 5). Los servicios descritos en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos solo cuando se cumplen los siguientes requisitos:

- Sus servicios cubiertos por Medicare y Delaware Medicaid deben brindarse de conformidad con las pautas de cobertura de Medicare y Delaware Medicaid.
- Sus servicios (incluida la atención médica, los servicios, los suministros, los equipos y los medicamentos de la Parte B) *deben* ser médicamente necesarios. Médicamente necesario significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.
- Para los nuevos inscritos, su plan de atención coordinada de Medicare Advantage (MA) debe brindar un período de transición de 90 días como mínimo, durante el cual el nuevo plan MA no podría requerir autorización previa para ningún tratamiento activo, incluso si el tratamiento activo fue un servicio que inició con un proveedor fuera de la red.
- Usted tiene un proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) que brinda y supervisa su atención. En la mayoría de los casos, su PCP deberá aprobarlo por adelantado (una remisión) antes de que pueda consultar a otros proveedores de la red de nuestro plan.
- Algunos servicios mencionados en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos *solo* si el médico u otros proveedores de la red obtienen nuestra aprobación por adelantado (esto suele denominarse autorización previa). Los servicios cubiertos que necesitan aprobación por adelantado están marcados en cursiva en la Tabla de beneficios médicos.
- Si su plan de atención coordinada proporciona aprobación a una solicitud de autorización previa para un tratamiento, la aprobación debe ser válida por la duración que corresponda a lo médicamente razonable y necesario con el fin de evitar interrupciones en la atención de acuerdo con los requisitos de cobertura aplicables, su historial médico y la recomendación del proveedor de tratamiento.

Otra información importante que debe saber sobre nuestra cobertura:

- Usted está cubierto por Medicare y Delaware Medicaid. Medicare cubre la atención médica y los medicamentos con receta. Delaware Medicaid puede cubrir el costo compartido que le corresponde por servicios de Medicare, incluidos los montos correspondientes a deducibles y copago o coseguro del plan médico por servicios hospitalarios para pacientes internados y

pacientes externos, así como por las consultas en el consultorio del médico, dependiendo de su categoría de elegibilidad para Delaware Medicaid. Delaware Medicaid también cubre los servicios que Medicare no cubre, como atención a largo plazo, algunos medicamentos de venta libre (Over-the-Counter, OTC) y servicios basados en el hogar y en la comunidad.

- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Original Medicare. (Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual *Medicare & You 2027* (*Medicare y Usted 2027*). También puede consultarlo en línea en Medicare.gov o solicitar una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).
- Para todos los servicios preventivos cubiertos sin costo por Original Medicare, nosotros también cubrimos el servicio sin costo para usted.
- Si Medicare agrega cobertura para cualquier servicio nuevo durante el año 2027, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.
- Bajo nuestro plan, brindaremos cobertura para los beneficios de Medicare y Delaware Medicaid según lo requerido en el acuerdo de nuestro plan con su agencia estatal de Medicaid. La Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4 establece qué beneficios están cubiertos por el plan. La Tabla de beneficios médicos también indicará las limitaciones o autorizaciones de beneficios que correspondan.
- Si pierde su elegibilidad de Delaware Medicaid, pero se puede esperar que la vuelva a obtener en un plazo de 3 meses, seguiremos proporcionando todos los beneficios de Medicare cubiertos por el Plan Medicare Advantage. Sin embargo, durante este período, el plan Medicare Advantage no se responsabiliza de la cobertura de ningún beneficio de Delaware Medicaid que pudiera estar incluido en su plan estatal de Medicaid. Si tiene alguna pregunta sobre su elegibilidad, comuníquese con Servicios para los miembros.

No paga nada por los servicios indicados en la Tabla de beneficios médicos, siempre que cumpla los requisitos de cobertura descritos anteriormente.

Información importante sobre beneficios para personas inscritas con afecciones crónicas

- Si le diagnostican alguna(s) de la(s) siguiente(s) afección (afecciones) crónica(s) que figuran abajo y usted cumple determinados criterios, usted puede ser elegible para beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas.
  - **Trastornos autoinmunes**
  - **Cáncer**
  - **Trastornos cardiovasculares**
  - **Trastorno por consumo crónico de alcohol y otros trastornos por el consumo de sustancias (Substance Use Disorders, SUD)**
  - **Enfermedades mentales crónicas e incapacitantes**

- **Afecciones crónicas que comprometen la vista, la audición (sordera), el gusto, el tacto y el olfato**
- **Enfermedad gastrointestinal crónica**
- **Insuficiencia cardíaca crónica**
- **Enfermedad renal crónica (Chronic Kidney Disease, CKD)**
- **Trastornos pulmonares crónicos**
- **Afecciones asociadas al deterioro cognitivo**
- **Afecciones que requieren servicios continuos de terapia para que las personas mantengan o conserven su capacidad física**
- **Afecciones con dificultades funcionales**
- **Demencia**
- **Diabetes mellitus**
- **Endometriosis**
- **VIH/SIDA**
- **Trastornos por inmunodeficiencia e inmunosupresión**
- **Trastornos neurológicos**
- **Sobrepeso, obesidad y síndrome metabólico**
- **Seguimiento médico posterior al trasplante de un órgano**
- **Trastornos hematológicos graves**
- **Accidente cerebrovascular**
- Su plan incluye Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill, SSBCI). Estos beneficios están disponibles para los miembros que han sido diagnosticados con una o más afecciones crónicas elegibles y que reúnan **todos** los criterios de elegibilidad definidos por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS):
  - Tiene una o más afecciones crónicas concomitantes y médicamente complejas que ponen en peligro la vida o limitan de forma significativa la salud general o el funcionamiento del afiliado
  - Existe un alto riesgo de ser hospitalizado o de padecer otros efectos adversos para la salud
  - Requiere coordinación de cuidados intensivos

  Un diagnóstico de una afección crónica por sí sola no garantiza la elegibilidad. **Además de padecer una o más afecciones crónicas que reúnan los requisitos, el miembro puede demostrar la elegibilidad para los beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill, SSBCI) al reunir uno o más de los siguientes requisitos:**

- Antecedentes de hospitalizaciones o visitas al Departamento de emergencias (Emergency Department, ED), y/o
- Uso frecuente de los servicios para pacientes externos o de la atención especializada, y/o
- Evidencia de un control deficiente de la enfermedad o del cumplimiento farmacológico, y/o
- Necesidades sociales no médicas (determinantes sociales de la salud (Social Determinants of Health, SDOH)) que impactan la evolución de la salud

La elegibilidad se determina después de que usted se haya inscrito en el plan, utilizando criterios objetivos y documentados basados en la información disponible, como historiales médicos, reclamaciones, evaluaciones de administración de la atención, documentación de los proveedores y otra información de respaldo.

Para los nuevos miembros que no cuenten con un historial de reclamaciones suficiente, se podrá presentar una declaración del proveedor para respaldar la revisión de elegibilidad. La presentación de una declaración no garantiza la aprobación, ya que la elegibilidad se determina en función de si el miembro cumple con todos los criterios de elegibilidad requeridos.

Se requiere confirmación de que se ha cumplido con todos los criterios de elegibilidad requeridos antes de recibir acceso a estos beneficios. Wellcare le notificará a usted si es elegible y le dará instrucciones sobre cómo tener acceso a los Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill, SSBCI). Si tiene preguntas acerca de estos beneficios o sobre su elegibilidad, llame al número de Servicios para los miembros que figura en el reverso de su tarjeta de identificación de miembro.

La elegibilidad de los Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill, SSBCI) aplica solo para el año actual del plan y termina el 31 de diciembre. Los miembros deben cumplir los requisitos de elegibilidad cada año del plan para seguir recibiendo estos beneficios.

- Para obtener más información, consulte la fila *Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas* de la Tabla de beneficios médicos que está a continuación.
- Comuníquese con nosotros para averiguar exactamente para qué beneficios podría ser elegible.

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

Tabla de beneficios médicos

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal Una ecografía de detección por única vez para las personas en riesgo. Nuestro plan solo cubre esta prueba de detección si usted tiene ciertos factores de riesgo y si recibe una remisión de parte de su médico, asistente médico (Physician Assistant, PA), enfermero con práctica médica (Nurse Practitioner, NP) o especialistas en enfermería clínica (Clinical Nurse Specialists, CNS).	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para esta prueba de detección preventiva.
Acupuntura para dolor crónico en la parte baja de la espalda Los servicios cubiertos incluyen: Se cubren hasta 12 consultas en 90 días en las siguientes circunstancias: A los fines de este beneficio, el dolor crónico en la parte baja de la espalda se define como: • Dura 12 semanas o más • No es específico, en el sentido que no tiene una causa sistémica identificable (es decir, no se asocia con una enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.) • No está relacionado con una cirugía • No está relacionado con un embarazo Se cubrirán 8 sesiones adicionales para aquellos pacientes que manifiesten mejoría. No se podrían administrar más de 20 tratamientos de acupuntura por año. El tratamiento debe interrumpirse si el paciente no mejora o si empeora. **Requisitos del proveedor:** Los médicos podrían brindar sesiones de acupuntura de conformidad con los requisitos estatales aplicables.	$0 de copago por cada consulta en el consultorio de un PCP cubierta por Medicare. $0 de copago por servicios de acupuntura cubiertos por Medicare recibidos en el consultorio de un especialista. *Puede requerirse una remisión.* *Puede requerirse una autorización previa.* $0 de copago por los servicios de acupuntura recibidos en el consultorio de un quiropráctico. *Puede requerirse una remisión.* *Puede requerirse una autorización previa.*

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Acupuntura para dolor crónico en la parte baja de la espalda - continuación Los asistentes médicos (Physician Assistants, PA), enfermeros con práctica médica (Nurse Practitioners, NP) / especialistas en enfermería clínica (Clinical Nurse Specialists, CNS) y el personal auxiliar pueden brindar sesiones de acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales vigentes y tienen: • una maestría o doctorado en Acupuntura o en Medicina Oriental de una escuela acreditada por la Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental (Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine, ACAOM); y • una licencia vigente, completa, activa y sin restricciones para la práctica de acupuntura en un estado, territorio o Mancomunidad (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos o el Distrito de Columbia. El personal auxiliar que brinda sesiones de acupuntura debe estar debidamente supervisado por un médico, PA o NP/CNS según lo requieren nuestras regulaciones.	
Servicios de ambulancia Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sea para una situación de emergencia o que no sea de emergencia, incluyen servicios de ambulancia 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 nuestro plan. Si los servicios de ambulancia cubiertos no son para una situación de emergencia, se debe documentar que la afección del miembro es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro su salud y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario.	\$0 de copago por un traslado de un solo tramo mediante servicios de ambulancia terrestre cubiertos por Medicare. *Puede requerirse una autorización previa para aeronaves de ala fija y servicio de transporte que no es de emergencia.* \$0 de copago por un traslado de un solo tramo mediante servicios de ambulancia aérea cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios de ambulancia - continuación	*Puede requerirse una autorización previa para aeronaves de ala fija y servicio de transporte que no es de emergencia.*
Examen físico de rutina anual El examen físico anual incluye la exploración del corazón, los pulmones, el abdomen y el sistema nervioso, así como una exploración manual del cuerpo (como la cabeza, el cuello y las extremidades) y un historial médico y familiar detallado, además de los servicios incluidos en la consulta de bienestar anual. Los siguientes son ejemplos de servicios que podrían realizarse u ordenarse durante su examen: • Tomar mediciones de rutina (estatura, peso, presión arterial) • Evaluar los factores de riesgo de enfermedades prevenibles • Control de reflejos y signos vitales • Pruebas de laboratorio (muestras de orina y sangre)	$0 de copago por un examen físico anual de rutina.*
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 año calendario. **Nota**: Su primera consulta anual de bienestar no puede realizarse dentro de los 12 meses de su consulta preventiva *Bienvenido a Medicare*. Sin embargo, no necesita haber realizado una consulta de *Bienvenido a Medicare* para tener cobertura para las consultas anuales de bienestar después de haber tenido la Parte B por 12 meses.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para consultas anuales de bienestar.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Medición de la masa ósea Para las personas que reúnen los requisitos (en general, son personas en riesgo de perder masa ósea o en riesgo de osteoporosis), los siguientes servicios se cubren una vez cada 24 meses o con más frecuencia si son médicamente necesarios: procedimientos para identificar masa ósea, detectar pérdida ósea o determinar calidad ósea, incluida la interpretación de los resultados por parte del médico.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la medición de la masa ósea cubierta por Medicare.
Prueba de detección de cáncer de mama (mamografías) Los servicios cubiertos incluyen: • Una mamografía de referencia entre los 35 y 39 años • Una mamografía de detección cada 12 meses para las mujeres de 40 años o más • Exámenes clínicos de mamas una vez cada 24 meses	No se requiere coseguro, copago ni deducible para mamografías de detección cubiertas.
Servicios de rehabilitación cardíaca Programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicios, educación y asesoramiento que están cubiertos para miembros que cumplen con determinadas condiciones y tienen una remisión del médico. Nuestro plan cubre estos programas integrales si ha tenido al menos una de las siguientes afecciones: • Infarto en los últimos 12 meses • Bypass aortocoronario • Angina de pecho estable (dolor en el pecho) • Reparación o reemplazo de válvula cardíaca • Angioplastia coronaria (un procedimiento médico para abrir una arteria obstruida) o colocación de stent coronario (un procedimiento para mantener una arteria abierta) • Trasplante de corazón o de corazón y pulmón	$0 de copago para servicios de rehabilitación cardiaca cubiertos por Medicare. *Puede requerirse una remisión.* $0 de copago para servicios de rehabilitación cardiaca intensiva cubiertos por Medicare. *Puede requerirse una remisión.*

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios de rehabilitación cardíaca - continuación • Insuficiencia cardíaca crónica estable Limitaciones de cobertura: Puede recibir hasta 36 sesiones de rehabilitación cardíaca. Puede recibir 2 sesiones al día (de 1 hora cada una), y el programa puede durar hasta 36 semanas. Si reúne los requisitos, podría recibir 36 sesiones adicionales, distribuidas en un período de tiempo más prolongado.	
Consulta para reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (tratamiento para las enfermedades cardiovasculares) Cubrimos una consulta por año con su médico de atención primaria para ayudarlo a disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Durante esta consulta, su médico puede analizar el uso de aspirina (si corresponde), medir su presión arterial y brindarle consejos para asegurarse de que usted esté comiendo sano.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo para el tratamiento conductual intensivo de enfermedades cardiovasculares.
Pruebas para detectar enfermedades cardiovasculares Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas al riesgo elevado de enfermedades cardiovasculares) una vez cada 5 años (60 meses).	No requiere coseguro, copago ni deducible para el análisis para detectar enfermedades cardiovasculares que se cubre una vez cada 5 años.
Prueba de detección de cáncer de cuello de útero y de vagina Los servicios cubiertos incluyen: • Pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses para todas las mujeres	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de Papanicolaou y los

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Prueba de detección de cáncer de cuello de útero y de vagina - continuación • Una prueba de Papanicolaou cada 12 meses si tiene un riesgo alto de padecer cáncer de cuello de útero o de vagina, o está en edad de procrear y ha obtenido un resultado anormal en una prueba de Papanicolaou en los últimos 3 años	exámenes pélvicos preventivos cubiertos por Medicare.
Servicios de quiropráctica Los servicios cubiertos incluyen: • Solo cubrimos la manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación vertebral	$0 de copago por servicios de quiropráctica cubiertos por Medicare. *Puede requerirse una remisión.* *Puede requerirse una autorización previa.*
Prueba de detección de cáncer colorrectal Están cubiertas las siguientes pruebas de detección: • 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 tienen alto riesgo de cáncer colorrectal y está cubierta cuando hayan transcurrido 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 pacientes que tienen alto riesgo de cáncer colorrectal, se cubre una colonografía por	No se requiere coseguro, copago ni deducible para una prueba de detección de cáncer colorrectal cubierta por Medicare. Si su médico encuentra y retira un pólipo u otro tejido durante la colonoscopia o sigmoidoscopia flexible, la prueba de detección se convierte en una prueba de diagnóstico y está sujeta a $0 de copago por los servicios de su médico.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Prueba de detección de cáncer colorrectal - continuación tomografía computarizada de detección realizada al menos 23 meses después del mes en que se realizó la última colonografía por tomografía computarizada de detección o la última colonoscopia de detección. • Sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 120 meses para los pacientes que no tienen alto riesgo después de que el paciente se hiciera una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para los pacientes de alto riesgo a partir de la última sigmoidoscopia flexible o colonografía por tomografía computarizada. • Análisis de sangre oculta en materia fecal para pacientes de 45 años y más. Una vez cada 12 meses. • ADN de heces de múltiples cadenas para pacientes de 45 a 85 años y que no cumplen con los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Análisis de biomarcador en sangre para pacientes de 45 a 85 años y que no cumplen con los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de detección de seguimiento después de que una prueba de detección de cáncer colorrectal con heces no invasiva cubierta por Medicare dé un resultado positivo. • Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una sigmoidoscopia flexible de detección o colonoscopia de detección planificada, que implican la remoción de tejido u otro material, u otro procedimiento realizado con relación a la prueba de detección, como resultado de esta, y en la misma consulta clínica.	
Servicios dentales En general, los servicios dentales preventivos (como limpiezas, exámenes de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos	$0 de copago por cada servicio dental cubierto por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios dentales - continuación	
por Original Medicare. Sin embargo, Medicare paga los servicios dentales en una cantidad limitada de circunstancias, específicamente cuando ese servicio es una parte integral del tratamiento específico de una afección médica primaria de una persona. Los ejemplos incluyen la reconstrucción de la mandíbula tras una fractura o lesión, las extracciones dentales realizadas como preparación para un tratamiento de radioterapia por cáncer que afecte a la mandíbula, o los exámenes orales previos a un trasplante de un órgano. Además, cubrimos:	*Puede requerirse una autorización previa.*
<u>Servicios dentales complementarios (p.ej., de rutina)</u> El plan tiene una asignación de beneficios de $3,000 cada año para todos los servicios dentales integrales cubiertos dentro y fuera de la red. Usted es responsable de los montos que excedan la asignación del beneficio.*	
• **Atención dental de diagnóstico y preventiva** Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente	
○ Exámenes orales periódicos - 2 cada año	**Dentro de la red** $0 de copago por cada examen oral.* *Puede requerirse una autorización previa.* **Fuera de la red**▪ 25% de coseguro por cada examen oral.* *Puede requerirse una autorización previa.*
○ Limpiezas (profilaxis) - 2 cada año	**Dentro de la red**

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios dentales - continuación	
	$0 de copago por cada limpieza.* *Puede requerirse una autorización previa.* **Fuera de la red**▪ 25% de coseguro por cada limpieza.* *Puede requerirse una autorización previa.*
○ Tratamiento con fluoruro - 1 cada año	**Dentro de la red** $0 de copago por cada tratamiento con fluoruro.* *Puede requerirse una autorización previa.* **Fuera de la red**▪ 25% de coseguro por cada tratamiento con fluoruro.* *Puede requerirse una autorización previa.*
○ Radiografías dentales - 1 juego(s) cada fecha de servicio hasta 3 años según el tipo de servicio	**Dentro de la red** $0 de copago por radiografías dentales por consulta.* *Puede requerirse una autorización previa.* **Fuera de la red**▪ 25% de coseguro por radiografías dentales por consulta.*

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios dentales - continuación	
	Puede requerirse una autorización previa.
○ Otros servicios dentales de diagnóstico - 1 por consulta	**Dentro de la red** $0 de copago por otros servicios dentales de diagnóstico por consulta.* *Puede requerirse una autorización previa.* **Fuera de la red▪** 25% de coseguro por otros servicios dentales de diagnóstico por consulta.* *Puede requerirse una autorización previa.*
○ Otros servicios dentales preventivos - 1 por diente cada 6 meses	**Dentro de la red** $0 de copago por otros servicios dentales preventivos por consulta.* *Puede requerirse una autorización previa.* **Fuera de la red▪** 25% de coseguro por otros servicios dentales preventivos por consulta.* *Puede requerirse una autorización previa.*
• **Atención dental integral** Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente	

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios dentales - continuación	
○ Servicios de restauración - 1 cada 1 hasta 7 años del plan por diente según el tipo de servicio	**Dentro de la red** $0 de copago por cada servicio de restauración.* *Puede requerirse una autorización previa.* **Fuera de la red▪** 25% de coseguro por cada servicio de restauración.* *Puede requerirse una autorización previa.*
○ Endodoncia - 1 por diente una vez en la vida	**Dentro de la red** $0 de copago por cada servicio de endodoncia.* *Puede requerirse una autorización previa.* **Fuera de la red▪** 25% de coseguro por cada servicio de endodoncia.* *Puede requerirse una autorización previa.*
○ Periodoncia - 1 cada 6 meses hasta de por vida según el tipo de servicio	**Dentro de la red** $0 de copago por cada servicio de periodoncia.* *Puede requerirse una autorización previa.*

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios dentales - continuación	
	Fuera de la red▪ 25% de coseguro por cada servicio de periodoncia.* *Puede requerirse una autorización previa.*
○ Cirugía oral/maxilofacial - 1 cada fecha de servicio - de por vida, cada fecha de servicio de por vida según el tipo de servicio	**Dentro de la red** $0 de copago por cada servicio oral maxilofacial. * *Puede requerirse una autorización previa.*
	Fuera de la red▪ 25% de coseguro por cada servicio oral maxilofacial.* *Puede requerirse una autorización previa.*
○ Prostodoncia, fija - 1 cada 2 a 7 años por diente según el tipo de servicio	**Dentro de la red** $0 de copago por cada servicio de prostodoncia fija.* *Puede requerirse una autorización previa.*
	Fuera de la red▪ 25% de coseguro por cada servicio de prostodoncia fija.* *Puede requerirse una autorización previa.*
○ Prostodoncia, removible - 1 cada año hasta 5 años según el tipo de servicio	**Dentro de la red** $0 de copago por cada servicio de prostodoncia removible. *

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios dentales - continuación	
	Puede requerirse una autorización previa.
	Fuera de la red▪ 25% de coseguro por cada servicio de prostodoncia removible.* *Puede requerirse una autorización previa.*
○ Servicios generales complementarios - 1 cada fecha de servicio hasta cada 5 años según el tipo de servicio	**Dentro de la red** $0 de copago por cada servicio general complementario. * *Puede requerirse una autorización previa.*
	Fuera de la red▪ 25% de coseguro por cada servicio general complementario.* *Puede requerirse una autorización previa.*
Antes de obtener los servicios, se recomienda a los miembros que consulten sus opciones de tratamiento con un proveedor participante en servicios dentales de rutina. El tratamiento debe iniciarse y completarse mientras esté cubierto por el plan durante el año del plan. El costo de los servicios dentales no cubiertos por el plan es responsabilidad del miembro. **Si tiene preguntas sobre cómo encontrar un proveedor, presentar una reclamación o para obtener más información, llame a Servicios para los miembros.** **Puede encontrar información adicional sobre la cobertura dental, incluida una lista detallada de los procedimientos**	▪**Si decide acudir a un dentista fuera de la red, los costos que paga de su bolsillo podrían ser más elevados. Los proveedores dentales fuera de la red no están obligados a aceptar el pago del plan como pago total. Si le cobran más de lo que paga el plan, usted es responsable de la diferencia, incluso por**

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios dentales - continuación **cubiertos, en nuestra Información acerca de los beneficios dentales en:** go.wellcare.com/dental-gold	**servicios que tienen $0 de copago.**
Prueba de detección de depresión Cubrimos un examen de detección de depresión por año. La prueba de detección debe realizarse en un establecimiento de atención primaria que pueda brindar tratamiento de seguimiento y/o remisiones.	No hay coseguro, copago ni deducible por una consulta para una prueba de detección de depresión anual.
Prueba de detección de diabetes Cubrimos esta prueba (incluidas pruebas de glucosa en ayunas) si tiene alguno de estos 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. Es posible que usted sea elegible para realizarse hasta 2 pruebas de detección de diabetes cada 12 meses después de la fecha de su prueba de detección de diabetes más reciente.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.
Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para pacientes diabéticos Para todas las personas que padecen diabetes (ya sea que usen insulina o no), los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Suministros para controlar su glucosa en sangre: glucómetro (monitor tradicional de glucosa en sangre mediante punción digital), monitores de glucosa continuos (continuous Glucose Monitors, CGM), 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.	$0 de copago por el monitor de glucosa en sangre cubierto por Medicare (monitor de glucosa en sangre tradicional mediante punción en el dedo). *Puede requerirse una autorización previa.* $0 de copago por los monitores continuos de glucosa cubiertos

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para pacientes diabéticos - continuación	
	por Medicare (Continuous Glucose Monitors, CGM). *Puede requerirse una autorización previa.* $0 de copago para las tiras reactivas para análisis de glucosa en sangre cubiertas por Medicare, los dispositivos de punción y lancetas, y las soluciones de control de glucosa. *Puede requerirse una autorización previa.* Sin embargo, usted aún podría tener que pagar hasta el 20% del monto por los productos que Delaware Medicaid no cubre.
• Para las personas que padecen diabetes y pie diabético grave, un par de zapatos terapéuticos a medida por año calendario (con los zapatos se incluyen las plantillas ortopédicas) y 2 pares adicionales de plantillas ortopédicas, o un par de zapatos profundos y 3 pares de plantillas ortopédicas (con los zapatos no se incluyen las plantillas ortopédicas extraíbles que no están hechas a medida) incluida la adaptación.	$0 de copago por zapatos o plantillas terapéuticos cubiertos por Medicare para las personas que padecen diabetes y pie diabético grave. *Puede requerirse una autorización previa.* Sin embargo, usted aún podría tener que pagar hasta el 20% del monto por los productos que Delaware Medicaid no cubre.
• La capacitación para el autocontrol de la diabetes en determinadas situaciones.	$0 de copago por cada servicio de capacitación para el autocontrol de la diabetes cubierto por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para pacientes diabéticos - continuación Los productos Accu-Chek™ Guide y True Metrix™ son nuestros suministros preferidos para pruebas de diabetes (glucómetros y tiras reactivas). Dexcom y FreeStyle Libre son nuestras marcas preferidas de monitores de glucosa continuos (Continuous Glucose Monitor, CGM). Para obtener más información acerca de los artículos que están en nuestra lista de suministros preferidos para pruebas y monitoreo de diabetes, comuníquese con Servicios para los miembros. Si usted usa suministros para pruebas y monitoreo de la diabetes que no son los preferidos por el plan, hable con su proveedor para obtener una receta nueva o para solicitar la autorización previa para el glucómetro y las tiras reactivas no preferidos.	*Puede requerirse una remisión.* Sin embargo, usted aún podría tener que pagar hasta el 20% del monto por los productos que Delaware Medicaid no cubre.
Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) y suministros relacionados (Para leer una definición de equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME), consulte el Capítulo 12 y Capítulo 3) 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. Cubrimos todo el DME que sea médicamente necesario cubierto por Original Medicare. Si nuestro proveedor en su área no trabaja una marca o un fabricante en particular, puede solicitarle que realice un pedido especial para usted. La lista más actualizada de	$0 de copago por equipo médico duradero cubierto por Medicare. *Puede requerirse una autorización previa.* $0 de copago por suministros médicos cubiertos por Medicare. *Puede requerirse una autorización previa.* Su costo compartido por la cobertura de Medicare para el

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) y suministros relacionados - continuación	
proveedores está disponible en nuestro sitio web en go.wellcare.com/2027providerdirectories.	equipo de oxígeno es $0 de copago, cada 36 meses. Su costo compartido no cambiará después de estar inscrito durante 36 meses. Si antes de inscribirse en nuestro plan hubiera hecho pagos de alquiler por 36 meses por la cobertura de equipo de oxígeno, su costo compartido en nuestro plan es $0 de copago.
Atención de emergencia	
La atención de emergencia hace referencia a los servicios que: • Son brindados por un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia • Son necesarios para evaluar o estabilizar una afección de emergencia Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente, con un conocimiento normal sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren de atención médica inmediata para evitar que pierda la vida (y si está embarazada, la pérdida del feto), una extremidad o la función de una extremidad. Los síntomas médicos podrían ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso, o una afección médica que se agrava rápidamente. Los costos compartidos para los servicios de emergencia necesarios que se brindan fuera de la red son los mismos que cuando usted obtiene estos servicios dentro de la red.	$0 de copago por cada consulta de atención de emergencia cubierta por Medicare. Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención para pacientes internados después de que su afección de emergencia se estabilice, debe trasladarse a un hospital dentro de la red se siga cubriendo su atención o deberá recibir la autorización de nuestro plan para recibir atención para pacientes internados en el hospital fuera

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Atención de emergencia - continuación	
	de la red y su costo es el costo compartido que pagaría en un hospital dentro de la red.
Los servicios de emergencia fuera de los Estados Unidos están cubiertos.	$115 de copago por servicios de emergencia fuera de los Estados Unidos.* Usted paga este monto incluso si se le ingresa al hospital por la misma afección. Está cubierto por hasta $50,000 cada año por servicios de emergencia o de urgencia fuera de Estados Unidos.
Programas educativos sobre salud y bienestar	
• **Línea de asesoramiento de enfermería** El servicio telefónico de la Línea de asesoramiento de enfermería cuenta con personal de enfermería capacitado, con licencia y disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Las enfermeras brindan asesoramiento sobre consultas de salud, ayudan a los miembros a determinar el nivel de atención más adecuado y ofrecen apoyo ante inquietudes de salud que no son de emergencia. Puede tener acceso a la Línea de asesoramiento de enfermería llamando a Servicios para los miembros y solicitar que lo transfieran a la Línea de asesoramiento de enfermería.	$0 de copago por la línea de asesoramiento de enfermería.*
• **Beneficio de acondicionamiento físico** Nuestro plan ofrece un programa de acondicionamiento físico que brinda acceso al centro de acondicionamiento físico en todo el país.	$0 de copago por el beneficio de acondicionamiento físico.*

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Programas educativos sobre salud y bienestar - continuación Para ayudarle a llevar un estilo de vida activo y saludable, tiene acceso a las siguientes ventajas sin costo alguno: ○ Membresía del centro de acondicionamiento físico: Elija entre una gran variedad de centros de acondicionamiento físico presenciales que participan en la red de acondicionamiento físico. La membresía incluye el acceso a los servicios de un club de acondicionamiento físico o de un estudio de acondicionamiento físico, así como a las lecciones de ejercicio grupales que se ofrecen. Puede tener acceso a uno o más gimnasios dentro de la red de acondicionamiento físico. ○ Kits de acondicionamiento físico en el hogar: Puede elegir entre una amplia variedad de kits de acondicionamiento físico en el hogar. Puede recibir hasta 1 kit por año de beneficios. ○ Programa de acondicionamiento físico digital: Elija entre miles de vídeos de ejercicio bajo pedido a través de la biblioteca digital, acceda a clases virtuales y a una aplicación móvil. Para obtener más información sobre este beneficio de acondicionamiento físico, por favor llame a Servicios para los miembros.	
Servicios auditivos Las evaluaciones auditivas y de equilibrio con fines de diagnóstico que realiza su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico están cubiertas como atención para pacientes externos cuando usted las recibe de parte de un médico, audiólogo u otro proveedor calificado. **Nuestro plan también cubre los siguientes servicios auditivos complementarios (p.ej., servicios de rutina):**	$0 de copago por cada examen de audición cubierto por Medicare. *Puede requerirse una autorización previa.*

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios auditivos - continuación	
• 1 examen de audición de rutina cada año.	$0 de copago por 1 examen de audición de rutina cada año.* *Puede requerirse una autorización previa.*
• 1 ajuste y evaluación de audífonos cada año.	$0 de copago por 1 ajuste y evaluación de audífonos cada año.* *Puede requerirse una autorización previa.*
• 1 audífono no implantable por hasta $2,000 por oído cada año. Límite de 2 audífonos no implantables cada año. El beneficio incluye una garantía de 3 años que cubre la pérdida y los daños con un suministro de baterías. Cualquier costo de audífonos que exceda el máximo del beneficio mencionado arriba será su responsabilidad. Los audífonos adicionales no están cubiertos. **Los servicios auditivos de rutina deben recibirse de un proveedor participante dentro de la red de proveedores para recibir el beneficio auditivo completo cubierto por el plan.** Para obtener más información acerca de su proveedor de servicios auditivos, obtener la información de contacto y los beneficios que tiene, llame a Servicios para los miembros.	$0 de copago por 2 audífono(s) cada año.* *Puede requerirse una autorización previa.*
Prueba de detección de VIH Para personas que solicitan una prueba de detección de VIH o que están en mayor riesgo de infección por el VIH, cubrimos lo siguiente: • Una prueba de detección cada 12 meses Si usted está embarazada, cubrimos: • Hasta 3 pruebas de detección durante un embarazo	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para pruebas de detección de VIH preventivas cubiertas por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Agencia de atención médica a domicilio Antes de recibir los servicios de atención médica a domicilio, un médico debe certificar que usted necesita servicios de atención médica a domicilio y solicitará que una agencia de atención médica a domicilio le brinde estos servicios. El requisito es que no pueda salir de su casa, lo que significa que hacerlo implica un gran esfuerzo. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios de enfermería especializada o los servicios de auxiliar de atención de la salud a domicilio en forma intermitente o de medio tiempo (para que se cubran a través del beneficio de atención médica a domicilio, los servicios de enfermería especializada y los servicios de auxiliar de atención de la salud 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	$0 de copago por cada servicio de atención de la agencia de atención médica a domicilio cubierto por Medicare. *Puede requerirse una remisión.* *Puede requerirse una autorización previa.*
Tratamiento de infusión en el hogar El tratamiento de infusión en el hogar implica la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a una persona en su 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). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, brindados de conformidad con nuestro plan de atención • La capacitación y la educación del paciente que no estén cubiertas de otra manera por el beneficio de equipo médico duradero	$0 de copago por servicios profesionales de un proveedor de atención primaria (PCP), incluidos los servicios de enfermería, capacitación y educación, monitoreo remoto y servicios de monitoreo. $0 de copago por servicios profesionales de un especialista, incluidos los servicios de enfermería, de capacitación y educativos, la supervisión remota y servicios de supervisión.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Tratamiento de infusión en el hogar - continuación	
• 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	*Puede requerirse una remisión.* *Puede requerirse una autorización previa.*
	El equipo y los suministros para la infusión en el hogar están cubiertos por su beneficio de Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME). Consulte la sección "Equipo médico duradero (Durable medical equipment, DME) y suministros relacionados" para obtener información de costos compartidos. Los medicamentos de infusión en el hogar están cubiertos por su beneficio de medicamentos de la Parte B de Medicare. Consulte la sección "Medicamentos de la Parte B de Medicare" para obtener información sobre costos compartidos.
Atención en un hospicio 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 de 6 meses o menos	Cuando se inscribe en un programa de hospicios certificado por Medicare, sus servicios de hospicio y sus

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Atención en un hospicio - continuación si su enfermedad sigue el curso normal. Es posible que reciba atención a través de cualquier programa de hospicio certificado por Medicare. Nuestro plan está obligado a ayudarlo a encontrar programas de hospicios certificados por Medicare en el área de servicio de nuestro plan, incluidos aquellos programas que poseemos, controlamos o en los que tenemos interés financiero. Su médico del hospicio puede ser un proveedor dentro o fuera de la red. Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Medicamentos para controlar síntomas y aliviar el dolor • Atención a corto plazo durante el relevo • Atención a domicilio Cuando es admitido en un hospicio, tiene derecho a permanecer en nuestro plan; si elige permanecer en nuestro plan, debe seguir pagando las primas del plan. **Para los servicios de hospicio y para los servicios cubiertos por la Parte A o B de Medicare y que se relacionan con su diagnóstico de enfermedad terminal:** 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 relacionados 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. **Para los servicios cubiertos por la Parte A o B de Medicare y que no se relacionan con su diagnóstico de enfermedad terminal:** Si usted necesita servicios que no son de emergencia, servicios que no se necesitan con urgencia cubiertos por la Parte A o por la Parte B que no están relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal, su costo por 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 para obtener autorización previa). • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red y sigue las normas del plan para obtener un servicio, usted	servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal los paga Original Medicare, no nuestro plan. Podría aplicarse un costo compartido por los servicios médicos por los servicios de consulta de hospicio. Consulte la sección "Servicios de médicos/profesionales" de esta tabla para obtener información sobre los costos compartidos.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Atención en un hospicio - continuación solo paga el monto de costo compartido de nuestro plan por los servicios dentro de la red • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, usted paga el costo compartido conforme a Original Medicare **Para los servicios cubiertos por nuestro plan, pero que no están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare:** Nuestro plan seguirá cubriendo los servicios cubiertos que no estén cubiertos por la Parte A o la Parte B, ya sea que estén o no relacionados con su pronóstico de enfermedad terminal. Usted paga el monto del costo compartido de nuestro plan por estos servicios. **Para los medicamentos que podrían estar cubiertos por el beneficio de la Parte D de nuestro 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, usted paga el costo compartido de Original Medicare. Los medicamentos nunca están cubiertos por el hospicio y nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte la Sección 9.4 del Capítulo 5. **Nota:** Si necesita atención médica que no sea en un hospicio (atención que no está relacionada con su diagnóstico de enfermedad terminal), comuníquese con nosotros para coordinar los servicios. 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.	
Inmunizaciones Los servicios de la Parte B cubiertos por Medicare incluyen: • Vacunas contra la neumonía	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra neumonía,

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Inmunizaciones - continuación • Vacunas (o inmunizaciones) contra la gripe/influenza, una vez en cada temporada de gripe/influenza en el otoño y el invierno, y vacunas (o inmunizaciones) adicionales contra la gripe/influenza si son médicamente necesarios • Vacunas contra la hepatitis B si nunca ha recibido la serie completa, no conoce su historial de vacunación o padece alguna otra afección que le exponga a un riesgo alto o intermedio de contraer la hepatitis B • Vacunas contra COVID-19 • Otras vacunas si su salud está en riesgo y si estas cumplen con las normas de cobertura de la Parte B de Medicare También cubrimos la mayoría de las otras vacunas para adultos en virtud del beneficio de medicamentos de la Parte D.	gripe/influenza, hepatitis B ni COVID-19. Para otras vacunas cubiertas por Medicare (si usted está en riesgo y estas cumplen con las normas de cobertura de la Parte B de Medicare), consulte la sección de medicamentos con receta de la Parte B de Medicare que se encuentra en esta tabla para saber cuál es el costo compartido aplicable. *Algunos medicamentos de la Parte B requieren autorización previa para estar cubiertos.*
Atención hospitalaria para pacientes internados Incluye cuidados agudos para pacientes internados, rehabilitación para pacientes internados, hospitales de atención a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes internados. La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día en que usted formalmente ingresa al hospital con una orden del médico. El día anterior a su alta médica es su último día como paciente internado. Usted tiene cobertura para 90 días de hospitalizaciones cubiertas por Medicare para pacientes internados. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesaria) • Comidas incluidas dietas especiales • Servicios de enfermería permanentes • Costos de las unidades de cuidados especiales (por ejemplo, unidades de cuidados intensivos o coronarios) • Fármacos y medicamentos	Por admisiones cubiertas por Medicare, por admisión: $0 de copago por cada hospitalización. Días de reserva de por vida $0 de copago por día. Los días de reserva de por vida son días adicionales que el plan pagará cuando los miembros se encuentran en un hospital por más días que el número de días cubiertos por el plan. Los miembros tienen un total de 60 días de reserva que se pueden utilizar a lo largo de su vida.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Atención hospitalaria para pacientes internados - continuación • Análisis de laboratorio • Radiografías y otros servicios radiológicos • Suministros médicos y quirúrgicos necesarios • Uso de aparatos, como sillas de ruedas • Costos de las salas de operaciones y de recuperación • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje • Servicios por abuso 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, usted puede elegir un lugar cerca siempre y cuando los proveedores locales de trasplante estén dispuestos a aceptar la tarifa de Original Medicare. Si nuestro plan brinda servicios de trasplante en un lugar fuera del patrón de atención para trasplantes en su comunidad y usted elige llevar a cabo el trasplante en este lugar distante, coordinaremos o pagaremos los costos de transporte y alojamiento correspondientes para usted y un acompañante. • Sangre: se incluyen almacenamiento y administración. La cobertura de sangre entera y de concentrado de glóbulos rojos comienza únicamente con la primera pinta de sangre que necesite. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta. • Servicios de un médico **Nota:** Para ser paciente internado, el proveedor debe hacer una orden por escrito para que lo ingresen de manera formal como paciente internado en el hospital. Aunque usted permanezca en el	Si recibe atención para pacientes internados autorizada en un hospital fuera de la red una vez que se ha estabilizado su afección de emergencia, su costo será el costo compartido que pagaría en un hospital de la red. *Puede requerirse una remisión.* *Puede requerirse una autorización previa.*

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Atención hospitalaria para pacientes internados - continuación hospital durante la noche, podría ser considerado un paciente externo. Si no está seguro de si es un paciente internado o un paciente externo, consulte con el personal del hospital. • Obtenga más información en la hoja de datos de Medicare *Medicare Hospital Benefits (Beneficios hospitalarios de Medicare)*. Esta hoja de datos se encuentra disponible en internet en Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o puede obtenerla llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.	
Servicios de hospitalización en un hospital psiquiátrico Los servicios cubiertos incluyen servicios de salud mental que requieren hospitalización. Usted está cubierto por 90 días por admisión en estadías cubiertas por Medicare. Hay un límite de por vida de 190 días para los servicios de salud mental para pacientes internados en un hospital psiquiátrico. El límite de 190 días no se aplica a los servicios de salud mental para pacientes internados prestados en la unidad psiquiátrica de un hospital general. Si ha usado parte de su beneficio de 190 días de por vida de Medicare antes de inscribirse en nuestro plan, entonces usted tiene derecho a recibir los días de por vida que le restan.	Para admisiones cubiertas por Medicare, por admisión: $0 de copago por cada estadía de salud mental. Días de reserva de por vida $0 de copago por día. Días de reserva de por vida son días adicionales que el plan pagará cuando los miembros estén en un hospital por más de la cantidad de días cubiertos por el plan. Los miembros tienen un total de 60 días de reserva que pueden utilizar durante su vida. *Puede requerirse una remisión.* *Puede requerirse una autorización previa.* Si recibe atención para pacientes internados autorizada en un hospital fuera

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios de hospitalización en un hospital psiquiátrico - continuación	
	de la red una vez que se ha estabilizado su afección de emergencia, su costo será el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.
Hospitalización: servicios cubiertos recibidos en un hospital o SNF durante una hospitalización no cubierta Si ha agotado sus beneficios para paciente internado o si la hospitalización no es razonable ni necesaria, no cubriremos su hospitalización. En algunos casos, cubriremos ciertos servicios que recibe mientras está en el hospital o en el centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios de un médico • Pruebas de diagnóstico (como los análisis de laboratorio) • Tratamiento con radiografías, radio e isótopos, incluidos los servicios y materiales de los técnicos • Vendajes quirúrgicos • Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones • Dispositivos 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,	Los servicios mencionados seguirán estando cubiertos con los montos de costo compartido que se muestran en la tabla de beneficios para el servicio específico.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Hospitalización: servicios cubiertos recibidos en un hospital o SNF durante una hospitalización no cubierta - continuación al desgaste, a la pérdida o a un cambio en el estado físico del paciente • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla	
Comidas **Comidas para después de los cuidados agudos** • En el caso de los miembros que han sido dados de alta de un centro hospitalario para pacientes internados, el plan proporcionará un máximo de 2 comidas al día durante 14 días para un total de 28 comidas sin costo para usted. Los servicios deben solicitarse en un plazo de 45 días a partir de la fecha de alta de su estadía como paciente internado. Sujeto a disponibilidad, usted puede elegir recibir comidas frescas congeladas, comidas refrigeradas o batidos nutricionales. Usted podría elegir recibir una combinación de comidas y batidos dentro del límite total de su beneficio.	$0 de copago por cada comida o batido médicamente necesarias para después de los cuidados agudos cubierto por el plan.* *Puede requerirse una remisión.*
Terapia de nutrición médica Este beneficio es para personas que padecen diabetes, enfermedades renales (del riñón) (pero sin tratamiento de diálisis) o después de un trasplante de riñón con una orden de su médico. 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 otro plan Medicare Advantage u Original Medicare) y luego, 2 horas cada año. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambia, usted podría obtener más horas de tratamiento con la orden de un médico. El médico debe recetarle estos servicios y renovar la orden cada año si usted necesita tratamiento en el siguiente año calendario.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para servicios de terapia médica nutricional cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Programa de prevención de la diabetes de Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP) **Los servicios del Programa de prevención de la diabetes de Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP) están cubiertos para las personas elegibles a través de todos los planes de salud de Medicare.** 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.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio del MDPP.
Medicamentos de la Parte B de Medicare **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:** • 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 artículo de equipo médico duradero (por ejemplo, una bomba de insulina médicamente necesaria) • Otros medicamentos que usted toma y se administran con equipo médico duradero (por ejemplo, nebulizadores) que fueron autorizados por nuestro plan • El medicamento para Alzheimer, Leqembi® (nombre genérico lecanemab) se administra por vía intravenosa. Además de los costos de los medicamentos, usted podría necesitar estudios de exploración y pruebas adicionales antes y/o durante el tratamiento que podrían agregarse a sus costos totales. Consulte con su médico qué estudios de exploración y pruebas podría necesitar como parte de su tratamiento	Algunos medicamentos pueden estar sujetos al tratamiento escalonado. Es posible que la farmacia deba enviar reclamaciones tanto a nuestro plan como a Delaware Medicaid para que usted reciba los medicamentos de la Parte B con los costos compartidos que se muestran a continuación. **Medicamentos de insulina de la Parte B de Medicare** $0 de copago por medicamentos de insulina de la Parte B cubiertos por Medicare. *Puede requerirse una autorización previa.*

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Medicamentos de la Parte B de Medicare - continuación	
• Factores de la coagulación que usted se aplica a sí mismo mediante una inyección si tiene hemofilia • Medicamentos para trasplantes/inmunosupresores: Medicare cubre el tratamiento farmacológico para trasplantes si Medicare pagó por su trasplante de órgano. Usted debe tener la Parte A en el momento del trasplante cubierto, y debe tener la Parte B en el momento en que recibe los medicamentos inmunosupresores. La cobertura para medicamentos de la Parte D de Medicare cubre 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 el medicamento	**Otros medicamentos de la Parte B de Medicare** $0 de copago por todos los demás medicamentos de la Parte B cubiertos por Medicare. *Puede requerirse una autorización previa.*
• Algunos antígenos: Medicare cubre antígenos si un médico los prepara y una persona debidamente instruida (que podría ser usted, el paciente) los administra bajo la supervisión adecuada • Determinados medicamentos orales para el tratamiento del cáncer: Medicare cubre algunos medicamentos orales para el 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 ingrediente activo que se encuentra en el medicamento inyectable) del medicamento inyectable. A medida que estén disponibles nuevos medicamentos orales para el tratamiento del cáncer disponibles, la Parte B podría cubrirlos. Si la Parte B no los cubre, lo hará la Parte D. • Medicamentos orales contra las náuseas: Medicare cubre los medicamentos orales contra las náuseas que usted usa como parte de un tratamiento de quimioterapia contra el cáncer si se administran antes, durante o en un plazo de 48 horas posteriores a la quimioterapia, o si se usan como reemplazo terapéutico completo de un medicamento intravenoso contra las náuseas	**Medicamentos para quimioterapia/Radiación de la Parte B de Medicare** $0 de copago por medicamentos para quimioterapia de la Parte B cubiertos por Medicare. *Puede requerirse una autorización previa.*

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Medicamentos de la Parte B de Medicare - continuación • Ciertos medicamentos orales para la enfermedad renal terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD) cubiertos por la Parte B de Medicare • Medicamentos calcimiméticos y medicamentos quelantes de fosfato 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 heparina, el antídoto para la heparina cuando sea médicamente 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, Retacrit®) • Inmunoglobulinas intravenosas para el tratamiento a domicilio de deficiencias inmunitarias primarias • Nutrición parenteral y enteral (intravenosa y para sondas) Este enlace, le dirigirá hacia una lista de medicamentos de la Parte B que podrían estar sujetos al tratamiento escalonado: go.wellcare.com/DEStepTherapy. También cubrimos algunas vacunas a través de la Parte B y la mayoría de las vacunas para adultos en virtud de nuestro beneficio de cobertura para medicamentos de la Parte D. El Capítulo 5 explica nuestro beneficio para medicamentos de la Parte D, incluidas las normas que usted debe seguir para que se cubran los medicamentos con receta. Lo que usted paga por los medicamentos de la Parte D a través de nuestro plan se explica en el Capítulo 6.	

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Prueba de detección de obesidad y tratamiento para fomentar la pérdida de peso continua Si usted tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos asesoramiento intensivo para ayudarlo a perder peso. Este asesoramiento está cubierto si usted lo recibe en un establecimiento de atención primaria, donde se puede coordinar con su plan integral de prevención. Para obtener más información, consulte con su médico de atención primaria o profesional de la salud.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los tratamientos y las pruebas de detección de obesidad preventivos.
Servicios del programa de tratamiento para opioides 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: • Medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) de los Estados Unidos y medicamentos agonistas y antagonistas de opioides para tratamiento asistido por medicamentos (Medication-Assisted Treatment, MAT) • Suministro y administración de medicamentos de MAT (si corresponde) • Asesoramiento sobre consumo de sustancias • Terapia individual y grupal • Pruebas toxicológicas • Actividades de admisión • Evaluaciones periódicas	$0 de copago por cada servicio de programa de tratamiento para opioides cubierto por Medicare. *Puede requerirse una remisión.* *Puede requerirse una autorización previa.*

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:	
• Radiografías	$0 de copago por radiografías cubiertas por Medicare. *Puede requerirse una remisión.* *Puede requerirse una autorización previa.*
• Radioterapia (radio e isótopos) que incluye materiales de los técnicos y suministros	$0 de copago por servicios de terapia radiológica cubiertos por Medicare. *Puede requerirse una remisión.* *Puede requerirse una autorización previa.*
• Suministros quirúrgicos, por ejemplo, vendajes • Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones	$0 de copago por suministros médicos cubiertos por Medicare, incluyendo yesos y entablillados. *Puede requerirse una autorización previa.*
• Análisis de laboratorio	$0 de copago por cada servicio de laboratorio cubierto por Medicare. *Puede requerirse una remisión.* *Puede requerirse una autorización previa.*
• Sangre: se incluyen almacenamiento y administración. La cobertura de sangre entera y de glóbulos rojos concentrados comienza con la primera pinta de sangre que	$0 de copago por servicios de sangre cubiertos por Medicare. *Puede requerirse una remisión.*

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos - continuación	
necesite. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta utilizada.	
• Pruebas de diagnóstico que no son de laboratorio como tomografías computarizadas (Computed Tomography, CT), imágenes por resonancia magnética (Magnetic Resonance Imaging, MRI), electrocardiogramas (EKG) y tomografías por emisión de positrones (Positron Emission Tomography, PET) cuando su médico u otro proveedor de atención médica las ordena para tratar un problema médico	$0 de copago por servicios de radiología de diagnóstico cubiertos por Medicare. *Puede requerirse una remisión.* *Puede requerirse una autorización previa.*
• Otros análisis de diagnóstico para pacientes externos	$0 de copago por procedimientos y pruebas de diagnóstico cubiertos por Medicare. *Puede requerirse una remisión.* *Puede requerirse una autorización previa.*
Observación hospitalaria para pacientes externos	
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. Para que los servicios de observación hospitalaria 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.	$0 de copago por cada consulta de servicios de observación cubierta por Medicare. *Puede requerirse una remisión.*

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Observación hospitalaria para pacientes externos - continuación **Nota:** A menos que el proveedor haya dejado por escrito una orden para admitirlo como paciente interno en el hospital, 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, podría ser considerado un paciente externo. Si no está seguro de si es un paciente externo, consulte con el personal del hospital. Obtenga más información en la hoja de datos de Medicare *Medicare Hospital Benefits (Beneficios hospitalarios de Medicare*). Esta hoja de datos se encuentra disponible en internet en Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o puede obtenerla llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.	
Servicios hospitalarios para pacientes externos Cubrimos servicios médicamente necesarios que se le hayan brindado en el departamento de pacientes externos de un hospital para diagnóstico y tratamiento de una enfermedad o lesión. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios en un departamento de emergencias o una clínica para pacientes externos, como servicios de observación o cirugía para pacientes externos • Pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital • Atención de salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que el tratamiento con internación podría ser requerido sin esta atención • Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital • Suministros médicos como entablillados y yesos	Usted paga los montos de costo compartido que se muestran en la Tabla de beneficios médicos para el servicio específico.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios hospitalarios para pacientes externos - continuación • Algunos medicamentos y productos biológicos que no se pueden autoadministrar **Nota:** A menos que el proveedor haya dejado por escrito una orden para admitirlo como paciente interno en el hospital, 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, podría ser considerado un paciente externo. Si no está seguro de si es un paciente externo, consulte con el personal del hospital.	
Atención de salud mental para pacientes externos Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: Servicios de salud mental prestados por un psiquiatra o médico autorizado por el estado, psicólogo clínico, trabajador social clínico (Clinical social worker, CSW), especialista en enfermería clínica (Clinical nurse specialist, CNS), consejero profesional autorizado (Licensed Professional Counselor, LPC), terapeuta familiar y matrimonial con licencia (Licensed Marriage and Family Therapist, LMFT), enfermero con práctica médica (Nurse Practitioner, NP), asistente médico (Physician Assistant, PA) u otro profesional de atención de salud mental calificado por Medicare, según lo permitido por las leyes estatales correspondientes. • Servicios prestados por un psiquiatra	$0 de copago por cada consulta de terapia individual cubierta por Medicare con un psiquiatra. *Puede requerirse una remisión.* *Puede requerirse una autorización previa.* $0 de copago por cada consulta de terapia grupal cubierta por Medicare con un psiquiatra.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Atención de salud mental para pacientes externos - continuación	
	Puede requerirse una remisión. *Puede requerirse una autorización previa.*
• Servicios prestados por otros proveedores de atención de salud mental	$0 de copago por cada consulta de terapia individual cubierta por Medicare con otros proveedores de atención de salud mental. *Puede requerirse una remisión.* *Puede requerirse una autorización previa.*
	$0 de copago por cada consulta de terapia grupal cubierta por Medicare con otros proveedores de atención de salud mental. *Puede requerirse una remisión.* *Puede requerirse una autorización previa.*
Servicios de rehabilitación para pacientes externos Los servicios cubiertos incluyen fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y del lenguaje. Los servicios de rehabilitación para pacientes externos son brindados en varios entornos para pacientes externos, como departamentos de pacientes externos de hospitales, consultorios de terapeutas independientes y Centros de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facilities, CORF).	

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios de rehabilitación para pacientes externos - continuación	
• Servicios prestados por un fisioterapeuta	$0 de copago por cada consulta de fisioterapia cubierta por Medicare. *Puede requerirse una remisión.* *Puede requerirse una autorización previa.*
• Servicios prestados por un terapeuta ocupacional	$0 de copago por cada consulta de terapia ocupacional cubierta por Medicare. *Puede requerirse una remisión.* *Puede requerirse una autorización previa.*
• Servicios prestados por un terapeuta del habla y del lenguaje	$0 de copago por cada consulta de terapia del habla y del lenguaje cubierto por Medicare. *Puede requerirse una remisión.* *Puede requerirse una autorización previa.*
Servicios por trastorno por el consumo de sustancias para pacientes externos	
Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: Los servicios para el trastorno por consumo de sustancias, como las sesiones de terapia individual y grupal proporcionadas por un médico, un psicólogo clínico, un trabajador social clínico, un especialista en enfermería clínica, un enfermero con práctica médica, un asistente médico u otro profesional o programa de atención de salud mental calificado según Medicare o autorizado según las leyes estatales aplicables.	$0 de copago por cada consulta de terapia individual cubierta por Medicare. *Puede requerirse una remisión.* *Puede requerirse una autorización previa.*

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios por trastorno por el consumo de sustancias para pacientes externos - continuación	
	$0 de copago por cada consulta de terapia grupal cubierta por Medicare. *Puede requerirse una remisión.* *Puede requerirse una autorización previa.*
Cirugía para pacientes externos, incluidos servicios brindados en centros hospitalarios para pacientes externos y centros quirúrgicos ambulatorios **Nota:** Si va a ser sometido a una cirugía en un centro hospitalario, consulte con el proveedor 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, podría ser considerado un paciente externo.	
• Servicios prestados en un hospital para pacientes externos	$0 de copago por cada consulta cubierta por Medicare en un centro hospitalario para pacientes externos. *Puede requerirse una remisión.* *Puede requerirse una autorización previa.*
• Servicios prestados en un centro quirúrgico ambulatorio	$0 de copago por cada consulta cubierta por Medicare en un centro quirúrgico ambulatorio. *Puede requerirse una remisión.* *Puede requerirse una autorización previa.*

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios de hospitalización parcial y Servicios intensivos para pacientes	
La *hospitalización parcial* es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo, suministrado como un servicio hospitalario para pacientes externos o en un centro de salud mental comunitario, que es más intenso que la atención que reciba en el consultorio del médico, del terapeuta, del terapeuta familiar y matrimonial con licencia (Licensed Marriage and Family Therapist, LMFT) o en un consultorio de asesores profesionales con licencia y es una alternativa a la hospitalización.	$0 de copago por día, por cada servicio de hospitalización parcial cubierto por Medicare. *Puede requerirse una remisión.* *Puede requerirse una autorización previa.*
El *servicio intensivo para pacientes externos* es un programa estructurado de tratamiento de terapia activa de salud conductual (mental) proporcionado en un departamento de pacientes externos de un hospital, un centro de salud mental comunitario, un Centros de Salud Calificados Federalmente o una Clínicas de Salud Rural, que es más intenso que la atención recibida en el consultorio de su médico, terapeuta, terapeuta familiar y matrimonial con licencia (Licensed Marriage and Family Therapist, LMFT) o en el consultorio de un consejero profesional autorizado (Licensed Professional Counselor, LPC), pero menos intenso que la hospitalización parcial.	$0 de copago por día, por cada servicio intensivo para pacientes externos cubierto por Medicare. *Puede requerirse una remisión.* *Puede requerirse una autorización previa.*
Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico Los servicios cubiertos incluyen: • Atención médica o servicios quirúrgicos médicamente necesarios que usted recibe en un consultorio médico de parte de un proveedor de atención primaria • Servicios de atención médica o servicios quirúrgicos médicamente necesarios prestados en un centro quirúrgico ambulatorio certificado, un departamento de pacientes externos de un hospital o en cualquier otra ubicación	$0 de copago por cada consulta en el consultorio de un PCP cubierta por Medicare. Consulte “Cirugía para pacientes externos” mencionada antes en esta tabla para conocer los montos de costo compartido de las consultas en un centro quirúrgico ambulatorio o en un

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico - continuación	
	entorno hospitalario para pacientes externos.
• Consultas, diagnóstico y tratamiento a cargo de un especialista	$0 de copago por cada consulta con un especialista cubierta por Medicare. *Puede requerirse una remisión.* *Puede requerirse una autorización previa.*
• Otros profesionales de la salud	$0 de copago por cada consulta con otros profesionales de la salud. *Puede requerirse una remisión.* *Puede requerirse una autorización previa.*
• Exámenes auditivos básicos y relacionados con el equilibrio realizados por su *PCP o especialista*, si su médico así lo indica para determinar si usted necesita tratamiento médico	$0 de copago por servicios auditivos cubiertos por Medicare. *Puede requerirse una autorización previa.*
• Ciertos servicios de telesalud, entre ellos: Los servicios de urgencia, los servicios de atención médica a domicilio, médico de atención primaria, terapia ocupacional, especialista, sesiones individuales y grupales para la salud mental, servicios de podiatría, otros profesionales de la salud, sesiones individuales y grupales de servicios de terapia psiquiátrica, de fisioterapia y de servicios de patología del habla y el lenguaje, sesiones individuales y	$0 de copago por consultas virtuales que se llevan a cabo a través de el (los) proveedor(es) de consultas virtuales de su plan. **Tenga en cuenta lo siguiente:** El $0 de copago mencionado antes solamente se aplica

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico - continuación	
grupales por el abuso de sustancias en pacientes externos y de capacitación para el autocontrol de la diabetes. ○ Usted 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. ○ Una consulta virtual (también denominada consulta de telesalud o de telemedicina) es una consulta con un médico, por teléfono o por internet, usando un teléfono inteligente, una tableta o una computadora. Ciertos tipos de consultas podrían requerir internet y un dispositivo equipado con cámara. ○ Nuestro plan ofrece acceso a consultas virtuales durante las 24 horas al día, los 7 días de la semana a médicos certificados por la junta y que forman parte de la red de consultas virtuales para ayudarle a abordar una amplia variedad de preguntas/inquietudes relacionadas con la salud. Los servicios cubiertos incluyen atención médica general, salud conductual, dermatología y más. Para obtener más información, o para encontrar un proveedor de la red de consultas virtuales, llame a Servicios para los miembros.	cuando los servicios se reciben de parte del (de los) proveedor(es) de consultas virtuales del plan. Si recibe servicios en persona o de telemedicina de un proveedor de la red y no de proveedor(es) de consultas virtuales, usted pagará los costos compartidos que figuran para esos proveedores, según se describe en esta tabla de beneficios (por ejemplo, si recibe servicios de telesalud de su proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP), pagará el costo compartido que corresponde al PCP). *Puede requerirse una remisión.*
• Algunos servicios de telesalud, entre los que se incluyen consultas, diagnósticos y tratamiento 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 la enfermedad renal terminal, para los miembros que realizan diálisis en el hogar, en un centro de diálisis renal basado en un hospital o basado en un hospital de acceso crítico, en un centro de diálisis renal o en el hogar del miembro	Usted pagará el costo compartido que se aplica a los servicios del proveedor (según se describe en “Servicios de médicos o de profesionales, incluidas las consultas en el consultorio del médico” más arriba).

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico - continuación	
• Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar síntomas de un accidente cerebrovascular, independientemente de su ubicación • Servicios de telesalud para miembros con un trastorno por el consumo de sustancias o un trastorno de salud mental concurrente, independientemente de su ubicación • Servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento de trastornos de salud mental • Servicios de telesalud para consultas de salud mental proporcionados por Clínicas de Salud 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**: ○ Usted no es un paciente nuevo **y** ○ El control no está relacionado con una consulta llevada a cabo en el consultorio durante 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	Usted pagará el costo compartido que se aplica a los servicios del proveedor (según se describe en “Servicios de médicos o de profesionales, incluidas las consultas en el consultorio del médico” más arriba).
• Evaluación de videos y/o imágenes que usted envía a su médico, e interpretación y seguimiento por parte de su médico en un plazo de 24 horas **si**: ○ Usted 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	Usted pagará el costo compartido que se aplica a los servicios del proveedor (según se describe en “Servicios de médicos o de profesionales, incluidas las consultas en el consultorio del médico” más arriba).
• Consulta que su médico realiza con otros médicos por teléfono, internet o registro de salud electrónico	Usted pagará el costo compartido que se aplica a los servicios del proveedor (según se describe en “Servicios de

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico - continuación	
	médicos o de profesionales, incluidas las consultas en el consultorio del médico" más arriba).
• Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de una cirugía	Usted pagará el costo compartido que se aplica a los servicios del proveedor (según se describe en "Servicios de médicos o de profesionales, incluidas las consultas en el consultorio del médico" más arriba).
	Además de los costos compartidos mencionados anteriormente, habrá un copago y/o coseguro para los servicios cubiertos por Medicare que son médicamente necesarios para el equipo médico duradero y los suministros, los dispositivos protésicos y los suministros, las pruebas de diagnóstico para pacientes externos y los servicios terapéuticos, los anteojos y lentes de contacto para después de una cirugía de cataratas, los medicamentos con receta de la Parte D y los medicamentos con receta de la Parte B, como se describen en esta Tabla de beneficios.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios de podiatría Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (por ejemplo, dedo en martillo o espolones calcáneos) • Cuidado de rutina de los pies para los miembros que padecen determinadas afecciones que comprometen las extremidades inferiores	$0 de copago por servicios de podiatría cubiertos por Medicare. *Puede requerirse una remisión.* *Puede requerirse una autorización previa.*
Los servicios adicionales cubiertos incluyen: • Atención complementaria (no cubierta por Medicare) para el cuidado de los pies (podiatría), con límite de hasta un total de 6 consultas cada año.	$0 de copago por cada consulta complementaria de podiatría (no cubierta por Medicare).* *Puede requerirse una remisión.* *Puede requerirse una autorización previa.*
Profilaxis previa a la exposición (pre-exposure prophylaxis, PrEP) para la prevención del VIH Si usted no tiene VIH, pero su médico u otro profesional de atención médica determina que usted está en un riesgo elevado de contraer VIH, cubrimos los medicamentos de profilaxis previa a la exposición (pre-exposure prophylaxis, PrEP) y los servicios relacionados. Si usted califica, los servicios cubiertos incluyen: • Medicamentos de PrEP orales o inyectables aprobados por la FDA, incluida la cuota por la administración (inyección) del medicamento, si corresponde • Hasta 8 sesiones individuales de asesoramiento (incluidas evaluación de riesgo de contraer VIH, reducción del riesgo de contraer VIH y cumplimiento farmacológico) cada 12 meses • Hasta 8 pruebas de detección de VIH cada 12 meses	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio de PrEP.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Profilaxis previa a la exposición (pre-exposure prophylaxis, PrEP) para la prevención del VIH - continuación • Una prueba de detección del virus de la hepatitis B por única vez	
Pruebas de detección de cáncer de próstata Para los hombres de 50 años o más, los servicios cubiertos incluyen lo siguiente una vez cada 12 meses: • Tacto rectal	$0 de copago por el tacto rectal anual cubierto por Medicare. *Puede requerirse una remisión.*
• Análisis del antígeno prostático específico (Prostate Specific Antigen, PSA)	No se requiere coseguro, copago ni deducible para un análisis del PSA anual.
Dispositivos protésicos, ortésicos y suministros relacionados Dispositivos (salvo los dentales) que reemplazan a toda o una parte de una parte del cuerpo o función. Estos incluyen, entre otros, pruebas, adaptación o capacitación 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, y 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 y/o sustitución de estos dispositivos. Además, también se proporciona cierto grado de cobertura después de la extracción de cataratas o cirugía de cataratas – consulte *Atención de la vista* más adelante en esta tabla para obtener más información.	$0 de copago por dispositivos protésicos y ortésicos cubiertos por Medicare. *Puede requerirse una autorización previa.* $0 de copago por suministros médicos cubiertos por Medicare relacionados con los dispositivos protésicos. *Puede requerirse una autorización previa.*

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios de rehabilitación pulmonar Los programas integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para los miembros que tienen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (Chronic Obstructive Pulmonary Disease, COPD) de moderada a muy grave y una remisión para recibir servicios de rehabilitación pulmonar del médico que trata su enfermedad respiratoria crónica.	$0 de copago por cada consulta de servicios de rehabilitación pulmonar cubierta por Medicare. *Puede requerirse una remisión.*
Prueba de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol 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. Si el resultado de la prueba de detección de abuso de alcohol es positivo, usted puede obtener hasta 4 sesiones breves de asesoramiento personales por año (si demuestra ser competente y estar alerta durante el asesoramiento) brindado por un médico o profesional de atención primaria calificado en un establecimiento de atención primaria.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol cubierto por Medicare.
Prueba de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT) Para las personas que reúnen los requisitos, se cubre una tomografía computarizada de baja dosis (Low Dose Computed Tomography, LDCT) cada 12 meses. **Los miembros elegibles son** personas de entre 50 y 77 años que no tienen signos ni síntomas de cáncer de pulmón, pero tienen antecedentes como fumadores de tabaco de, al menos, 20 paquetes/años y sean fumadores actualmente o hayan dejado de fumar en los últimos 15 años, que reciban 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 y sea proporcionada por un médico o un	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.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Prueba de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT) - continuación profesional no médico calificado durante cualquier consulta apropiada. *Para poder realizarse una prueba de detección de cáncer de pulmón con una LDCT después de la prueba de detección inicial con una LDCT:* los miembros deben recibir una orden para realizarse una prueba de detección de cáncer de pulmón con una LDCT, que puede proporcionar un médico o profesional no médico calificado durante cualquier consulta apropiada. Si un médico o profesional no médico calificado elige realizar una consulta de asesoramiento y de toma de decisiones compartidas para realizar una prueba de detección de cáncer de pulmón con LDCT posterior, la consulta debe cumplir con los criterios de Medicare para dichas consultas.	
Prueba de detección de infección por el virus de la hepatitis C Cubrimos una prueba de detección para hepatitis C si su médico de atención primaria u otro proveedor de atención médica calificado ordena una, y si usted cumple con una de las siguientes condiciones: • Usted está en riesgo alto porque usa o ha usado drogas ilegales inyectables. • Usted tuvo una transfusión de sangre antes de 1992. • Usted nació entre 1945 y 1965. Si usted nació entre 1945 y 1965 y no se le considera que está en riesgo elevado, se cubre una sola vez por una prueba de detección. Si usted está en riesgo alto (por ejemplo, ha seguido usando drogas ilegales inyectables desde su más reciente prueba de detección de hepatitis C con resultados negativos), cubrimos las pruebas de detección anuales.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección del virus de la hepatitis C cubiertas por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Prueba de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y asesoramiento para prevenirlas Cubrimos pruebas de detección de enfermedades de transmisión sexual (Sexually Transmitted Infection, STI), como clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas de detección están cubiertas para las mujeres embarazadas y para ciertas personas que se encuentran en un mayor riesgo de infecciones por STI cuando las solicita un proveedor de atención primaria. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertas etapas durante el embarazo. También cubrimos hasta 2 sesiones individuales de alta intensidad de asesoramiento conductual en persona de 20 a 30 minutos cada año, para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de infecciones por STI. 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 el consultorio de un médico.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio de pruebas de detección de STI y asesoramiento para prevenirlas cubierto por Medicare.
Servicios para tratar enfermedades renales Los servicios para la enfermedad renal y diálisis incluyen: • Servicios educativos sobre la enfermedad renal para enseñar sobre el cuidado del riñón y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas sobre su atención. En el caso de los miembros con enfermedad renal crónica en etapa IV, cuando son remitidos por su médico, cubrimos hasta 6 sesiones de servicios educativos sobre la enfermedad renal en la 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)	$0 de copago por servicios educativos sobre la enfermedad renal cubiertos por Medicare. *Puede requerirse una remisión.* $0 de copago por tratamientos de diálisis renal cubiertos por Medicare para pacientes externos. *Puede requerirse una remisión.*

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios para tratar enfermedades renales - continuación	
• Tratamientos de diálisis para pacientes internados (si se le ingresa al hospital como paciente internado para recibir atención especial)	Consulte "Atención hospitalaria para pacientes internados" para conocer cuáles son los costos compartidos aplicables a los tratamientos de diálisis para pacientes internados.
• Preparación para autodiálisis (incluye su preparación y la de cualquier otra persona que lo ayude con los tratamientos de diálisis en su hogar)	$0 de copago por cada capacitación para la autodiálisis cubierta por Medicare. *Puede requerirse una remisión.*
• Equipos y suministros para la diálisis en su hogar	$0 de copago por suplementos para diálisis en el hogar cubiertos por Medicare. *Puede requerirse una autorización previa.* $0 de copago por suplementos para diálisis cubiertos por Medicare. *Puede requerirse una autorización previa.*
• Determinados servicios de apoyo a domicilio (por ejemplo, cuando sea necesario, recibir visitas por parte de trabajadores capacitados en diálisis para verificar cómo va con la diálisis en su hogar, para ayudar en casos de emergencia y para revisar su equipo para diálisis y el suministro de agua)	$0 de copago por servicios de apoyo a domicilio cubiertos por Medicare. *Puede requerirse una remisión.*
Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos por la Parte B de Medicare. Para obtener información sobre la cobertura para medicamentos de la Parte B, consulte **Medicamentos de la Parte B de Medicare** de esta tabla.	

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF) (Para conocer la definición de atención en un centro de atención de enfermería especializada, consulte el Capítulo 12. Algunas veces, los centros de atención de enfermería especializada se denominan SNF). Usted está cubierto por 100 días por admisión/por estadía. No se requiere hospitalización previa. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario) • Comidas, incluidas las dietas especiales • Servicios de enfermería especializada • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Medicamentos administrados como parte de nuestro plan de atención (esto incluye sustancias naturalmente presentes en el organismo, como los factores de la coagulación de la sangre) • Sangre: se incluyen almacenamiento y administración. La cobertura de sangre entera y de glóbulos rojos concentrados comienza solo con la primera pinta de sangre que usted necesite. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos comenzando por la primera pinta utilizada. • Suministros médicos y quirúrgicos que habitualmente proveen los centros de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF) • Análisis de laboratorio que habitualmente se realizan en los SNF • Radiografías y otros servicios de radiología que habitualmente prestan los SNF • Uso de aparatos, como sillas de ruedas, habitualmente provistos por los SNF • Servicios de médicos o profesionales	Por admisiones cubiertas por Medicare, por admisión: $0 de copago por cada estadía en un centro de atención de enfermería especializada cubierta por Medicare. Usted paga todos los costos por cada día después del día 100. *Puede requerirse una remisión.* *Puede requerirse una autorización previa.*

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF) - continuación Por lo general, su atención en los SNF la obtendrá en centros de la red. No obstante, en determinadas condiciones que se detallan más abajo, usted podría 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. • Un centro de cuidados o una comunidad de atención continua para jubilados donde usted vivía 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	
Servicios para dejar de fumar y consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco) El asesoramiento para dejar de fumar y de consumir tabaco está cubierto para pacientes externos y pacientes hospitalizados que reúnen estos requisitos: • Consumo de tabaco, independientemente de si presentan signos o síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco • Son competentes y están alertas durante el asesoramiento • Un médico calificado u otro profesional reconocido por Medicare proporciona asesoramiento Cubrimos 2 intentos para dejar de fumar por año (cada intento podría incluir un máximo de 4 sesiones intermedias o intensivas, mediante las cuales el paciente recibiría hasta 8 sesiones por año).	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos para dejar de fumar y de consumir tabaco cubiertos por Medicare.
Plataforma de apoyo social Nuestro plan ofrece una plataforma de apoyo social en línea para ayudar a apoyar su bienestar general. La plataforma ofrece actividades terapéuticas, de participación comunitaria y recursos patrocinados por el plan para ayudarle a manejar el estrés y la	$0 de copago por la plataforma de apoyo social.*

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Plataforma de apoyo social - continuación ansiedad. La plataforma le facilita participar y mantenerse involucrado con el fin de ayudarle a manejar sus necesidades de salud conductual. Está disponible en línea durante las 24 horas, los 7 días de la semana para que la use cuando así lo desee. La plataforma de apoyo social incluye: • Programas de bienestar individualizados: Acceda a los programas personalizados autoguiados, de 4 semanas de duración, diseñados para mejorar el bienestar físico y emocional, que incorporan información proporcionada por expertos en envejecimiento saludable para apoyar específicamente a los miembros. Siga los programas a su propio ritmo y realice un seguimiento de su progreso para monitorear las mejoras en su salud. • Apoyo de pares y expertos: Conéctese con una comunidad en línea en un espacio moderado en el que puede interactuar con pares y expertos en salud calificados. Obtenga acceso a artículos revisados clínicamente y reciba recomendaciones personalizadas para servicios de Wellcare adicionales basados en sus interacciones y necesidades identificadas. • Herramientas de salud digitales personalizadas: Participe en actividades interactivas, meditaciones y juegos basados en la terapia cognitivo-conductual, la atención plena (mindfulness) y la psicología positiva. Estas herramientas abordan temas como el envejecimiento saludable, la gestión del aislamiento, el cuidado, el duelo, la búsqueda de un propósito en el envejecimiento, entre otros. Los miembros pueden acceder a la plataforma iniciando sesión en su portal de miembros go.wellcare.com/member o llamando a Servicios para los miembros. Después de registrarse, puede acceder directamente a la plataforma en cualquier momento desde una computadora, tableta o teléfono inteligente.	

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas Si usted califica para los Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill, SSBCI), nuestro plan ofrece beneficios adicionales. Usted debe reunir con ciertos criterios, incluso tener un diagnóstico activo y documentado de una o más de las afecciones que califican para ello. La afección debe poner en peligro la vida o limitar significativamente su salud general o función. Además, usted debe tener un riesgo alto de hospitalización o de desenlaces clínicos adversos y requerir coordinación de cuidados intensivos. Las afecciones crónicas que reúnen los requisitos incluyen: Trastornos autoinmunes; Cáncer; Trastornos cardiovasculares; Trastorno por uso crónico de alcohol y otros trastornos por consumo de sustancias (Substance Use Disorders, SUD); Afecciones de salud mental crónicas y discapacitantes; Afecciones crónicas que afectan la visión, la audición (sordera), el gusto, el tacto y el olfato; Enfermedad gastrointestinal crónica; Insuficiencia cardíaca crónica; Enfermedad renal crónica (Chronic Kidney Disease, CKD); Trastornos pulmonares crónicos; Afecciones asociadas con deterioro cognitivo; Afecciones que requieren servicios de terapia continua para que las personas mantengan o retengan su función; Afecciones con desafíos funcionales; Demencia; Diabetes mellitus; Endometriosis; VIH/SIDA; Trastornos de inmunodeficiencia e inmunosupresores; Trastornos neurológicos; Sobrepeso, obesidad y síndrome metabólico; Post-trasplante de órganos; Trastornos hematológicos graves; Accidente cerebrovascular. Consulte el Capítulo 4, Sección 2 para obtener más información sobre los criterios de elegibilidad. La elegibilidad para los beneficios que se indican a continuación se determina después de que usted se haya inscrito en nuestro plan. **Si es elegible, puede utilizar su asignación de la tarjeta Wellcare Spendables® para los beneficios adicionales que figuran a continuación. La misma asignación se usa para su beneficio de artículos de venta libre ® (Over-the-Counter, OTC)**	No hay coseguro, copago ni deducible para recibir los Beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas **- continuación** **y para servicios dentales, de la vista y de la audición de. Una vez que se determine que usted es elegible, estos beneficios ampliados estarán disponibles en un plazo de 7 a 10 días hábiles. Su asignación mensual se transfiere al mes siguiente si no se utiliza y vence al final del año del plan. Consulte el beneficio de Wellcare Spendables® de esta tabla para obtener más información.** • **Pago de gasolina en la bomba de combustible** Puede utilizar su tarjeta para pagar el combustible directamente en la bomba de combustible. La tarjeta no se puede utilizar para pagar en persona en la caja registradora. Solamente se puede utilizar su tarjeta para cargar gasolina hasta el monto disponible de la asignación. La carga de vehículos eléctricos (Electric Vehicles, EV) también puede estar cubierta en los establecimientos participantes donde se acepten pagos con tarjeta. • **Alimentos saludables** Puede utilizar su tarjeta para comprar alimentos y productos agrícolas saludables en los comercios minoristas participantes. Las opciones de entrega de artículos de abarrotes elegibles pueden estar disponibles. Las comidas preparadas, y cajas de productos agrícolas pueden estar disponibles para pedido a través del portal para los miembros en línea. La tarjeta no se puede utilizar para comprar tabaco o alcohol. Los artículos aprobados incluyen: ○ Frutas y verduras ○ Cereales integrales y productos de despensa básicos, como harina, especias e ingredientes de larga conservación ○ Productos lácteos y alternativas a los lácteos, leche, yogurt, queso	

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas **- continuación** ○ Fuentes de proteínas, como carne, aves, mariscos, huevos, frijoles, legumbres, nueces y semillas ○ Batidos y barras nutricionales Use su escáner de códigos de barras en la aplicación para buscar artículos aprobados en establecimientos minoristas o inicie sesión en su portal para los miembros. • **Artículos de cuidado personal** Puede usar su tarjeta para comprar artículos de cuidado personal y productos esenciales para el hogar en comercios participantes. Las opciones de entrega pueden estar disponibles para artículos elegibles. Los artículos aprobados incluyen: ○ Jabón, champú y acondicionador ○ Papel higiénico y toallas de papel ○ Artículos de higiene personal, como desodorante, limpiadorfacial y gel de ducha ○ Productos y artículos de limpieza que contribuyen al control de infecciones, como toallitas desinfectantes y sprays de limpieza multiusos Use su escáner de códigos de barras en la aplicación para buscar artículos aprobados en establecimientos minoristas o inicie sesión en su portal para los miembros. • **Artículos para el control de plagas:** Puede usar su tarjeta para comprar artículos para usar dentro y alrededor de su hogar en comercios participantes. Es posible que estén disponibles opciones de entrega para artículos seleccionados. Los artículos aprobados para este beneficio incluyen: ○ Aerosoles y repelentes contra insectos	

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas **- continuación** ○ Productos para el control de hormigas, cucarachas y roedores ○ Trampas para insectos y estaciones de cebo ○ Productos para el control de mosquitos Use el escáner de códigos de barras en la aplicación para localizar artículos aprobados en establecimientos minoristas o inicie sesión en su portal para miembros. • **Asistencia para el alquiler** Puede utilizar su tarjeta como ayuda con el pago del costo del alquiler de su hogar. Inicie sesión en el portal de su proveedor de alquiler/hipoteca para pagar o pague directamente a su proveedor de alquiler donde se acepten pagos con tarjeta. Solamente puede utilizar la tarjeta hasta el monto disponible de la asignación. La tarjeta no puede utilizarse para establecer pagos recurrentes automatizados. • **Mascota robótica de compañía** Puede solicitar una mascota robótica de compañía a través del portal para los miembros. Las opciones disponibles pueden incluir un gato, un perro o un ave de compañía. Estas mascotas están diseñadas para brindar consuelo y compañía para apoyar el bienestar general. Solamente puede utilizar la tarjeta hasta el monto disponible de la asignación. Ingrese a su portal para los miembros o comuníquese con nosotros para obtener más información sobre como realizar un pedido y las opciones disponibles. • **Asistencia para los servicios públicos** Puede utilizar la asignación de su tarjeta como ayuda para el costo de los servicios públicos de su hogar. Inicie sesión directamente en el portal de su proveedor de servicios	

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas **- continuación** públicos y pague con su tarjeta. La tarjeta no puede utilizarse para establecer pagos recurrentes automatizados. Solamente puede utilizar la tarjeta hasta el monto disponible de la asignación. Los gastos aprobados para este beneficio incluyen: ○ Servicios públicos de electricidad, gas, saneamiento/recolección de basura y agua ○ Servicios de telefonía fija y móvil ○ Servicio de internet ○ Servicio de televisión por cable (excluidos los servicios de streaming) ○ Determinados gastos en derivados del petróleo, como el combustible para calefacción doméstica El beneficio excluye los servicios de entretenimiento en línea, incluidos los videojuegos y los servicios de streaming (como plataformas de música y lectura), así como otros servicios basados en suscripción.	
Tratamiento con ejercicios supervisados (SET) El tratamiento con ejercicios supervisados (Supervised Exercise Therapy, SET) está cubierto para los miembros que tienen enfermedad arterial periférica (Peripheral Artery Disease, PAD) sintomática y una remisión para PAD del médico responsable del tratamiento de la PAD. Se cubren hasta 36 sesiones en un período de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa de SET. El programa de SET debe cumplir con lo siguiente: • Consistir en sesiones que duren entre 30 y 60 minutos y que consten de un programa de kinesioterapia para PAD en pacientes con claudicación	$0 de copago por cada consulta de ejercicio supervisado cubierta por Medicare. *Puede requerirse una remisión.*

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Tratamiento con ejercicios supervisados (SET) - continuación • 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 excedan a los daños, y que esté capacitado en kinesioterapia para la PAD • Estar bajo la supervisión directa de un médico, asistente médico (Physician Assistant, PA) o enfermero con práctica médica (Nurse Practitioner, NP)/especialista en enfermería clínica (Clinical Nurse Specialist, CNS), que debe estar capacitado en técnicas de reanimación cardiopulmonar básicas y avanzadas El SET podría estar cubierto más allá de las 36 sesiones durante 12 semanas por 36 sesiones adicionales durante un período prolongado si un proveedor de atención médica lo considera médicamente necesario.	
Servicios de transporte (adicional de rutina) <u>Transporte médico que no es de emergencia:</u> Nuestro plan cubre un total de 12 viajes de transporte terrestre de un tramo que no sean de emergencia dentro de nuestra área de servicio cada año. Este beneficio le ayuda a obtener la atención y los servicios que necesita. Puede obtener transporte a establecimientos de atención médica, como sus médicos, especialistas. farmacias y proveedores de atención dental o de la vista. Los traslados (también llamados “viajes”) se limitan a 100 millas, de un tramo. Para reservar su traslado, llame al número de transporte que figura en el reverso de su tarjeta de identificación de miembro o a través de la aplicación móvil. Para atención de rutina, llame con 1 mes de anticipación, como máximo, y 3 días, como mínimo. Los traslados en el mismo día están sujetos a disponibilidad.	$0 de copago por viaje.* Se considera un viaje el traslado de un tramo en camioneta, servicios de transporte compartido, o taxi a un lugar relacionado con la salud. *Puede requerirse una autorización previa.*

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios de transporte (adicional de rutina) - continuación Los traslados incluyen taxis, automóviles, miniván para traslado en silla de ruedas y servicios de transporte compartido (como Uber o Lyft) para satisfacer sus necesidades de salud. Para estar cubierto por el plan, debe usar el beneficio para ir a los establecimientos de atención médica. Los viajes pueden tener varios miembros al mismo tiempo y pueden detenerse en establecimientos distintos a su destino durante el trayecto. Asegúrese de mencionar cualquier necesidad adicional, como el uso de silla de ruedas, o preferencias, como necesitar tiempo adicional para llegar a su viaje, al hacer la reserva.	
Servicios de urgencia Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata, y que no es una emergencia, es un servicio de urgencia si usted está temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan, o no es razonable dado el momento, el lugar y las circunstancias obtener este servicio a través de proveedores de la red. Nuestro 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 exacerbaciones inesperadas de afecciones existentes. Las consultas de rutina a proveedores (como los chequeos anuales) que sean médicamente necesarias no se consideran de urgencia, incluso si usted se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o si la red de nuestro plan no está disponible temporalmente.	$0 de copago por consultas de servicios de urgencia cubiertos por Medicare.
Los servicios de urgencia fuera de los Estados Unidos están cubiertos.	$115 de copago por los servicios de urgencia fuera de Estados Unidos.* Usted paga este monto incluso si es ingresado al hospital por la misma afección. Está cubierto por hasta $50,000 cada año por servicios de

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios de atención de urgencia - continuación	
	emergencia o de urgencia fuera de Estados Unidos.
Atención de la vista Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:	
• Servicios de médicos para pacientes externos para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones de los ojos, incluido el tratamiento de la degeneración macular relacionada con la edad. Original Medicare no cubre exámenes de la vista de rutina (refracción ocular) para anteojos/lentes de contacto	$0 de copago por todos los demás exámenes de la vista para diagnosticar y tratar las enfermedades de los ojos. *Puede requerirse una autorización previa.*
• Para las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma, cubrimos una prueba de detección de glaucoma cada año. Las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma incluyen a las personas con antecedentes familiares de glaucoma, las personas que padecen diabetes, los afroestadounidenses de 50 años o más y los hispanoamericanos de 65 años o más	$0 de copago por una prueba de detección de glaucoma cubierta por Medicare. *Puede requerirse una remisión.*
• Para personas que padecen diabetes, se cubre una prueba de detección de retinopatía diabética por año	$0 de copago por examen de retina cubierto por Medicare para miembros con diabetes o examen de la vista para personas diabéticas. *Puede requerirse una autorización previa.*
• Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada operación de cataratas que incluya la colocación de una lente intraocular. Si se somete a 2 operaciones de cataratas independientes, no puede reservar el beneficio	$0 de copago para anteojos o lentes de contacto cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Atención de la vista - continuación	
después de la primera operación y adquirir 2 anteojos después de la segunda operación	
Además, nuestro plan cubre los siguientes servicios de atención de la vista complementarios (es decir, de rutina):	
• Examen de la vista de rutina 1 examen de la vista de rutina cada año. El examen de la vista de rutina incluye una prueba de glaucoma para las personas con riesgo de padecerlo y un examen de retina para los diabéticos.	$0 de copago por 1 examen de la vista de rutina cada año.* *Puede requerirse una autorización previa.*
• Adaptación de anteojos o lentes de contacto Se limita a 1 consulta(s) cada año. la consulta para la adaptación de anteojos no es un examen de la vista de rutina. Los servicios incluyen la adaptación de anteojos (lentes de contacto, marcos para anteojos/lentes).	$0 de copago por 1 consulta(s) para adaptación de anteojos y lentes de contacto cada año.* *Puede requerirse una autorización previa.*
• Anteojos o lentes de contacto Sin límite de pares de anteojos o lentes de contacto con receta cada año hasta un beneficio máximo de $300 cada año. Los anteojos cubiertos incluyen cualquiera de los siguientes: ○ Anteojos (marcos y lentes) o ○ Solo lentes para anteojos o ○ Solo marcos de anteojos o ○ Lentes de contacto en lugar de anteojos o ○ Actualizaciones de marcos y lentes para anteojos o lentes de contacto **Nota:** El cargo de adaptación de lentes de contacto está cubierto por el plan. Monto máximo de cobertura de beneficios del plan de $300 cada año se aplica al costo minorista de marcos y/o lentes (incluida cualquier opción de lentes, como tintes y revestimientos). Usted	$0 de copago por anteojos o lentes de contacto.* *Puede requerirse una autorización previa.*

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Atención de la vista - continuación es responsable de cualquier costo que supere el beneficio máximo para anteojos o lentes de contacto complementarios (por ejemplo, de rutina).* Los anteojos o lentes de contacto cubiertos por Medicare no están incluidos en el máximo del beneficio complementario (por ejemplo, de rutina). Los miembros no pueden usar su beneficio complementario de anteojos o lentes de contacto para aumentar su cobertura de anteojos o lentes de contacto cubiertos por Medicare. Los servicios para la atención de la vista deben obtenerse a través de la red de atención de la vista del plan. Si tiene preguntas sobre cómo encontrar un proveedor o para obtener más información, llame a Servicios para los miembros.	
Consulta preventiva Bienvenido a Medicare Nuestro plan cubre la consulta preventiva por única vez de *Bienvenido a Medicare*. La consulta incluye una revisión de su salud, así como educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita (incluidas determinadas pruebas de detección e inmunizaciones (o vacunas)) y remisiones a otros tipos de atención en caso de que fuera necesario. **Importante:** Cubrimos la consulta preventiva *Bienvenido a Medicare* solo dentro de los primeros 12 meses que tenga la Parte B de Medicare. Cuando solicite la cita, infórmele al personal del consultorio del médico que desea programar su consulta preventiva *Bienvenido a Medicare*.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta preventiva *Bienvenido a Medicare*.
• Electrocardiograma cubierto por Medicare después del servicio preventivo *Bienvenido a Medicare*.	$0 de copago por cada electrocardiograma cubierto por Medicare después del

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Consulta preventiva Bienvenido a Medicare - continuación	servicio preventivo *Bienvenido a Medicare.* *Puede requerirse una remisión.*
Wellcare Spendables® Usted recibirá un total de **$247 mensualmente** precargados a su tarjeta Wellcare Spendables® para gastar en artículos de venta libre (Over-the-Counter, OTC), y si califica, SSBCI. • Su asignación mensual **se transfiere al mes siguiente si no se utiliza y vence al final del año del plan.**	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la tarjeta Wellcare Spendables®.
La asignación de su tarjeta puede utilizarse para - **Artículos de venta libre (Over-the-Counter, OTC):** Puede utilizar su tarjeta para comprar artículos de venta libre (Over-the-Counter, OTC) en comercios minoristas participantes, por medio de la aplicación móvil o bien, iniciando sesión en su portal para los miembros para hacer un pedido con entrega a domicilio. Los artículos de venta libre (Over-the-Counter, OTC) cubiertos incluyen: • Productos para la alergia, el resfriado, la tos, la gripe y la sinusitis • Productos para aliviar el dolor, la salud digestiva y para conciliar el sueño • Vitaminas y suplementos • Suministros de primeros auxilios y suministros médicos sin receta • Artículos generales para el cuidado bucal, atención de la vista y del oído • Productos para la incontinencia, productos de higiene femenina y ayuda con actividades de la vida cotidiana	No hay un requisito mínimo para compras realizadas en la tienda.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Wellcare Spendables® - continuación Use su escáner de códigos de barras en la aplicación para localizar artículos aprobados en establecimientos minoristas o inicie sesión en su portal para los miembros. **Nota:** Bajo ciertas circunstancias, el equipo de diagnóstico y el apoyo para dejar de fumar están cubiertos por los beneficios médicos del plan. Usted debe (cuando sea posible) usar los beneficios médicos de nuestro plan antes de gastar su asignación de OTC en estos artículos. **Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill, SSBCI):** **Los beneficios que se mencionan a continuación forman parte de los Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill, SSBCI). No todos los miembros reunirán los requisitos. Debe cumplir los criterios de elegibilidad para los siguientes beneficios del plan.** **Si reúne los requisitos, la asignación mensual de su tarjeta también puede utilizarse para:** • Pago de gasolina en la bomba de combustible • Alimentos saludables • Artículos de cuidado personal • Artículos para el control de plagas • Asistencia para el alquiler • Mascota robótica de compañía • Asistencia para los servicios públicos Consulte la sección de Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill, SSBCI) en esta tabla para obtener más información sobre estos beneficios. **Cómo usar su tarjeta:**	

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Wellcare Spendables® - continuación 1. Active su tarjeta antes de usarla. 2. Acuda a un comercio minorista participante, inicie sesión en el enlace del portal que figura a continuación o bien, o descargar la aplicación móvil de Wellcare Spendables®. 3. Seleccione sus artículos o servicios aprobados. 4. En el comercio minorista, diríjase a la caja y pague con su tarjeta Wellcare Spendables®. Para pedidos en línea o a través de la aplicación móvil, inicie sesión para acceder y usar su beneficio. 5. Su tarjeta no es una tarjeta de crédito, pero puede ingresarla como "tarjeta de crédito" al pagar. Si se le solicita, ingrese el número de identificación personal (PIN) que creó cuando activó su tarjeta. **Información adicional que debe saber:** • Una vez que haya alcanzado su asignación para gastos, usted es responsable de los costos restantes de sus compras. • Los artículos que se compren en la tienda podrían devolverse siguiendo las políticas de devolución e intercambio de productos del comercio minorista Los artículos comprados en línea son ventas finales. Si un artículo está dañado o en mal estado comuníquese con nosotros. • Si su tarjeta no está funcionando adecuadamente o bien, en caso de tener un problema técnico, comuníquese con nosotros al número que figura más adelante. • Wellcare no es responsable por tarjetas perdidas o robadas. • La tarjeta Wellcare Spendables® es para su uso personal únicamente, no puede venderse ni transferirse y no tiene valor en efectivo. • Algunos beneficios podrían ser elegibles para un reembolso si el pago no se realiza correctamente. Comuníquese con nosotros o envíe una solicitud de reembolso a través del portal para los miembros para su revisión. Las solicitudes de reembolso deben presentarse durante el año del plan en el que se adquirió el artículo o el	

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Wellcare Spendables® - continuación servicio. Es posible que se requiera información adicional para verificar las compras que reúnen los requisitos. • Podrían aplicarse limitaciones y restricciones, solamente están cubiertos los artículos aprobados. **Para obtener más información sobre la tarjeta Wellcare Spendables® o para solicitar un catálogo, llame a:** 1-844-536-2167, los usuarios de TTY deben llamar al: 711. Horario de atención: Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. **También puede consultar en línea en:** go.wellcare.com/member.	

Beneficios de valor agregado de Medicaid (Beneficios adicionales)

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Beneficios de valor agregado de Medicaid (Beneficios adicionales) Proporcionamos los beneficio adicional, como: • Hasta $250/ al año Programas de bienestar basados en la comunidad, incluidas las Membresías del YMCA y centros para personas de edad avanzada. • $120 por hogar, por año ($30 cada tres meses) para gastar en artículos de venta libre (Over-the-Counter, OTC) enviados por correo, incluidos champú, remedios para el resfriado y más. • Regístrate para ganar hasta $150 al año en recompensas de My Health Pays por	$0

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
completar actividades saludables, como tu visita anual de bienestar y las pruebas de detección preventiva de cáncer. Pueden aplicarse los límites de beneficios y las normas de elegibilidad. Estos beneficios son ofrecidos por Wellcare Delaware First Health Dual Align (HMO-POS D-SNP) y son independientes de los beneficios del programa estándar de Delaware Medicaid. Los beneficios pueden cambiar o cancelarse en cualquier momento. Visite https://www.delawarefirsthealth.com/vab para la información más actual sobre los Beneficios de valor agregado de Medicaid.	

Estamos aquí para apoyarlo con los Servicios y apoyos de atención a largo plazo (Long-Term Services and Supports, LTSS). Es un programa de exención de Medicaid para aquellos que necesitan un plan de atención más práctico, personalizado y ágil. Con LTSS, estamos dando a nuestros miembros más control sobre su salud y la atención que reciben.

Servicios y apoyos de atención a largo plazo (LTSS)	Lo que usted debe pagar
Atención diurna para adultos Ofrecen atención supervisada y servicios personales durante el día, supervisados en un entorno comunitario. También podrían estar disponibles terapias y comidas.*	$0 *Podría requerirse una autorización previa.*
Atención de parte de asistentes Ayuda a los miembros con tareas diarias, entre ellas, tomar un baño, vestirse, higiene personal (limpieza), desplazarse de un lugar a otro, ir al baño y comer.*	$0 *Podría requerirse una autorización previa.*
Servicios cognitivos Ofrecidos a miembros y sus familias que tienen	$0 *Podría requerirse una autorización previa.*

Servicios y apoyos de atención a largo plazo (LTSS)	Lo que usted debe pagar
problemas con aquellas personas cercanas a ellos o que tienen deficiencias cognitivas, como las que pueden ocurrir después de un traumatismo cerebral. Estos servicios incluyen terapia o asesoramiento, limitado a 20 consultas por año y una evaluación.*	
Alternativas residenciales basadas en la comunidad Entornos similares a un hogar, como vida asistida, que cuentan con servicios para apoyar sus necesidades y ofrecen programas para socializar y recrearse.	$0 *Podría requerirse una autorización previa.*
Habilitación diurna Servicios para ayudar a los miembros a aprender y desarrollar habilidades para vivir de forma independiente dentro y fuera de su hogar. Estos servicios se llevan a cabo en un entorno no residencial, lejos del hogar del miembro. La habilitación diurna es para miembros que tienen problemas con las personas cercanas a ellos (también conocido como conflicto interpersonal) o deficiencias cognitivas, como los que pueden ocurrir después de un traumatismo cerebral. En algunos casos, las comidas y las terapias podrían estar incluidas.**	$0 *Podría requerirse una autorización previa.*
Entrega de comidas a domicilio Ofrece hasta dos comidas al día, adecuadas para una dieta bien equilibrada y entregadas en el domicilio del miembro.*	$0 *Podría requerirse una autorización previa.*
Actividades independientes de la vida cotidiana Ofrece ayuda con tareas diarias, como limpieza	$0 *Podría requerirse una autorización previa.*

Servicios y apoyos de atención a largo plazo (LTSS)	Lo que usted debe pagar
ligera, preparación de comidas (cocinar), hacer las compras y demás.*	
Modificaciones menores en el hogar Con base en la necesidad médica, se pueden realizar cambios en el hogar del miembro para ayudarlo a vivir de manera independiente. Los cambios incluyen modificaciones como ensanchar las puertas para el paso de una silla de ruedas, instalar una bañera con puerta o una rampa para silla de ruedas o una barra de agarre. Este beneficio cubre hasta $6,000 por proyecto, $10,000 por cada año calendario y $20,000 de por vida. Los proveedores de servicios deben ser aprobados por Delaware First Health.*	$0 *Podría requerirse una autorización previa.*
Centro de enfermería Un entorno donde los miembros reciben servicios de atención de enfermería especializada y otros servicios, como servicios de rehabilitación y servicios relacionados con la salud.	$0 *Podría requerirse una autorización previa.*
Suplementos nutricionales para personas con VIH/SIDA Ayudan con la pérdida de peso y la desnutrición asociada al VIH/SIDA a través de suplementos orales.*	$0 *Podría requerirse una autorización previa.*
Sistema de respuesta de emergencias personales (Personal Emergency Response System, PERS) Un dispositivo electrónico que está conectado al teléfono del miembro y que le brinda acceso a un servicio de respuesta de emergencia las 24 horas. Cuando se presiona el botón en el	$0 *Podría requerirse una autorización previa.*

Servicios y apoyos de atención a largo plazo (LTSS)	Lo que usted debe pagar
dispositivo, este envía una señal a alguien que está disponible para ayudar al miembro.*	
Atención de alivio Atención personal proporcionada a los miembros en su hogar o en un centro de enfermería o en una residencia de vida asistida para dar tiempo de descanso a los cuidadores no remunerados.* Este beneficio está limitado a 14 días por año. Tenga en cuenta lo siguiente: Las residencias de vida asistida no proporcionan servicios de atención de alivio.	$0 *Podría requerirse una autorización previa.*
Servicio de asistente de cuidados autodirigidos (Self-directed attendant care SDAC) Ofrece a los miembros la administración financiera y apoyo general si eligen el SDAC en forma de un agente fiscal del empleador (Fiscal Employer Agent, FEA). SDAC es cuando el miembro actúa como el empleador legal de un cuidador remunerado; el miembro también puede elegir a alguien para que cumpla este rol por él, conocido como el representante del empleador del miembro. El agente fiscal del empleador (Fiscal Employer Agent, FEA) del miembro se encarga de los impuestos, las retenciones de nómina y los cheques de pago para el empleado. También ayudan a encontrar y capacitar a un empleado de asistentencia de cuidados, a un empleado que le ayuda al miembro con tareas diarias.*	$0 *Podría requerirse una autorización previa.*
Equipo médico especializado Los artículos de ayuda se encuentran disponibles para los miembros, como barras de	$0 *Podría requerirse una autorización previa.*

Servicios y apoyos de atención a largo plazo (LTSS)	Lo que usted debe pagar
agarre. Este beneficio cubre solo los artículos que no están cubiertos por el estado.	
Servicios de transición de un centro de enfermería (Nursing facility transition, NFT) Los servicios ofrecen ayuda con los costos de mudanza de un centro de enfermería o de una residencia de vida asistida hacia una comunidad u hogar. Estos costos pueden incluir abarrotes, muebles, depósito de garantía, tarifas de conexión de teléfono/internet, etc. Algunos beneficios adicionales podrían estar disponibles en virtud de los beneficios de valor agregado de Delaware First Health.	$0 *Podría requerirse una autorización previa.*

** Estos servicios no están disponibles para los miembros que se encuentren en centros de vida asistida o de enfermería.*
***No se ofrece a los miembros que viven en un centro de vida asistida o en un centro de enfermería para personas con un daño cerebral no adquirido (Acquired Brain Injury, ABI).*

Beneficios cubiertos por Medicaid

Los beneficios enumerados en esta tabla reflejan la cobertura de Medicaid en el momento de publicación de esta Evidencia de Cobertura. Los beneficios de Medicaid pueden cambiar durante el año según los requisitos estatales o federales.

Muchos de estos beneficios están cubiertos bajo nuestro plan, como se describió anteriormente en la Tabla de beneficios médicos.

Si tiene preguntas sobre su elegibilidad para Delaware Medicaid, qué beneficios le corresponden, o para obtener la información más actualizada Delaware Medicaid, por favor visite https://dhss.delaware.gov/dmma/home/medicaid/, o llame a Delaware Medicaid al 1-866-843-7212, TTY: 711.

Delaware Medicaid
• Consulta en el consultorio del médico y exámenes

• Servicios de Detección temprana periódica de Detección, Diagnóstico y Tratamiento Tempranos y Periódicos (Early and Periodic Screening, Diagnostic and Treatment, EPSDT) (Miembros menores de 21 años)
• Servicios de enfermero con práctica médica pediátrica o familiar
• Servicios preventivos
• Servicios de diagnóstico, laboratorio y radiografías por imagen
• Atención por maternidad
• Planificación familiar
• Farmacia
• Administrador de atención y servicios de coordinación de la atención
• Servicios de la vista
• Servicios dentales
• Servicios de salud conductual y por trastorno por consumo de sustancias
• Salud conductual para pacientes internados en un hospital general o psiquiátrico
• Servicios conductuales para tratar el trastorno del espectro autista según EPSDT
• Trasplante de órganos y tejidos
• Servicios de un quiropráctico *cuando es (son) médicamente necesario(s)
• Servicios en un centro quirúrgico ambulatorio
• Servicios de fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla *cuando es (son) médicamente necesario(s)
• Servicios de hospicio
• Centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF)

• Servicios hospitalarios: -Servicios para pacientes internados -Servicios para pacientes externos
• Centros de Salud Calificados Federalmente
• Servicios de un podiatra
• Cuidado de rutina de los pies *con cobertura solo cuando el miembro tiene diabetes, trastornos de la circulación o vasculares
• Servicios de asesoramiento de lactancia
• Intervención en crisis para adultos
• Servicios de transporte *Solo trasporte médico de emergencia
• Servicios hospitalarios
• Servicios de atención médica a domicilio
• Dispositivos ortopédicos y protésicos, así como otros equipos médicos duraderos y servicios de tecnología asistencial
• Alternativas residenciales basadas en la comunidad * incluye establecimientos de vida asistida
• Atención de alivio *Tanto en el hogar como en establecimientos de enfermería y de vida asistida
• Servicios de salud diurnos para adultos *No disponible(s) para los miembros que residen en establecimientos de vida asistida y de enfermería
• Habilitación diurna *No disponible(s) para los miembros que residen en establecimientos de vida asistida y de enfermería
• Servicios cognitivos *No disponible(s) para los miembros que residen en establecimientos de vida asistida y de enfermería

• Sistema de respuesta de emergencias personales (Personal Emergency Response System, PERS) *No disponible(s) para los miembros que residen en establecimientos de vida asistida y de enfermería
• Apoyo para autodirección HCBS *Cuidado infantil por medio de un asistente autodirigido
• Servicios de actividades independientes de la vida cotidiana (servicios domésticos) *No disponible(s) para los miembros que residen en establecimientos de vida asistida y de enfermería
• Apoyo nutricional *No disponible(s) para los miembros que residen en establecimientos de vida asistida y de enfermería

SECCIÓN 3 Servicios cubiertos fuera del plan

Los siguientes son servicios que no están cubiertos por Wellcare Delaware First Health Dual Align (HMO-POS D-SNP) pero que están disponibles a través de Delaware Medicaid. Si tiene preguntas sobre la asistencia que recibe de Delaware Medicaid, llame al Delaware Medicaid al 1-866-843-7212, los usuarios de TTY deben llamar al 711. El horario de atención es: 8 a. m. a 4:30 p. m. hora del Este (ET), de lunes a viernes.

Los siguientes servicios están cubiertos por el Pago por servicio de Delaware Medicaid :

- Servicios de atención pediátrica extendida recetada (Prescribed Pediatric Extended Care, PPEC) para niños con discapacidades graves;
- Servicios de habilitación diurna para personas con discapacidades del desarrollo autorizados por la División de Servicios para Discapacidades del Desarrollo (Division of Developmental Disabilities Services, DDDS);
- Transporte médico no urgente;
- Servicios especializados para residentes de instalaciones de enfermería no incluidos en nuestro plan;
- Servicios de empleo y apoyos relacionados proporcionados a través del programa Pathways para personas elegibles;
- Servicios adicionales de salud conductual para miembros de 18 años o más que participan en PROMISE;
- Servicios de DDDS Lifespan Waiver (Exención de vida útil de DDDS);

- Ciertos medicamentos con receta (exclusiones de farmacia)

SECCIÓN 4 Servicios que no están cubiertos por nuestro plan (exclusiones)

Esta sección le informa qué servicios están excluidos.

La siguiente tabla enumera los servicios y artículos que no están cubiertos por nuestro plan en ninguna circunstancia o bien, que solo están cubiertos por nuestro plan en determinadas circunstancias.

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

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubiertos solo en situaciones específicas
Acupuntura	Disponible para personas con dolor lumbar crónico en determinadas circunstancias
Cirugía o procedimientos cosméticos	Se cubren en casos de una lesión accidental o para mejorar el funcionamiento de un miembro deformado Se cubren todas las etapas de reconstrucción de mama después de una mastectomía, así como también la de la mama no afectada para producir una apariencia simétrica
Cuidado asistencial El cuidado asistencial es aquel cuidado personal que no requiere la atención continua de personal médico o paramédico capacitado, por ejemplo, ayuda con las actividades de la vida cotidiana, como bañarse o vestirse	No cubiertos en ninguna situación conforme a Medicare La cobertura puede estar disponible conforme al beneficio de Medicaid

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubiertos solo en situaciones específicas
Procedimientos médicos y quirúrgicos, equipo y medicamentos experimentales Los procedimientos y artículos experimentales son aquellos artículos y procedimientos que, según lo determinado por Original Medicare, no son generalmente aceptados por la comunidad médica	Original Medicare podría cubrirlos en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan (Consulte el Capítulo 3, Sección 5 para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica)
Cuotas cobradas por la atención brindada por sus familiares inmediatos o los miembros de su hogar	No cubiertos en ninguna situación conforme a Medicare La cobertura puede estar disponible conforme al beneficio de Medicaid
Servicios de atención de enfermería de tiempo completo a domicilio	No cubiertos en ninguna situación conforme a Medicare La cobertura puede estar disponible conforme al beneficio de Medicaid
Entrega de comidas a domicilio	Consulte el beneficio de 'comidas' en la Tabla de beneficios médicos para obtener más información. Consulte el beneficio de 'Alimentos saludables' (Healthy Food) en la sección SSBCI de la Tabla de beneficios médicos para más información
Servicios de atención médica a domicilio	Medicare cubre los servicios de atención de enfermería especializada de medio tiempo o intermitente que sea médicamente necesaria. Es posible que haya cobertura adicional conforme al beneficio de Medicaid
Los servicios de empleada doméstica incluyen ayuda básica en el hogar, entre ellos las tareas domésticas sencillas o la preparación de comidas ligeras	Sin cobertura en ninguna circunstancia

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubiertos solo en situaciones específicas
Servicios de un naturoterapeuta (emplea tratamientos naturales o alternativos)	No cubiertos en ninguna situación
Zapatos ortopédicos o dispositivos de apoyo para los pies	Los zapatos que sean parte de un soporte de pierna y estén incluidos en el costo del soporte. Zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con enfermedad de pie diabético
Objetos personales en su habitación del hospital o centro de atención de enfermería especializada, por ejemplo, un teléfono o televisor	No cubiertos en ninguna situación
Habitación privada en un hospital	Solo se cubre cuando es médicamente necesario
Reversión de procedimientos de esterilización y/o suministros de anticonceptivos sin receta	No cubiertos en ninguna situación conforme a Medicare La cobertura para ciertos servicios podría estar disponible conforme al beneficio de Medicaid
Atención quiropráctica de rutina	Se cubre la manipulación manual de la columna para corregir una subluxación
Atención dental de rutina, como: • **Servicios de ortodoncia** • **Servicios de implantes** • **Prótesis maxilofacial**	No cubiertos en ninguna situación Consulte el beneficio de Servicios de atención dental en la Tabla de beneficios médicos para conocer qué atención dental de rutina cubre su plan como parte de su paquete de beneficios.
Servicios considerados no razonables ni necesarios, según las normas de Original Medicare	No cubiertos en ninguna situación
Atención de la vista: Queratotomía radial, cirugía LASIK y otros dispositivos de ayuda para baja visión	No cubiertos en ninguna situación

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubiertos solo en situaciones específicas
Atención de la vista: Exámenes de la vista de rutina, anteojos	Consulte el beneficio de Servicios de atención de la vista en la Tabla de beneficios médicos para conocer qué servicios de atención de la vista de rutina cubre su plan como parte de su paquete de beneficios.

CAPÍTULO 5:

Utilizar la cobertura del plan para los medicamentos de la Parte D

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

Dado que usted califica para Delaware Medicaid, reúne los requisitos y recibe Ayuda adicional de Medicare para pagar los costos del plan de medicamentos con receta. Puesto que usted está en el programa de Ayuda adicional, es posible que parte de la información de esta *Evidencia de Cobertura* acerca de los costos de los medicamentos de la Parte D, no aplique en su caso. Nosotros le enviamos un inserto separado que se denomina *Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs (Cláusula adicional a la Evidencia de Cobertura para las personas que reciben Ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta*) (también denominada *Low-Income Subsidy Rider* o *LIS Rider* (*Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos* o *Cláusula adicional LIS*)), que le informa sobre la cobertura para sus medicamentos. Si no tiene este inserto, llame a Servicios para los miembros al 1-844-536-2167 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicite su *Cláusula adicional LIS.* (Los números de teléfono de Servicios para los miembros están impresos en la contratapa de este documento).

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

Consulte la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4 para conocer los beneficios de medicamentos de la Parte B de Medicare y los beneficios de medicamentos de hospicio.

Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, usted tiene cobertura a través de los beneficios de Delaware Medicaid para algunos medicamentos con receta. Para saber más acerca de la cobertura para medicamentos de Medicaid comuníquese con Delaware Medicaid para determinar qué cobertura para medicamentos podría estar disponible para usted. (Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto de Delaware Medicaid en la Sección 6 del Capítulo 2).

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

- Debe pedirle a un proveedor (médico, dentista u otra persona autorizada a dar recetas) que escriba su receta, que debe ser válida de acuerdo con las leyes estatales correspondientes.
- La persona autorizada a dar recetas no debe estar en las Listas de Exclusión o Preclusión de Medicare.

- Por lo general, debe utilizar una farmacia de la red para obtener sus medicamentos con receta. (Consulte la Sección 2) *o puede obtener su receta a través del servicio de pedidos por correo de su plan.*
- Su medicamento debe estar en la Lista de medicamentos de nuestro plan (ver la Sección 3).
- Su medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. Una "indicación médicamente aceptada" es un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) o avalado por ciertas referencias. (Para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada, consulte la Sección 3).
- Su medicamento podría requerir la aprobación de nuestro plan con base en determinados criterios antes de que aceptemos cubrirlo. (Consulte la Sección 4 para obtener más información).

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

En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta están cubiertos *solo* si los obtiene en las farmacias de la red del plan. (Consulte la Sección 2.4 para obtener más información sobre cuándo cubriríamos los medicamentos con receta que obtiene en farmacias fuera de la red).

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

Sección 2.1 Farmacias de la red

Cómo encontrar una farmacia de la red en su área

Para encontrar una farmacia de la red, consulte su *Directorio de farmacias y de proveedores*, visite nuestro sitio web (go.wellcare.com/2027providerdirectories), y/o llame a Servicios para los miembros al 1-844-536-2167 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Puede ir a cualquiera de las farmacias de la red. Algunas de las farmacias de nuestra red brindan costos compartidos preferidos que pueden ser más bajos que los costos compartidos de una farmacia que ofrece costos compartidos estándar. El *Directorio de farmacias y de proveedores* le indicará qué farmacias de nuestra red ofrecen un costo compartido preferido. Para obtener más información sobre qué costos que paga de su bolsillo podrían ser distintos para diferentes medicamentos, comuníquese con nosotros.

Si su farmacia deja de formar parte de la red

Si la farmacia que usted utiliza deja de formar parte de la red de nuestro plan, tendrá que buscar una nueva farmacia de la red. Si la farmacia que usa permanece en la red, pero ya no ofrece un costo compartido preferido, tal vez desee cambiar a una nueva farmacia preferida o de la red, si hay alguna disponible. Para encontrar otra farmacia en su área, puede obtener ayuda a través de Servicios para los miembros llamando al 1-844-536-2167 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o usar el *Directorio de farmacias y de proveedores*. También puede encontrar información en nuestro sitio web en go.wellcare.com/2027providerdirectories.

Farmacias especializadas

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

- Farmacias que proveen medicamentos para tratamientos de infusión en el hogar.
- Farmacias que proveen medicamentos para las personas que residen en un centro de atención a largo plazo (Long-Term Care, LTC). Generalmente, un centro de LTC (como un centro de cuidados) tiene su propia farmacia. Si tiene dificultad para obtener sus beneficios de la Parte D en un centro de LTC, comuníquese con Servicios para los miembros al 1-844-536-2167 (los usuarios de TTY deben llamar a 711).
- Farmacias que brinden servicios al Programa de salud para la población india estadounidense urbana/tribal/del Servicio de Salud para la Población India Estadounidense (no está disponible en Puerto Rico). Salvo en caso de emergencia, solo los indios estadounidenses o los nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias dentro de nuestra red.
- Farmacias que proveen medicamentos que están restringidos por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) para ciertas ubicaciones o que requieren un manejo especial, la coordinación del proveedor o la educación sobre su uso. Para encontrar una farmacia especializada, consulte su *Directorio de farmacias y de proveedores* go.wellcare.com/2027providerdirectories o llame a Servicios para los miembros al 1-844-536-2167 (los usuarios de TTY deben llamar a 711).

Sección 2.2 Servicio de pedido por correo de nuestro plan

Para determinados tipos de medicamentos, usted puede utilizar los servicios de pedido por correo de la red de nuestro plan. Por lo general, los medicamentos que se dispensan a través del servicio de pedido por correo son los que usted toma con regularidad, para una enfermedad crónica o de larga duración. Los medicamentos que no están disponibles a través del servicio de pedido por correo de nuestro plan están marcados como **"NM"** en nuestra Lista de medicamentos.

El servicio de pedidos por correo de nuestro plan le permite solicitar un suministro de **al menos 35 días del medicamento y no más de un suministro de 100 días.**

Para obtener formularios de pedido e información sobre cómo obtener sus medicamentos con receta por correo, llame a Express Scripts® Pharmacy al 1-833-750-0201 (TTY: 711) durante las 24 horas, los 7 días de la semana. O bien, inicie sesión en express-scripts.com/rx. Si utiliza una farmacia de pedido por correo que no pertenece a la red del plan, su receta no se cubrirá.

Por lo general, el pedido a la farmacia de pedido por correo se le enviará en un plazo no mayor a 14 días. No obstante, a veces su receta para pedido por correo podría retrasarse. Para medicamentos a largo plazo que necesita de inmediato, pida a su médico dos recetas: una para un suministro de 30 días que se surtirá en una farmacia minorista participante, y otra para un suministro (de 35 a 100 días) a largo plazo que se surtirá por correo. Si tiene algún problema para surtir su suministro para 30 días en una farmacia minorista participante cuando se retrase su medicamento con receta correspondiente al pedido por correo, pídale a su farmacia minorista que llame a nuestro Centro de servicio para proveedores al 1-866-800-6111 (TTY: 1-888-816-5252), durante las 24 horas, los 7 días de la semana, para recibir asistencia. Los miembros pueden llamar a Express Scripts® Pharmacy al 1-833-750-0201 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. O bien, inicie sesión en express-scripts.com/rx.

Nuevas recetas que la farmacia recibe directamente del consultorio de su médico.
La farmacia surtirá y entregará automáticamente las recetas nuevas que reciba de los proveedores de atención médica, sin verificar con usted primero, si:

- Utilizó los servicios de pedido por correo con este plan en el pasado, o
- Se inscribió para la entrega automática de todas las recetas nuevas recibidas directamente de los proveedores de atención médica. Puede solicitar la entrega automática de todas las recetas nuevas ahora o en cualquier momento llamando a Express Scripts® Pharmacy al 1-833-750-0201, (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. O bien, inicie sesión en express-scripts.com/rx.

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

Si utilizó el pedido por correo en el pasado y no desea que la farmacia surta y envíe automáticamente cada medicamento con receta nuevo, comuníquese con nosotros llamando Express Scripts® Pharmacy al 1-833-750-0201, (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. O bien, inicie sesión en express-scripts.com/rx.

Si usted nunca ha utilizado nuestro servicio de entrega de pedidos por correo y/o si decide interrumpir el surtido automático de nuevas recetas, la farmacia se pondrá en contacto con usted cada vez que reciba una nueva receta de un proveedor de atención médica para ver si desea que le surta y envíe el medicamento inmediatamente. Es importante que responda cada vez que la farmacia se comunique con usted para informarles si la nueva receta se debe enviar, atrasar o detener.

Para cancelar los envíos automáticos de las nuevas recetas recibidas directamente del consultorio del proveedor de atención médica, comuníquese con nosotros llamando al Express Scripts®

Pharmacy al 1-833-750-0201 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. O bien, inicie sesión en express-scripts.com/rx.

Resurtidos de recetas médicas de pedido por correo. Para resurtir sus medicamentos, usted tiene la opción de inscribirse en un programa de resurtido automático. En este programa, comenzamos a procesar su siguiente resurtido automáticamente cuando nuestros registros muestren que se está por quedar sin su medicamento. La farmacia se comunicará con usted antes del envío de cada resurtido para asegurarse de que necesite más medicamento, y usted puede cancelar los resurtidos programados si tiene suficiente medicamento o si su medicamento ha cambiado.

Si usted elige no usar nuestro programa de resurtido automático, pero desea que la farmacia de pedido por correo le envíe su receta, póngase en contacto con su farmacia 21 días antes de que su receta actual se acabe. Esto asegurará que su pedido se le envíe a tiempo.

Para cancelar la participación en nuestro programa que prepara automáticamente resurtidos de pedido por correo, comuníquese con nosotros llamando o a su farmacia de pedido por correo:

- **Express Scripts® Pharmacy: 1-833-750-0201 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).**

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

Sección 2.3 Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo

Nuestro plan ofrece 2 maneras de obtener un suministro a largo plazo (también denominado suministro extendido) de medicamentos de mantenimiento en la Lista de medicamentos de nuestro plan. (Los medicamentos de mantenimiento son aquellos que usted toma regularmente para tratar una afección médica crónica o a largo plazo).

1. Algunas farmacias minoristas de nuestra red le permiten obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Su *Directorio de farmacias y de proveedores* go.wellcare.com/2027providerdirectories le indica cuáles farmacias de nuestra red pueden darle suministros a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar a Servicios para los miembros al 1-844-536-2167 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información.
2. También puede recibir medicamentos de mantenimiento a través de nuestro programa de pedidos por correo. Consulte la Sección 2.2 para obtener más información.

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

Por lo general, cubrimos los medicamentos que se obtienen en una farmacia fuera de la red *solo* si no puede utilizar una farmacia de la red. Contamos con farmacias de la red fuera del área de servicio, en las que puede obtener medicamentos con receta como miembro de nuestro plan. **Primero consulte**

con Servicios para los miembros al 1-844-536-2167 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para ver si hay alguna farmacia de la red cerca.

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

Viajes: Obtener cobertura cuando viaja o se encuentra fuera del área de servicio del plan.

- Si toma un medicamento con receta regularmente y va a viajar, asegúrese de revisar su suministro del medicamento antes de salir. Cuando sea posible, lleve consigo todos los medicamentos que vaya a necesitar. Usted podría pedir sus medicamentos con receta con anticipación a través de nuestro servicio de farmacia de pedido por correo.
- Si viaja dentro de los Estados Unidos y sus territorios y se enferma, o pierde o se le agotan sus medicamentos con receta, cubriremos los medicamentos con receta que se obtengan en una farmacia fuera de la red. En esta situación, tendrá que pagar el costo total (en lugar de pagar solo su copago) cuando obtenga su receta. Puede solicitarnos que le reembolsemos lo que usted pagó por la parte que nos corresponde del costo presentando un formulario de reclamación de un medicamento con receta. Si acude a una farmacia fuera de la red, es posible que usted sea responsable de pagar la diferencia entre lo que pagaríamos por una receta surtida en una farmacia de la red y lo que la farmacia fuera de la red cobró por su receta. Para saber cómo presentar una reclamación de un medicamento con receta y solicitar el reembolso, consulte la Sección 2 del Capítulo 7.
- También puede llamar a Servicios para los miembros para averiguar si hay una farmacia de la red en la zona a la que viaja.
- No podemos pagar ninguna receta que se surta en farmacias fuera de los Estados Unidos y sus territorios, ni siquiera en caso de emergencia médica.

Emergencia médica: ¿Qué ocurre si necesito una receta debido a una emergencia médica o porque necesité atención urgente?

- Cubriremos las recetas que se obtengan en una farmacia fuera de la red si las recetas están relacionadas con la atención de urgencia o la emergencia médica. En esta situación, tendrá que pagar el costo total (en lugar de pagar solo su copago) cuando obtenga su receta. Puede solicitarnos que le reembolsemos la parte que nos corresponde del costo presentando un formulario de reclamación. Si acude a una farmacia fuera de la red, es posible que usted sea responsable de pagar la diferencia entre lo que pagaríamos por una receta surtida en una farmacia de la red y lo que la farmacia fuera de la red cobró por su receta. Para saber cómo presentar una reclamación de reembolso, consulte la Sección 2 del Capítulo 7.

Situaciones adicionales: En otras ocasiones usted puede obtener cobertura para su receta si acude a una farmacia fuera de la red.

- Cubriremos su receta en una farmacia fuera de la red si aplica al menos uno de los siguientes casos:

- Si no puede obtener un medicamento cubierto de manera oportuna dentro de nuestra área de servicio porque no hay farmacias de la red a una distancia razonable en automóvil que ofrezcan servicio las 24 horas.
- Si está intentando surtir un medicamento con receta que no se encuentra habitualmente en existencia en una farmacia minorista o de pedido por correo de la red que sea accesible (incluidos los medicamentos de costo elevado y los medicamentos únicos).
- Si va a recibir una vacuna que es médicamente necesaria, pero que no está cubierta por la Parte B de Medicare y se administra en el consultorio de su médico.
- Si obtiene un medicamento con receta de una farmacia perteneciente a una institución mientras usted es un paciente en una clínica de cirugía para pacientes externos u otro entrono para pacientes externos.

- En el caso de todas las situaciones mencionadas anteriormente, es posible que usted reciba un suministro de medicamentos con receta de hasta 30 días. Además, es probable que tenga que pagar el cargo de la farmacia fuera de la red por el medicamento y presentar la documentación para recibir el reembolso de nuestro plan. Asegúrese de incluir una explicación de la situación por la que usó una farmacia fuera de nuestra red. Esto ayudará con el procesamiento de su solicitud de reembolso.

Generalmente, si debe usar una farmacia fuera de la red, deberá pagar el costo total en el momento en que surta la receta. Puede solicitarnos que le reembolsemos . (La Sección 2 del Capítulo 7 incluye información acerca de cómo puede solicitar un reembolso a nuestro plan). Es posible que deba pagar la diferencia entre lo que paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia dentro de la red.

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

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

Nuestro plan tiene una *Lista* de *medicamentos cubiertos* (Formulario). En esta *Evidencia de Cobertura*, **la denominamos la Lista de medicamentos.**

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

La Lista de medicamentos solo muestra los medicamentos cubiertos de la Parte D de Medicare. Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos con receta están cubiertos por sus beneficios de Medicaid. Para saber más acerca de la cobertura para medicamentos de Medicaid comuníquese con Delaware Medicaid para determinar qué cobertura para medicamentos podría estar

disponible para usted. (Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto de Delaware Medicaid en la Sección 6 del Capítulo 2).

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

- Aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) para el diagnóstico o afección para la que fue recetado, o
- Avalado por ciertas referencias, como American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de Información DRUGDEX de Micromedex.

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

Un medicamento de marca es un medicamento con receta vendido bajo una marca registrada comercial propiedad del fabricante del medicamento. Los productos biológicos son medicamentos más complejos que los medicamentos habituales. En la Lista de medicamentos, cuando nos referimos a medicamentos, esto podría significar un medicamento o un producto biológico.

Un medicamento genérico es un medicamento con receta que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Los productos biológicos tienen alternativas denominadas biosimilares. Por lo general, los genéricos y los biosimilares funcionan tan bien como los de marca o el producto biológico original y, generalmente, cuestan menos. Existen medicamentos genéricos sustitutos disponibles para muchos medicamentos de marca y alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son biosimilares intercambiables y, según las leyes estatales, pueden sustituir al producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, al igual que los medicamentos genéricos pueden sustituir a los medicamentos de marca.

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

Medicamentos que no están en nuestra 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, hemos decidido no incluir en la Lista de medicamentos un medicamento en particular.
- En algunos casos, es posible que pueda obtener un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos. (Para obtener más información, consulte el Capítulo 9).
- Los medicamentos con receta cubiertos por Delaware Medicaid no están en la Lista de medicamentos. Comuníquese con Delaware Medicaid para determinar la cobertura para

medicamentos que podría estar disponible para usted. (Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto de Delaware Medicaid en la Sección 6 del Capítulo 2).

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

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

- Consulte la Lista de medicamentos más reciente que le enviamos electrónicamente.
- Visite el sitio web de nuestro plan (go.wellcare.com/DE). La Lista de medicamentos en el sitio web siempre es la más actualizada.
- Llame a Servicios para los miembros al 1-844-536-2167 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para averiguar si un medicamento en particular está incluido en la Lista de medicamentos de nuestro plan o para pedir una copia de la lista.
- Utilice la "Real-Time Benefit Tool" (Herramienta de beneficios en tiempo real) de nuestro plan (go.wellcare.com/DE) para buscar medicamentos en la Lista de medicamentos para ver un valor estimativo de lo que pagará y si hay medicamentos alternativos en la Lista de medicamentos que podrían tratar la misma afección. También puede llamar a Servicios para los miembros al 1-844-536-2167 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

SECCIÓN 4 Medicamentos con restricciones de cobertura

Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?

Para ciertos medicamentos con receta, existen normas especiales que limitan cómo y cuándo nuestro plan los cubre. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrollaron estas normas para alentarlo a usted y a su proveedor a usar los medicamentos de la forma más eficaz. Para averiguar si alguna de estas restricciones se aplica a un medicamento que está tomando o desea tomar, consulte la Lista de medicamentos.

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

Tenga en cuenta que, a veces un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra Lista de medicamentos. Esto se debe a que los mismos medicamentos pueden variar en función de la concentración, la cantidad o la forma del medicamento recetado por su proveedor de atención médica, y pueden aplicar distintas restricciones o costos compartidos a las distintas versiones del medicamento (por ejemplo, 10 mg en comparación con 100 mg, uno por día en comparación con 2 por día, comprimido en comparación con líquido).

Sección 4.2 Tipos de restricciones

Si hay una restricción para su medicamento, por lo general significa que usted o su proveedor deberán seguir pasos adicionales para que nosotros cubramos el medicamento. Llame a Servicios para los miembros al 1-844-536-2167 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para averiguar qué pueden hacer usted o su proveedor para obtener la cobertura del medicamento. **Si desea pedirnos que eliminemos la restricción, tendrá que usar el proceso de decisiones de cobertura para solicitarnos una excepción**. Podemos estar o no estar de acuerdo con eliminar la restricción para usted. (Consulte el Capítulo 9).

Obtener la aprobación del plan por adelantado

Para determinados medicamentos, usted o su proveedor necesitan obtener la aprobación de nuestro plan a partir de 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 nuestro plan no cubra el medicamento. Los criterios de autorización previa de nuestro plan se pueden obtener llamando a Servicios para los miembros al 1-844-536-2167 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o en nuestro sitio web go.wellcare.com/enhanced-mapd-pa.

Probar un medicamento diferente primero

Este requisito hace que usted trate de utilizar medicamentos menos costosos, pero generalmente igual de eficaces antes de que nuestro plan le brinde cobertura para otro medicamento. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma afección y el Medicamento A cuesta menos, nuestro plan puede requerir que pruebe el medicamento A primero. Si el medicamento A no le funciona, entonces nuestro plan cubrirá el medicamento B. Este requisito de probar primero un medicamento diferente se denomina **tratamiento escalonado.** Los criterios de tratamiento escalonado de nuestro plan se pueden obtener llamando a Servicios para los miembros al 1-844-536-2167 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o en nuestro sitio web go.wellcare.com/enhanced-mapd-st.

Límites de cantidad

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

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

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

- El medicamento podría no estar cubierto en absoluto. O una versión genérica del medicamento podría tener cobertura, pero la versión de marca que desea tomar no está cubierta.
- El medicamento está cubierto, pero se aplican normas o restricciones adicionales respecto de la cobertura.

Si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o está restringido, estas son algunas opciones de lo que puede hacer:

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

Usted podría obtener un suministro temporal

En ciertas circunstancias, nuestro plan debe proporcionar un suministro temporal de un medicamento que ya está tomando. Este suministro temporal le da tiempo para consultar con su proveedor acerca del cambio.

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

- **Si usted es un miembro nuevo,** nosotros 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 anterior**, cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros **90 días** del año calendario.
- Este suministro temporal será por un máximo de 30 días en una farmacia minorista o bien, un suministro de 31 días en una farmacia de atención a largo plazo. Si su receta es para menos días, permitiremos varios surtidos para proporcionar hasta un suministro máximo de 30 días de medicamento en una farmacia minorista, o un suministro de 31 días de medicamento en una farmacia de atención a largo plazo. El medicamento con receta debe obtenerse en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo podría suministrar el medicamento en cantidades más pequeñas cada vez para evitar el desperdicio).

- **Para los miembros que han sido miembros de nuestro plan por más de 90 días y residen en un centro de atención a largo plazo (Long-Term Care, LTC) y necesitan un suministro de inmediato:**

  Cubriremos un suministro de emergencia de un medicamento en particular para 31 días, o menos si su receta es para menos días. Esto es complementario al suministro temporal anteriormente mencionado.

- **Para aquellos miembros que presentan un cambio en su nivel de atención (como en el caso de una transferencia desde un centro de atención a largo plazo u hospital o hacia este) y que necesitan un suministro de inmediato:**

  Cubrimos un suministro para 30 días, o menos si su receta se escribe para menos días (en cuyo caso permitiremos que realice surtidos múltiples para proporcionar un suministro del medicamento por hasta un total de 30 días).

En caso de tener preguntas acerca de un suministro temporal, llame a Servicios para los miembros al 1-844-536-2167 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

En el período durante el cual use el suministro temporal de un medicamento, debería hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se agote este suministro temporal. Tiene 2 opciones:

Opción 1. Puede cambiar a otro medicamento

Hable con su proveedor para ver si hay un medicamento diferente cubierto por nuestro plan que podría funcionar igual de bien para usted. Llame a Servicios para los miembros al 1-844-536-2167 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y pida una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que funcione para usted.

Opción 2. Puede solicitar una excepción

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

Si usted o su proveedor desean solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9, Sección 7.4 para saber qué tiene que hacer. También le explica los procedimientos y los plazos que han sido establecidos por Medicare para asegurarse de que su solicitud se administre en forma inmediata y justa.

SECCIÓN 6 Nuestra Lista de medicamentos puede sufrir modificaciones durante el año

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

- **Añadir o eliminar medicamentos de la Lista de medicamentos.**
- **Agregar o quitar una restricción respecto de 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 cumplir los requisitos de Medicare antes de cambiar la Lista de medicamentos de nuestro plan.

Información sobre cambios en la cobertura para medicamentos

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

Cambios en la cobertura para medicamentos que lo afectan durante este año del plan

- **Agregar medicamentos nuevos a la Lista de medicamentos e <u>inmediatamente</u> eliminar o realizar cambios en un medicamento similar de la Lista de medicamentos.**
    - Podríamos eliminar inmediatamente un medicamento similar de la Lista de medicamentos, mover el medicamento similar a un nivel de costo compartido diferente, agregar nuevas restricciones o ambas cosas. La nueva versión del medicamento estará con las mismas restricciones o menos.
    - Realizaremos estos cambios inmediatos solo si agregamos una nueva versión genérica de una marca o si agregamos ciertas versiones nuevas de biosimilares de un producto biológico original que ya estaba incluido en la Lista de medicamentos.
    - Podemos realizar estos cambios inmediatamente y decírselo más adelante, incluso si está tomando el medicamento que quitamos o cambiamos. Si toma el medicamento similar en el momento en el que realizamos el cambio, le proporcionaremos información sobre los cambios específicos que hagamos.
- **Agregar medicamentos a la Lista de medicamentos y eliminar o hacer cambios en un medicamento similar en la Lista de medicamentos.**
    - Cuando agreguemos otra versión de un medicamento a la Lista de medicamentos, podemos eliminar un medicamento similar de la Lista de medicamentos, moverlo a un nivel de costo

compartido diferente, agregar nuevas restricciones, o ambas cosas. La versión del medicamento que agreguemos estará con las mismas restricciones o menos.

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

- **Eliminar medicamentos no seguros y otros medicamentos de la Lista de medicamentos que se retiran del mercado.**
  - A veces, un medicamento podría considerarse no seguro o retirarse del mercado por otra razón. Si esto ocurre, podremos eliminar inmediatamente el medicamento de la Lista de medicamentos. Si está tomando ese medicamento, le informaremos después de que realicemos el cambio.
- **Hacer otros cambios sobre medicamentos de la Lista de medicamentos.**
  - Podemos hacer otros cambios que afecten los medicamentos que esté tomando una vez que el año haya comenzado. Por ejemplo, nos basamos en el recuadro de advertencias de la FDA o en nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare.
  - Le comunicaremos, al menos, 30 días antes de que realicemos estos cambios o le informaremos sobre el cambio y cubriremos un resurtido adicional para 30 días del medicamento que toma.

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

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

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

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

- Imponemos una nueva restricción en el uso de su medicamento.

- Retiramos su medicamento de la Lista de medicamentos.

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

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

SECCIÓN 7 Tipos de medicamentos que no cubrimos

Algunos tipos de medicamentos con receta están *excluidos*. Esto significa que Medicare no paga por estos medicamentos.

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

A continuación, se presentan 3 normas generales sobre medicamentos que el plan de medicamentos de Medicare no cubrirá según la Parte D:

- La cobertura para medicamentos de la Parte D de nuestro plan no cubrirá un medicamento que estaría cubierto en la Parte A o la Parte B de Medicare.
- Nuestro plan no puede cubrir un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos o sus territorios.
- Nuestro plan no puede cubrir el uso para una *indicación no autorizada* de un medicamento cuando el uso no está avalado por ciertas referencias, como American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de Información DRUGDEX de Micromedex. *Indicación no autorizada* es cualquier uso distinto al indicado en la etiqueta de un medicamento aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos.

Además, por ley, las siguientes categorías de medicamentos que figuran a continuación no están cubiertas por Medicare ni por Medicaid. No obstante, algunos de estos medicamentos podrían estar cubiertos para usted a través de su cobertura para medicamentos de su Delaware Medicaid. Comuníquese con Delaware Medicaid para determinar la cobertura para medicamentos que podría estar disponible para usted. (Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto de Delaware Medicaid en la Sección 6 del Capítulo 2).

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

Si está recibiendo Ayuda adicional para pagar sus medicamentos con receta, el programa Ayuda adicional no pagará los medicamentos que por lo general no cubre. Si tiene una cobertura para medicamentos a través de Medicaid, el programa Medicaid de su estado puede cubrir algunos medicamentos con receta que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare. Comuníquese con el programa Medicaid de su estado para determinar la cobertura para medicamentos disponible para usted. (Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto de Medicaid en Capítulo 2, Sección 6).

SECCIÓN 8 Cómo surtir un medicamento

Para obtener su medicamento con receta, proporcione la información de miembro de nuestro plan, (que se puede encontrar en su tarjeta de miembro) en la farmacia de la red que usted elija. La farmacia de la red automáticamente le facturará a nuestro plan por su medicamento.

Si usted no tiene su información de miembro de nuestro plan, usted o su farmacia pueden llamar a nuestro plan para obtener la información necesaria, o puede pedirle a la farmacia que busque la información de inscripción de nuestro plan.

Si la farmacia no puede recibir la información necesaria, **es posible que usted deba pagar el costo total del medicamento con receta cuando lo retire**. Entonces puede **solicitarnos que le reembolsemos**. Consulte la Sección 2 del Capítulo 7 para obtener información sobre cómo solicitar el reembolso al plan.

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

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

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

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

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

Consulte su *Directorio de farmacias y de proveedores* en go.wellcare.com/2027providerdirectories para averiguar si la farmacia del centro de LTC o la que utiliza el centro forma parte de nuestra red. Si no es así, o si usted necesita más información, llame a Servicios para los miembros al 1-844-536-2167 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Si usted está en un centro de LTC, debemos asegurarnos de que pueda recibir regularmente sus beneficios de la Parte D a través de 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 está restringido de alguna manera, consulte la Sección 5 para más información sobre un suministro temporal o de emergencia.

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

Si tiene otra cobertura para medicamentos a través de su empleador o grupo de jubilados (o del de su cónyuge o pareja doméstica), comuníquese con **el administrador de beneficios de ese grupo**. Puede ayudarlo a determinar cómo funcionará su cobertura actual para medicamentos con relación a nuestro plan.

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

Nota especial sobre la cobertura acreditable:

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

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

Guarde cualquier aviso sobre la cobertura acreditable porque puede necesitar estos avisos más adelante para demostrar que mantuvo una cobertura acreditable. Si no recibió un aviso sobre la cobertura acreditable, solicite una copia al administrador de beneficios de su plan de jubilados o empleador o al empleador o sindicato.

Sección 9.4 Si usted se encuentra en un hospicio certificado por Medicare

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

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

SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad y administración de los medicamentos

Llevamos a cabo revisiones sobre los usos de medicamentos para asegurarnos de que nuestros miembros reciban una atención segura y adecuada.

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

- Posibles errores en los medicamentos
- Medicamentos que podrían no ser necesarios porque toma otro medicamento similar para tratar la misma afección

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

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

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

Tenemos un programa que ayuda a garantizar que los miembros usen de manera segura los opioides con receta y otros medicamentos que son mal usados con frecuencia. Este programa se denomina Programa de administración de medicamentos (Drug Management Program, DMP). Si utiliza medicamentos opioides que obtiene de diferentes personas autorizadas a dar recetas o farmacias, o si tuvo una sobredosis reciente de opioides, podemos hablar con sus personas autorizadas a dar recetas para asegurarnos de que su uso de los medicamentos opioides sea apropiado y médicamente necesario. Trabajaremos junto con quienes están autorizados a darle las recetas, si decidimos que su uso de los medicamentos opioides o benzodiazepina con receta podría no ser seguro, podríamos limitar la manera en que obtiene esos medicamentos. Si lo ubicamos en nuestro DMP, las limitaciones pueden ser las siguientes:

- Solicitarle que obtenga todos sus medicamentos opioides o benzodiazepina con receta en determinadas farmacias.
- Requerir que obtenga todos sus medicamentos opioides o benzodiazepinas con receta de determinada(s) persona(s) autorizada(s) para dar recetas
- Limitar la cantidad de medicamentos opioides o benzodiazepina que cubriremos para usted

Si planeamos limitar cómo obtiene estos medicamentos o cuánto puede obtener, le enviaremos una carta por adelantado. En la carta, se le indicará si limitaremos la cobertura de estos medicamentos para usted o si se le pedirá que obtenga los medicamentos con receta solo de una persona autorizada a dar recetas o farmacia específicas. Tendrá la oportunidad de informarnos qué personas autorizadas para darle recetas o farmacias prefiere usar, y brindarnos cualquier otra información que considere que es importante que conozcamos. Después de que haya tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos, le enviaremos otra carta en la que se confirme la limitación. Si considera que nos hemos equivocado o no está de acuerdo con nuestra decisión o con respecto a la limitación que impusimos, usted y la persona autorizada a dar recetas tienen derecho a presentar una apelación. Si presenta una apelación, revisaremos su caso y le comunicaremos una nueva decisión. Si seguimos denegando cualquier parte de su solicitud relacionada con las limitaciones

que se aplican a su acceso a los medicamentos, automáticamente le enviaremos su caso a un revisor independiente fuera de nuestro plan. Consulte el Capítulo 9 para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

No se lo colocará en un Programa de Administración de Medicamentos (Drug Management Program, DMP) si usted tiene determinadas afecciones, como dolor relacionado con un cáncer o enfermedad de células falciformes, o si recibe atención en un hospicio, paliativo o de final de vida, o vive en un centro de atención a largo plazo.

Sección 10.2 Programa de manejo del tratamiento farmacológico (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 manejo del tratamiento farmacológico (Medication Therapy Management, MTM). Este programa es voluntario y gratuito. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrollaron el programa para nosotros para ayudar a garantizar que nuestros miembros aprovechen al máximo el beneficio de los medicamentos que toman.

Algunos miembros que tienen ciertas enfermedades crónicas y toman medicamentos que superan un monto específico de los costos de los medicamentos o se encuentran en un Programa de administración de medicamentos (Drug Management Program, DMP) para ayudarlos a usar opioides de manera segura, pueden obtener servicios a través de un Programa de manejo del tratamiento farmacológico (Medication Therapy Management, MTM). Si reúne los requisitos para participar en el programa, un farmacéutico u otro profesional de la salud llevará a cabo una revisión integral de todos sus medicamentos. Durante la revisión, puede hablar sobre sus medicamentos, los costos o cualquier problema o pregunta que tenga sobre sus medicamentos con receta y de venta libre. Recibirá un resumen escrito que tiene 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 está tomando, cuánto debería tomar, el momento donde debería tomarlos y la razón por la que los está tomando. Además, los miembros del programa de MTM recibirán información sobre la eliminación segura de medicamentos con receta que sean sustancias controladas.

Es una buena idea hablar con su médico sobre los pasos a seguir recomendados y su lista de medicamentos. Lleve el resumen con usted a su consulta o en cualquier momento que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica. También tenga su lista de medicamentos actualizada y llévela con usted (por ejemplo, con su identificación) si acude al hospital o a la sala de emergencias.

Si tenemos un programa que se adapte a sus necesidades, lo inscribiremos automáticamente en él y le enviaremos la información. Si usted decide no participar, notifíquelo y retiraremos su participación. En caso de tener preguntas acerca de este programa, llame a Servicios para los miembros al 1-844-536-2167 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

SECCIÓN 11 Su *Explicación de Beneficios (Explanation of Benefits, EOB) de la Parte D* explica en qué etapa de pago se encuentra usted

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

- **Costos que paga de su bolsillo:** esto corresponde a cuánto pagó usted. Esto incluye lo que usted pagó cuando recibe un medicamento cubierto de la Parte D, cualquier pago por sus medicamentos realizado por su familia o amigos, y cualquier pago realizado por sus medicamentos por Ayuda adicional de Medicare, los planes de salud del sindicato o empleador, el Servicio de salud para la población india estadounidense, programas de asistencia de medicamentos para el SIDA, organizaciones benéficas y la mayoría de los programas estatales de asistencia farmacéutica (State Pharmaceutical Assistance Programs, SPAP).
- **Total de costos de los medicamentos:** esto corresponde al total de todos los pagos realizados por sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Aquí se incluye lo que nuestro plan pagó, lo que usted pagó y lo que otros programas u organizaciones pagaron por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

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

- **Información para ese mes.** Este informe proporciona detalles de pago sobre medicamentos con receta que obtuvo el mes anterior. Muestra el total de costos de los medicamentos, lo que nuestro plan pagó y lo que usted y otros pagaron en su nombre.
- **Los totales para el año desde el 1 de enero.** Esto muestra los costos totales de los medicamentos y los pagos totales por sus medicamentos desde el inicio del año.
- **Información sobre los precios de los medicamentos.** Esto muestra el precio total del medicamento e información sobre cambios en el precio desde el primer resurtido por cada reclamación de medicamento con receta de la misma cantidad.
- **Medicamentos con receta alternativos disponibles a un costo menor.** Esto incluye información sobre otros medicamentos con menor costo compartido disponibles para cada reclamación de un medicamento con receta, si corresponde.

Sección 11.1 Ayúdenos a mantener al día nuestra información sobre sus pagos de los medicamentos

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

- **Muestre su tarjeta de miembro cada vez que obtenga un medicamento con receta.** Esto ayuda a que sepamos acerca de los medicamentos con receta que obtiene y lo que paga.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** En ocasiones, es posible que pague el costo total de un medicamento con receta. En estos casos, no recibiremos automáticamente la información que necesitamos para mantener el seguimiento de los costos que paga de su bolsillo. Para ayudarnos a mantener un registro de los costos que paga de su bolsillo, bríndenos copias de sus recibos. **Ejemplos de cuándo debe darnos copias de sus recibos de medicamentos:**
  - Cuando usted compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuento que no sea parte del beneficio de nuestro plan.
  - Cuando paga un copago por los medicamentos proporcionados en virtud de un programa de asistencia al paciente del fabricante del medicamento.
  - Cada vez que compre medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red o que pague el precio total de un medicamento cubierto en circunstancias especiales.
  - Si se le factura por un medicamento cubierto, puede pedirle a nuestro plan que pague la parte que nos corresponde del costo. Para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo, consulte el Capítulo 7, Sección 2.
- **Envíenos información sobre los pagos que terceros hayan realizado por usted.** Los pagos realizados por otras personas u organizaciones también se tienen en cuenta en los costos que paga de su bolsillo. Por ejemplo, los pagos realizados por un Programa estatal de asistencia de medicamentos, un Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP), el Servicio de Salud para la Población India Estadounidense y las organizaciones benéficas se tienen en cuenta para los costos que paga de su bolsillo. Lleve un registro de estos pagos y envíelos para que podamos hacer un seguimiento de sus costos.
- **Revise el informe que le enviamos por escrito.** Cuando reciba la *Explicación de beneficios (Explanation of Benefits, EOB) de la Parte D,* revísela para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si usted considera que falta algo o si tiene preguntas, llame a Servicios para los miembros al 1-844-536-2167 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). **En vez de recibir por correo una copia en papel *de la Explicación de beneficios de la Parte D (Parte D de la EOB)*, ahora tiene la opción de recibir una versión electrónica.** Usted podría solicitarla visitando https://www.express-scripts.com/. Si elige esta opción, recibirá un correo electrónico cuando *su eEOB de la Parte D* esté disponible para consultar, imprimir o descargar. Las *EOB de la Parte D* electrónicas también se conocen como copias digitales de las *EOB de la Parte D*. Estas son copias exactas (imágenes) de la *Parte D de la EOB* impresas. Asegúrese de guardar estos informes.

CAPÍTULO 6:

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

Usted no paga nada por los medicamentos de la Parte D que cubre nuestro plan.

CAPÍTULO 7:

Cómo solicitarnos que paguemos por los servicios médicos o medicamentos cubiertos

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

Nuestros proveedores de la red facturan directamente a nuestro plan por sus servicios y medicamentos cubiertos; usted no debería recibir una factura por servicios o medicamentos cubiertos. Si usted recibe una factura por la atención médica o por los medicamentos que recibió, envíenos esta factura para que podamos pagarla. Cuando nos envíe la factura, la analizaremos y decidiremos si se deben cubrir los servicios y los medicamentos. Si decidimos que se deben cubrir, le pagaremos al proveedor directamente.

Si usted ya pagó un servicio o artículo de Medicare cubierto por nuestro plan, puede solicitar a nuestro plan que le devuelva el dinero (a la acción de devolverle el dinero a menudo se le denomina **reembolsarle**). Es su derecho que nuestro plan le reembolse cada vez que usted ha pagado por servicios médicos o medicamentos que están cubiertos por nuestro plan. Podría haber plazos que deba cumplir para que le devuelvan el dinero. Consulte la Sección 2 de este capítulo. Cuando nos envíe una factura que ya ha pagado, revisaremos la factura y decidiremos si los servicios o medicamentos deben estar cubiertos. Si decidimos que debemos cubrirlos, le reembolsaremos lo correspondiente a los servicios o medicamentos.

También podría haber veces en las que recibe una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que recibió o por más de lo que le corresponde del costo compartido. Primero, intente resolver el tema de la factura con el proveedor. Si eso no funciona, envíenos la factura en lugar de pagarla usted. Examinaremos la factura y decidiremos si los servicios se deben cubrir. Si decidimos que se deben cubrir, le pagaremos al proveedor directamente. Si decidimos no pagarla, se lo notificaremos al proveedor. Nunca debe pagar más que el costo compartido permitido por el plan. Si se contrata a este proveedor, usted todavía tiene derecho al tratamiento.

Ejemplos de situaciones en las que puede tener que solicitarle a nuestro plan que le haga un reembolso o que pague una factura que usted recibió:

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

- Usted puede recibir servicios de emergencia o de urgencia de cualquier proveedor, independientemente de que el proveedor sea parte de nuestra red o no. En estos casos, pídale al proveedor que emita una factura para nuestro plan.
- Si usted paga el monto total en el momento de recibir la atención, pídanos que le reembolsemos. Envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que efectuó.
- Usted podría recibir una factura del proveedor solicitándole un pago que usted considera que no debe. Envíenos esta factura junto con la documentación de cualquier pago que efectuó.
    - Si al proveedor se le debe algo, le pagaremos directamente al proveedor.
    - Si ya pagó por el servicio, le reembolsaremos.

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

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

- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red envíenosla. Nos comunicaremos con el proveedor directamente y resolveremos el problema de facturación.
- Si ya le pagó una factura a un proveedor de la red, envíenosla junto con la documentación de cualquier pago que efectuó. Pídanos que le reembolsemos por los servicios cubiertos.

3. Si está inscrito retroactivamente en nuestro plan

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

Si fue inscrito retroactivamente en nuestro plan y pagó de su bolsillo por cualquiera de sus servicios o medicamentos cubiertos después de su fecha de inscripción, puede solicitarnos que le reembolsemos. Debe enviarnos cierta documentación, como recibos y facturas, para que coordinemos su reembolso.

4. Cuando utilice una farmacia fuera de la red para surtir medicamentos con receta

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

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso de. Recuerde que solo cubrimos farmacias fuera de la red en circunstancias limitadas. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.4 para saber más sobre estas circunstancias. Es posible que no le reembolsemos la diferencia entre lo

que pagó por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el monto que pagaríamos en una farmacia dentro de la red.

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

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

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso de. Es posible que no le reembolsemos el costo total que pagó si el precio en efectivo que pagó es superior al precio negociado por el medicamento con receta.

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

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

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

7. Si se está inscrito de manera retroactiva en nuestro plan porque era elegible para Delaware Medicaid.

Medicaid es un programa conjunto del estado y del gobierno federal que brinda ayuda con los costos médicos a algunas personas con ingresos y recursos limitados. Algunas personas con Medicaid son inscritas automáticamente en nuestro plan para obtener su cobertura de medicamentos con receta. Algunas veces, la inscripción de una persona en el plan es retroactiva. (Retroactiva significa que el primer día de la inscripción ya ha pasado. La fecha de inscripción pudo incluso haber sido el año pasado).

Si fue inscrito retroactivamente en nuestro plan y pagó de su bolsillo por sus medicamentos después de la fecha de inscripción, puede solicitarnos que paguemos los costos. Deberá enviarnos cierta documentación, como recibos y facturas, para que coordinemos su reembolso.

- Envíenos una copia de su recibo cuando nos pida un reembolso.
- Usted debe solicitar el pago de sus gastos que paga de su bolsillo (no de cualquier gasto pagado por otro asegurador).

- El plan podría no pagar los medicamentos que no se encuentran en nuestra lista de medicamentos. Todos los ejemplos mencionados anteriormente son tipos de decisiones de cobertura. Esto significa que, si rechazamos su solicitud de pago, usted puede apelar nuestra decisión. El Capítulo 9 de este documento contiene información sobre cómo presentar una apelación.

Cuando nos envíe una solicitud de pago, la analizaremos y decidiremos si debemos cubrir el servicio o medicamento. Esto se denomina tomar **una decisión de cobertura**. Si decidimos que debemos cubrirlos, le reembolsaremos por sus servicios o medicamentos. Si rechazamos su solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión. Capítulo 9 contiene información sobre cómo presentar una apelación.

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

Puede pedirnos que le reembolsemos enviándonos una solicitud por escrito. Si envía una solicitud por escrito, envíenos su factura y la documentación de cualquier pago que haya realizado. Es una buena idea realizar una copia de su factura y los recibos para sus registros. **Debe presentarnos su reclamación en un plazo de 365 días (en el caso de reclamaciones médicas) y en un plazo de tres años (en el caso de reclamaciones de medicamentos)** a partir de la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.

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

- No tiene que utilizar el formulario, pero nos será útil para procesar la información de manera más rápida. Para los Reembolsos de los miembros, tenemos formularios de reclamaciones disponibles a través del portal web. Aunque recomendamos enfáticamente que nuestros miembros utilicen el formulario para asegurarse de que se presente toda la documentación, no es necesario que lo hagan. También pueden presentar una copia de la factura sin el formulario. En cualquiera manera, deben incluir la información del proveedor, las fechas del servicio, los códigos de terminología actual de procedimiento (Current Procedural Terminology, CPT) cuando corresponda, los códigos o descripciones de los diagnósticos, y los montos facturados, junto con todos los registros médicos de los que dispongan y, si es necesario, una breve descripción del motivo por el que han necesitado atención. El miembro también debe presentar el comprobante de pago al mismo tiempo que presenta la reclamación. Son comprobantes de pago válidos los estados de cuenta bancaria o de la tarjeta de crédito, o una copia del cheque cancelado.
- Descargue una copia del formulario de nuestro sitio web (go.wellcare.com/DE) o llame a Servicios para los miembros al 1-844-536-2167 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y pida uno.

Para servicios médicos, envíenos su solicitud de pago, junto con las facturas o recibos pagados, a esta dirección:

Dirección de solicitud de pago
Member Reimbursement Dept
Medical Reimbursement Department
PO Box 10420
Van Nuys, CA 91410-0420

Cuando se trate de los medicamentos con receta de la Parte D, envíe por correo su solicitud de pago junto con las facturas o recibos pagados a esta dirección:

Dirección para la solicitud de pago de la Parte D
Wellcare Medicare Part D Claims
Attn: Member Reimbursement Department
P.O. Box 31577
Tampa, FL 33631-3577

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

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

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento están cubiertos y que usted ha seguido todas las normas, pagaremos del servicio o medicamento. Si ya ha pagado por el medicamento, le enviaremos por correo su reembolso . Si pagó el costo total de un medicamento, es posible que no se le reembolse el monto total que pagó (por ejemplo, si obtuvo un medicamento en una farmacia fuera de la red o si el precio en efectivo que pagó por un medicamento es superior al precio negociado). Si aún no ha pagado por el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo el pago directamente al proveedor.
- Si tomamos la decisión de *no* cubrir el medicamento o la atención médica o si usted *no* cumplió con todas las normas, no pagaremos Le enviaremos una carta en la que se le explican las razones por las que no le estamos enviando el pago y su derecho a apelar esa decisión.

Sección 3.1 Si le comunicamos que no pagaremos la atención médica o el medicamento, usted puede presentar una apelación

Si usted piensa que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago o no está de acuerdo con el monto que estamos pagando, puede presentar una apelación. Si usted presenta una apelación, significa que nos está pidiendo que cambiemos la decisión que tomamos al rechazar su solicitud de pago. El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos

importantes. Para obtener más información sobre cómo presentar esta apelación, consulte el Capítulo 9.

CAPÍTULO 8:

Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales

Sección 1.1 Debemos proporcionarle información de una manera que sea conveniente para usted y consistente con sus sensibilidades culturales (en otros idiomas que no sean el inglés, en audio, braille, tamaño de letra grande u otros formatos alternativos, etc.)

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

Nuestro plan cuenta con servicios de interpretación gratuitos disponibles para responder a las preguntas de los miembros que no hablan inglés. Si lo necesita, también podemos proporcionarle materiales en otros idiomas además del inglés, entre ellos español y en audio, en braille, en tamaño de letra grande, o en otros formatos alternativos sin costo alguno. Debemos proporcionarle información sobre los beneficios de nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Para obtener información sobre nosotros de una manera que sea conveniente para usted, llame a Servicios para los miembros al 1-844-536-2167 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

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

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

Si tiene alguna dificultad para obtener información sobre nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, consultar a un especialista en la salud de la mujer o encontrar a un especialista de la red, llámenos para presentar un reclamo ante Servicios para los miembros. También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

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

Usted tiene derecho a elegir a un de atención primaria (PCP) de la red de nuestro plan que preste y organice los servicios cubiertos. También tiene derecho a consultar a un especialista en la salud de la mujer (como un ginecólogo) sin necesidad de obtener una remisión.

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

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

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

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

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

¿Cómo protegemos la privacidad de su información de salud?

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

federales; en general, se exige que no se comparta la información que lo identifica específicamente.

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

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

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

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su información de salud personal, llame a Servicios para los miembros al 1-844-536-2167 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

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

Como miembro de nuestro plan, usted tiene derecho a que le brindemos varios tipos de información.

Si desea obtener cualquiera de los siguientes tipos de información, llame a Servicios para los miembros al 1-844-536-2167 (los usuarios de TTY deben llamar al 711):

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera de nuestro plan.
- **Información acerca de proveedores y farmacias de la red.** Usted tiene derecho a obtener información de nosotros sobre las calificaciones de los proveedores y las farmacias de nuestra red y cómo les pagamos a los proveedores de nuestra red.
  - Puede solicitar a Servicios para los miembros más información sobre los proveedores de nuestra red, incluyendo sus cualificaciones, estudios de medicina, residencia completada y certificación médica. Tanto Servicios para los miembros como nuestro sitio web pueden brindarle la información más actualizada sobre los cambios en las farmacias y los proveedores de nuestra red. Esta información se puede encontrar en nuestro sitio web en go.wellcare.com/2027providerdirectories.
- **Información acerca de su cobertura y las normas que debe seguir para usarla.** Los Capítulos 3 y 4 brindan información sobre los servicios médicos. Los Capítulos 5 y 6 brindan información sobre la cobertura para medicamentos de la Parte D.
  - **Nota:** Nuestro plan no recompensa médicos, proveedores, o empleados que realizan revisiones de utilización, incluidas las de entidades delegadas. La toma de decisiones sobre la administración de la utilización (Utilization Management, UM) se basa solo en la idoneidad de la atención médica y el servicio, y en la existencia de cobertura. Además, el plan no recompensa específicamente a los profesionales ni a otras personas por denegar cobertura.

Los incentivos financieros para los responsables de la toma de decisiones de UM no fomentan decisiones que dan lugar a subutilización.

- **Información sobre los motivos por los que algo no está cubierto y lo que usted puede hacer al respecto.** El Capítulo 9 proporciona información sobre el pedido de una explicación por escrito de por qué un servicio médico o medicamento de la Parte D no tiene cobertura o si su cobertura tiene una restricción. El Capítulo 9 también proporciona información sobre cómo pedirnos que cambiemos una decisión, también llamada apelación.

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

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

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

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

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

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

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

Los documentos legales que puede utilizar para dar sus instrucciones con anticipación en estos casos se denominan **instrucciones anticipadas.** Los documentos como un **testamento vital** y **poder de representación para la atención médica** son ejemplos de instrucciones anticipadas.

Cómo establecer las instrucciones anticipadas para dar instrucciones:

- **Obtenga un formulario.** Puede recibir un formulario de instrucciones anticipadas de su abogado, de un trabajador social o puede conseguirlo en algunas tiendas de artículos para consultorio. A veces se pueden obtener formularios de instrucciones anticipadas de organizaciones que ofrecen información sobre Medicare.
- **Completar el formulario y firmarlo.** Independientemente de dónde obtenga este formulario, es un documento legal. Considere solicitarle a un abogado que lo ayude a prepararlo.
- **Proporcione copias del formulario a las personas adecuadas**. Entregue una copia del formulario a su médico y a la persona que nombre en el formulario como quién podría tomar las decisiones por usted si usted no podría hacerlo. Es recomendable que dé copias a algunos amigos cercanos o miembros de la familia. Guarde una copia en casa.

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

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

Completar las instrucciones anticipadas es decisión de usted (entre ello, si desea firmarlas si está en el hospital). Según la ley, nadie puede negarse a brindarle atención ni puede discriminarlo si firmó o no las instrucciones anticipadas.

Si no se siguen sus instrucciones

Si firma instrucciones anticipadas y cree que un médico o el hospital no cumplieron las instrucciones que allí se mencionan, puede presentar una queja ante Delaware Aging and Disability Resource Center al 1-800-223-9074. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-302-424-7141 o visite https://dhss.delaware.gov/services/aging-and-disabilities-resource-center/.

Sección 1.6 Usted tiene derecho a presentar quejas y pedirnos 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 indica lo que puede hacer. Independientemente de lo que haga, ya sea solicitar una decisión de cobertura, presentar una apelación o una queja, **estamos obligados a tratarlo con imparcialidad.**

Sección 1.7 Usted tiene derecho a hacer recomendaciones acerca de nuestra política de derechos y responsabilidades de los miembros

Si tiene alguna pregunta o inquietud sobre los derechos y responsabilidades, o bien, si tiene sugerencias para mejorar nuestra política de derechos de los miembros, comparta con nosotros sus comentarios comunicándose con Servicios para los miembros.

Sección 1.8 Evaluación de nuevas tecnologías

Las nuevas tecnologías incluyen los procedimientos, los medicamentos, los productos biológicos o los dispositivos que se hayan desarrollado recientemente para el tratamiento de enfermedades o afecciones específicas, o son aplicaciones nuevas de procedimientos, medicamentos, productos biológicos y dispositivos que ya existían. Nuestro plan sigue, cuando así corresponda, lo establecido por las Determinaciones de cobertura local y nacional de Medicare.

En la ausencia de una determinación de cobertura de Medicare, nuestro plan evalúa la nueva tecnología o las nuevas aplicaciones de tecnologías existentes para su inclusión en los planes de beneficios correspondientes con el fin de asegurar que los miembros tengan acceso a la atención médica segura y eficaz al llevar a cabo una valoración crítica de la literatura médica publicada actual de publicaciones revisadas por colegas, incluyendo las revisiones sistemáticas, los ensayos controlados aleatorizados, los estudios con cohortes, los estudios de control de casos, los estudios de pruebas de diagnóstico con resultados estadísticamente significativos que demuestren la seguridad y eficacia, así como la revisión de evidencia que se base en las pautas desarrolladas por organizaciones nacionales y autoridades reconocidas. Nuestro plan también toma en cuenta las opiniones, recomendaciones y evaluaciones realizadas por médicos practicantes, asociaciones médicas reconocidas a nivel nacional, incluyendo las sociedades de especialidades médicas, los paneles de consenso u otras organizaciones de investigación y de evaluación de tecnología con reconocimiento a nivel nacional, los informes y publicaciones de agencias gubernamentales (por ejemplo, la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA), los Centros para el Control de las Enfermedades (Centers for Disease Control, CDC) y los Institutos Nacionales de Salud (National Institutes of Health, NIH)).

Sección 1.9 Si considera que está siendo tratado injustamente o que no se están respetando sus derechos

Si considera que no se lo ha tratado con imparcialidad o que no se han respetado sus derechos debido a su raza, discapacidad, religión, sexo, salud, origen étnico, credo (creencias), edad o nacionalidad, llame 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 a la Oficina de Derechos Civiles de su localidad. Tiene derecho a ser tratado con respeto y consideración de su dignidad.

Si considera que se le ha tratado injustamente o que sus derechos no han sido respetados, *y no* se trata de discriminación, puede obtener ayuda para tratar el problema que está enfrentando en los siguientes lugares:

- **Llame a Servicios para los miembros de nuestro plan al 1-844-536-2167 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)**
- **Llame a su SHIP local** al 1-800-336-9500.
- **Llame a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048)

Sección 1.10 Cómo obtener más información sobre sus derechos

Obtenga más información sobre sus derechos en estos sitios:

- **Llame a Servicios para los miembros al 1-844-536-2167 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)**
- **Llame a su SHIP local** al 1-800-336-9500.
- **Comuníquese con Medicare**
  - Visite Medicare.gov para leer la publicación *Medicare Rights & Protections (Derechos y protecciones de Medicare)* (disponible en: Medicare Rights & Protections)
  - Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048)

SECCIÓN 2 Sus responsabilidades como miembro de nuestro plan

Lo que tiene que hacer como miembro de nuestro plan se enumera a continuación. Si tiene preguntas, llame a Servicios para los miembros al 1-844-536-2167 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las normas que debe seguir para obtenerlos.** Use esta *Evidencia de Cobertura* para obtener información sobre lo que está cubierto y las normas que debe cumplir para obtener los servicios cubiertos.
  - Los Capítulos 3 y 4 dan los detalles sobre sus servicios médicos.

- Los Capítulos 5 y 6 dan más detalles sobre su cobertura para medicamentos de la Parte D.

- **Si, además de nuestro plan, tiene otra cobertura de salud u otra cobertura para medicamentos, debe comunicárnoslo.** El Capítulo 1 le informa sobre la coordinación de estos beneficios.
- **Dígale a su médico y a otros proveedores de atención médica que está inscrito en nuestro plan.**
  Muestre la tarjeta de miembro de nuestro plan y su tarjeta de Delaware Medicaid cada vez que obtenga atención médica o medicamentos de la Parte D.
- **Permita que sus médicos y otros proveedores lo ayuden dándoles información, haciendo preguntas y realizando un seguimiento de su atención médica.**
  - Para ayudar a obtener la mejor atención, informe a sus médicos y otros proveedores de salud acerca de sus problemas de salud. Siga las instrucciones y los planes de tratamiento que usted y sus médicos acordaron.
  - Asegúrese de que los médicos conozcan todos los medicamentos que está tomando, incluidos los medicamentos de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
  - Si tiene alguna pregunta, no dude en hacerla y obtener una respuesta que comprenda. Usted tiene la responsabilidad de entender sus problemas de salud y ayudar a establecer las metas de tratamiento que usted y su médico acuerden.
- **Sea considerado.** Esperamos que nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que usted actúe de una manera que contribuya al buen funcionamiento del consultorio de su médico, hospitales y otras oficinas.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:
  - Usted debe seguir pagando sus primas de Medicare para seguir siendo miembro de nuestro plan.
- **Si se muda *dentro* del área de servicio de nuestro plan, debemos estar al tanto de esto** para poder mantener actualizado su registro de miembro y saber cómo comunicarnos con usted.
- **Si se muda *fuera* del área de servicio de nuestro plan no puede seguir siendo miembro de nuestro plan.**
- **Si se muda, comuníqueselo al Seguro Social (o a la Junta de jubilación para ferroviarios).**

CAPÍTULO 9:

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

SECCIÓN 1 Qué hacer si tiene un problema o una inquietud

Este capítulo explica los procesos para el manejo de problemas e inquietudes. El proceso a utilizar para abordar su problema dependerá del tipo de problema que tenga:

- Para algunos problemas, debe usar el **proceso para decisiones de cobertura y apelaciones.**
- Para otros problemas, usted debe usar el **proceso para presentar quejas,** (también denominadas reclamos).

Cada proceso tiene un conjunto de normas, procedimientos y plazos que usted y nosotros debemos seguir.

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

Sección 1.1 Términos legales

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

Sin embargo, a veces es importante conocer los términos legales correctos. Para ayudarle a saber qué términos utilizar para obtener la ayuda o la información adecuadas, incluimos estos términos legales cuando proporcionamos detalles para manejar situaciones específicas.

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada

Siempre estamos a su disposición para ayudarlo. Incluso si tiene una queja sobre el trato que le damos, estamos obligados a respetar su derecho a presentar una queja. Siempre debe llamar a Servicios para los miembros al 1-844-536-2167 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener ayuda. Pero en

algunas situaciones, es posible que también quiera la ayuda o la orientación de alguien que no tenga relación con nosotros. Dos organizaciones que pueden ayudarle son:

Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP)

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

Los servicios ofrecidos por los asesores del SHIP son gratuitos. La información de contacto del SHIP está disponible en la Sección 3 del Capítulo 2.

Medicare

También puede comunicarse con Medicare para obtener ayuda:

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

Puede obtener ayuda e información de Delaware Medicaid

	Delaware Medicaid: información de contacto
Llame al	1-866-843-7212 1-302-255-9500 1-302-571-4900 8 a. m. a 4:30 p. m. hora del Este (ET), de lunes a viernes
TTY	711
Escriba a	Delaware Medicaid DHSS Herman Holloway Campus, Lewis Building 1901 N DuPont Highway New Castle, DE 19720
Sitio web	https://dhss.delaware.gov/dmma/home/medicaid/

SECCIÓN 3 Cómo entender el proceso de quejas y apelaciones de Medicare y Delaware Medicaid

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

En ocasiones, los procesos de Medicare y de Delaware Medicaid no están combinados. En esas situaciones, se utiliza un proceso de Medicare para un beneficio cubierto por Medicare y un proceso de Medicaid para un beneficio cubierto por Delaware Medicaid. Estas situaciones se explican en la **Sección 6.4**.

SECCIÓN 4 Qué proceso utilizar para su problema

Si tiene un problema o una inquietud, lea las partes de este capítulo que se aplican a su situación. La siguiente información lo ayudará a encontrar la sección correcta de este capítulo sobre problemas o quejas relacionados con los **beneficios cubiertos por Medicare o Delaware Medicaid.**

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

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

Sí.

Consulte la **Sección 5, Guía de las decisiones de cobertura y apelaciones.**

No.

Consulte la **Sección 11, Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes.**

Decisiones de cobertura y apelaciones

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

Las decisiones de cobertura y las apelaciones tratan los problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura de su atención médica (servicios, artículos y medicamentos de la Parte B, incluido el pago). Para simplificar las cosas, en general, nos referimos a artículos, servicios y medicamentos de la Parte B

de Medicare como **atención médica**. Usted puede utilizar el proceso de decisión de cobertura y apelaciones para asuntos como determinar si algo está cubierto o no y la forma en que está cubierto.

Cómo solicitar decisiones de cobertura antes de recibir los servicios

Si usted quiere saber si cubriremos la atención médica antes de recibirla, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura para usted. Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y la cobertura o con relación al monto que pagaremos por su atención médica. Por ejemplo, si el médico de la red de nuestro plan lo remite a un especialista médico que no está dentro de la red, esta remisión se considera una decisión de cobertura favorable, a menos que usted o su médico de la red puedan demostrar que usted recibió un aviso de denegación estándar para este especialista médico, o la *Evidencia de Cobertura* deje en claro que el servicio remitido nunca está cubierto para ninguna afección. Usted o su médico también pueden comunicarse con nosotros y solicitar una decisión de coberturasi su médico no está seguro de si cubriremos un servicio médico particular o se rehúsa a brindarle la atención médica que usted cree que necesita.

En circunstancias limitadas, una solicitud de una decisión de cobertura será desestimada, 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 una solicitud de una decisión de cobertura, enviaremos un aviso en el que se explicará por qué desestimamos la solicitud y cómo solicitar una revisión de la desestimación.

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

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura, ya sea antes o después de que se reciba un beneficio y usted no está satisfecho, puede **apelar** la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado. En ciertas circunstancias, que analizaremos más adelante, puede solicitar una **apelación rápida** o acelerada de una decisión de cobertura. Su apelación es analizada por revisores distintos a los que tomaron la decisión original.

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

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

Si rechazamos la totalidad o parte de su apelación de Nivel 1 para atención médica, la apelación pasará automáticamente a una apelación de Nivel 2 evaluada por una organización de revisión independiente que no está conectada con nosotros.

- No necesita hacer nada para iniciar una apelación de Nivel 2. Las normas de Medicare requieren que enviemos automáticamente su apelación para atención médica al Nivel 2 si no estamos totalmente de acuerdo con su apelación de Nivel 1.
- Consulte la **Sección 6.4** de este capítulo para obtener más información sobre las apelaciones de Nivel 2 sobre atención médica.
- Las apelaciones de la Parte D se analizan en la Sección 7 de este capítulo.

Si no está satisfecho con la decisión de la apelación de Nivel 2, usted podría avanzar a niveles adicionales de apelación (de este capítulo explica los procesos de apelación de Nivel 3, 4 y 5).

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

Estos son los recursos si decide solicitar algún tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- **Llame a Servicios para los miembros al** 1-844-536-2167 (Los usuarios de TTY deben llamar al 711)
- **Puede obtener ayuda gratuita** de su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP)
- **Su médico u otro proveedor de atención médica puede realizar la solicitud por usted.** Si su médico ayuda con una apelación más allá del Nivel 2, debe ser nombrado como su representante. Llame a Servicios para los miembros al 1-844-536-2167 (Los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicite el formulario de *Nombramiento de representante (Appointment of Representative)*. (El formulario también está disponible en CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en go.wellcare.com/DE).
    - Su médico u otro proveedor de atención médica puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 para la atención médica en su nombre. Si se rechaza su apelación Nivel 1, esta se enviará automáticamente al Nivel 2.
    - Si su médico u otro proveedor de atención médica solicita que un servicio o artículo que ya está recibiendo continúe durante su apelación, usted **podría** nombrar a su médico o a otra persona autorizada a dar recetas como su representante para que actúe en su nombre.
    - Para los medicamentos de la Parte D, su médico u otra persona autorizada a dar recetas puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si se deniega su apelación de Nivel 1, su médico o persona autorizada a dar recetas puede solicitar una apelación de Nivel 2.

- **Puede solicitar que alguien actúe en su nombre.** Puede designar a otra persona para que actúe en su nombre como su representante para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.

Si usted quiere que un amigo, familiar u otra persona sea su representante, llame a Servicios para los miembros al 1-844-536-2167 (Los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicite el formulario de *Nombramiento de representante*. (El formulario también está disponible en al CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en go.wellcare.com/DE). El formulario autoriza a esa persona a actuar en su nombre. El formulario debe estar firmado por usted y la persona que usted desea que actúe en su nombre. Usted debe darle al plan una copia del formulario firmado.

Podemos aceptar una solicitud de apelación de un representante sin el formulario, pero no podemos comenzar ni terminar nuestra revisión si no lo recibimos. Si no recibimos el formulario antes de nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación, su solicitud de apelación será rechazada. Si esto sucede, le enviaremos un aviso por escrito en el que se explicará su derecho de pedirle a una Organización de revisión independiente que revise nuestra decisión de rechazar su apelación.

- **También tiene derecho a contratar a un abogado.** Puede comunicarse con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado del colegio de abogados local u otro servicio de remisión. También existen grupos que le proporcionarán servicios legales gratuitos si usted reúne los requisitos. Sin embargo, **no es obligatorio que contrate a un abogado** para que pida algún tipo de decisión de cobertura o la apelación de una decisión.

Sección 5.2 Reglas y plazos para diferentes situaciones

Existen 4 situaciones diferentes que involucran decisiones de cobertura y apelaciones. Dado que cada situación tiene diferentes normas y plazos, damos los detalles de cada una en una sección aparte:

- **Sección 6:** “Atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación”
- **Sección 7:** “Medicamentos de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación”
- **Sección 8:** “Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que está siendo dado de alta demasiado pronto”
- **Sección 9:** “Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo algunos servicios médicos si usted considera que su cobertura está terminando demasiado pronto” (*Se aplica solo a estos servicios*: atención médica a domicilio, en un centro de atención de enfermería especializada y servicios en un Centro de rehabilitación integral para pacientes externos (Outpatient Rehabilitation Facility, CORF))

Si no está seguro de la información que aplica en su caso, llame a Servicios para los miembros al 1-844-536-2167 (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). También puede obtener ayuda o información

de su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP).

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

Sección 6.1 Qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura para atención médica o si desea que le reembolsemos por su atención

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

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

1. No está recibiendo cierta atención médica que quiere y considera que nuestro plan cubre dicha atención. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 6.2.**
2. Nuestro plan no aprobará la atención médica que su médico u otro proveedor de atención médica desea brindarle, y usted considera que nuestro plan cubre dicha atención. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 6.2.**
3. Usted recibió atención médica que considera que nuestro plan debería cubrir, pero le comunicamos que no pagaremos dicha atención. **Presente una apelación. Sección 6.3.**
4. Recibió y pagó atención médica y considera que nuestro plan debería cubrirla, por lo que quiere solicitar a nuestro plan que le reembolse el costo de esta atención. **Envíenos la factura. Sección 6.5.**
5. Se le comunica que la cobertura de cierta atención médica que ha estado recibiendo (y que habíamos aprobado anteriormente), se reducirá o interrumpirá, y usted considera que esto podría perjudicar su salud. **Presente una apelación. Sección 6.3.**

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

Sección 6.2 Cómo solicitar una decisión de cobertura

Términos legales:

Cuando una decisión de cobertura incluye su atención médica, se la denomina **determinación de la organización.**

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

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

Una decisión de cobertura estándar generalmente se toma en un plazo de 7 días calendario cuando el artículo o servicio médico está sujeto a nuestras normas de autorización previa, 14 días calendario para todos los demás artículos y servicios médicos, o 72 horas para los medicamentos de la Parte B. Una decisión de cobertura rápida generalmente se toma dentro de las 72 horas, en el caso de los servicios médicos, y 24 horas en el caso de los medicamentos de la Parte B.

- Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solo* si el hecho de recurrir a los plazos estándar podría *afectarlo de forma grave o perjudicar su capacidad física*.
- **Si su médico nos dice que su salud requiere una decisión de cobertura rápida, automáticamente aceptaremos proporcionarle una decisión de cobertura rápida.**
- **Si nos pide usted mismo la decisión de cobertura rápida, sin el apoyo de su médico, decidiremos si su salud requiere que tomemos una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que:
    - Explique que usaremos los plazos estándar.
    - Explique que, si su médico pide la decisión de cobertura rápida, tomaremos automáticamente una decisión de cobertura rápida
    - Explique que usted puede presentar una queja rápida sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó.

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

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

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

Para las decisiones de cobertura estándar usamos los plazos estándar.

Esto significa que le daremos una respuesta en un plazo de 7 días calendario después de recibida su solicitud **de un artículo o servicio médico de acuerdo a nuestras normas de autorización previa. Si su solicitud o servicio médico que solicita no está sujeto a nuestras normas de autorización previa, le daremos una respuesta en un plazo de 14 días calendario** después de que recibamos su solicitud. Si está solicitando un medicamento con receta de la **Parte B ,** le daremos una respuesta **en un plazo de 72 horas** después de recibida su solicitud.

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

En el caso de las decisiones de cobertura rápida usamos un marco de tiempo acelerado.

Una decisión de cobertura rápida significa que responderemos en un plazo de 72 horas si está solicitando un artículo o servicio médico. Si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, responderemos en un plazo de 24 horas.

- **No obstante,** si usted solicita más tiempo o si necesitamos más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales**. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento de la Parte B.
- Si usted considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una queja rápida. (Consulte la Sección 11 para obtener información sobre las quejas). Lo llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud.

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

- Si rechazamos su solicitud, usted tiene derecho a pedirnos reconsiderar la decisión mediante la presentación de una apelación. Esto significa hacer otro intento para obtener la cobertura de atención médica que quiere. Si presenta una apelación, significa que está avanzando al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 6.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos legales:

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

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

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

Por lo general, se presenta una apelación estándar en un plazo de 30 días calendario o 7 días calendario para los medicamentos de la Parte B. Generalmente, una apelación rápida se realiza dentro de las 72 horas.

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre la cobertura de una atención médica, usted y/o su médico deberán decidir si necesita una apelación rápida. Si su médico nos dice que su salud requiere una apelación rápida, le daremos una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión de cobertura rápida que aparecen en la Sección 6.2.

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

- **Si solicita una apelación estándar, envíe su apelación estándar por escrito.**También puede solicitar una apelación llamándonos. **El** Capítulo 2 **contiene información de contacto.**
- **Si solicita una apelación rápida, presente su apelación por escrito o llámenos.** El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Debe realizar su solicitud de apelación en un plazo de 65 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso por escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta a la decisión de cobertura. Si se vence este plazo y usted tiene una buena razón para haberlo dejado vencer, explique la razón por la cual se demoró su apelación cuando la presente. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de una causa justificada pueden incluir una enfermedad muy grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le brindamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede pedir una copia gratuita de la información sobre su decisión médica. Usted y su médico pueden agregar más información para sustentar su apelación.**

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

- Si decidimos cambiar o suspender la cobertura de un servicio o artículo que usted recibe actualmente, le enviaremos un aviso antes de tomar la medida propuesta.

- Si no está de acuerdo con la medida, puede presentar una apelación de Nivel 1. Seguiremos cubriendo el servicio o artículo si solicita una apelación de Nivel 1 en un plazo de 10 días calendario a partir de la fecha del sello postal de nuestra carta o antes de la fecha prevista de entrada en vigencia de la medida, lo que ocurra último.
- Si cumple con este plazo, podrá seguir recibiendo el servicio o artículo sin cambios mientras esté pendiente su apelación de Nivel 1. También seguirá recibiendo todos los demás servicios o artículos (que no son el tema de su apelación) sin cambios.

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

- Cuando revisamos su apelación, hacemos una revisión cuidadosa de toda la información. Verificamos si seguimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud.
- Recopilaremos más información si la necesitamos, y podríamos comunicarnos con usted o su médico.

Plazos para una apelación rápida

- En el caso de las apelaciones rápidas, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas después de que recibamos su apelación.** Le daremos la respuesta antes si su salud nos lo exige.
    - Si solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si está solicitando un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional si está solicitando un medicamento de la Parte B.
    - Si no le damos una respuesta en 72 horas (o al final de la extensión del plazo, en caso de que tomemos días adicionales), estamos obligados a enviar automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en la que será revisada por una organización de revisión independiente (Independent Review Organization, IRO). La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación. La Sección 6.4 explica el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos autorizar o brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 72 horas después de que recibamos su apelación.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos nuestra decisión por escrito y automáticamente enviaremos su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación.

Plazos para una apelación estándar

- En el caso de las apelaciones estándar, debemos darle una respuesta **en un plazo de 30 días calendario** después de que recibamos su apelación. Si está solicitando un medicamento de la

Parte B que todavía no ha recibido, le daremos una respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de que recibamos su apelación. Le informaremos nuestra decisión antes si su estado de salud así lo exige.

- No obstante, si solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si está solicitando un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento de la Parte B.
- Si usted considera que *no deberíamos* tomar días adicionales, puede presentar una queja rápida. Cuando presenta una queja rápida, le damos una respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la **Sección 11**).
- Si no le damos una respuesta para el plazo indicado (o al final de la extensión de tiempo), enviaremos su solicitud a una apelación de Nivel 2, en la que será revisada por una organización de revisión independiente (Independent Review Organization, IRO). La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación. La Sección 6.4 explica el Nivel 2 del proceso de apelaciones.

- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos autorizar o brindar la cobertura en un plazo de **30 días calendario** o **en un plazo de 7 días calendario** si está solicitando un medicamento de la Parte B.
- **Si nuestro plan rechaza una parte o la totalidad de su apelación, usted tiene derechos adicionales de apelación.**
- Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó, le enviaremos una carta.
  - Si su problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medicare, la carta le informará que enviamos su caso a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.
  - Si su problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medicaid, la carta le indicará cómo presentar usted mismo una apelación de Nivel 2.

Sección 6.4 El Nivel 2 del proceso de apelaciones

Término legal:

El nombre formal para la organización de revisión independiente es **Entidad de revisión independiente.** A veces se le llama **Entidad de revisión independiente (Independent Review Entity, IRE).**

La **organización de revisión independiente es una organización independiente que contrata Medicare**. No está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización determina si la decisión que tomamos es correcta o debe ser cambiada. Medicare supervisa su trabajo.

- Si su problema está relacionado con un servicio o artículo que suele estar **cubierto por Medicare**, enviaremos su caso automáticamente al Nivel 2 del proceso de apelaciones apenas se haya completado la apelación de Nivel 1.
- Si su problema está relacionado con un servicio o artículo que suele estar **cubierto por Medicaid**, usted mismo puede presentar una apelación de Nivel 2. La carta le indicará cómo hacerlo. A continuación, también se brinda información.
- Si su problema está relacionado con un servicio o artículo que podría estar **cubierto tanto por Medicare como por Medicaid**, usted obtendrá automáticamente a una apelación de Nivel 2 ante la organización de revisión independiente. También puede solicitar una Audiencia imparcial ante el estado.

Si usted reunió los requisitos para la continuación de los beneficios cuando presentó su apelación de Nivel 1, sus beneficios para el servicio, el artículo o el medicamento en apelación también pueden continuar durante el Nivel 2. Consulte la página 183 para obtener información sobre la continuación de sus beneficios durante las apelaciones de Nivel 1.

- Si su problema está relacionado con un servicio que suele estar cubierto solo por Medicare, sus beneficios para ese servicio no continuarán durante el proceso de apelaciones de Nivel 2 con la organización de revisión independiente.
- Si su problema está relacionado con un servicio que, por lo general, está cubierto por Medicaid, sus beneficios para ese servicio continuarán si presenta una apelación de Nivel 2 dentro de los 10 días calendario posteriores a la recepción de la carta de decisión de nuestro plan.

Si su problema está relacionado con un servicio o artículo que Medicare suele cubrir:

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

- Le enviaremos a esta organización la información sobre su apelación. A esta información se le denomina su **archivo de caso**. **Usted tiene derecho a solicitarnos una copia gratuita de su archivo de caso.**

- Usted tiene derecho a proporcionarle a la organización de revisión independiente información adicional para sustentar su apelación.
- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

Si se le concedió una apelación rápida en el Nivel 1, también se le concederá una apelación rápida en el Nivel 2.

- En el caso de la apelación rápida, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** después de que reciba su apelación.
- Si está solicitando un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita recabar más información que pudiera beneficiarlo, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales**. Si se tomaron días adicionales, se lo notificarán por escrito. La organización de revisión independiente no puede tomar tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.

Si se le concedió una apelación estándar en el Nivel 1, también se le concederá una apelación estándar en el Nivel 2.

- En el caso de la apelación estándar, si está solicitando un artículo o servicio médico, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 en un **plazo de 30 días calendario** después de recibir su apelación. Si está solicitando un medicamento de la Parte B, la organización de revisión independiente debe comunicarle la respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** después de que recibe su apelación.
- Si está solicitando un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita recabar más información que pudiera beneficiarlo, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales**. Si se tomaron días adicionales, se lo notificarán por escrito. La organización de revisión independiente no puede tomar tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.

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

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

- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de una solicitud de artículo o servicio médico,** debemos autorizar la cobertura de la atención médica **en un plazo de 72 horas** o proporcionar el servicio en un plazo de 14 días calendario después de que recibamos la decisión de la organización de revisión independiente para las **solicitudes 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 una solicitud de medicamentos de la Parte B**, debemos autorizar o proporcionar el medicamento de la Parte B en un plazo de **72 horas** después de que recibamos la decisión de la organización de revisión independiente para las **solicitudes estándar**. Para **solicitudes aceleradas,** tenemos **24 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión independiente
- **Si la organización de revisión independiente rechaza parte o la totalidad de su apelación**, significa que están de acuerdo con nuestro plan en que su solicitud (o parte de ella) para la cobertura de atención médica no debe ser aprobada. (Esto se llama **confirmar la decisión** o **rechazar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta que:
    - Explica la decisión.
    - Le informa sobre su derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de atención médica alcanza cierto mínimo. El aviso por escrito que recibe de la organización de revisión independiente le indicará el monto en dólares que debe alcanzar para continuar con el proceso de apelaciones.
    - Le explica cómo presentar una apelación de Nivel 3.
- Si su apelación de Nivel 2 es rechazada y usted reúne los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, debe decidir si desea avanzar al Nivel 3 y hacer una tercera apelación. Los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibe después de su apelación de Nivel 2.
    - La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez administrativo (Administrative Law Judge, ALJ) o un mediador. La **Sección 10** de este capítulo explica el proceso de apelaciones de los Niveles 3, 4 y 5.

Si su problema está relacionado con un servicio o artículo que Medicaid cubre usualmente:

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

- El Nivel 2 del proceso de apelaciones por servicios que Medicaid cubre usualmente es una Audiencia imparcial ante el estado. Debe solicitar una Audiencia imparcial por escrito o por teléfono **en un plazo de 90 días calendario** a partir de la fecha en la que enviamos la carta de decisión sobre su apelación de Nivel 1. La carta que reciba de nosotros le indicará dónde debe presentar su solicitud de audiencia.

Paso 2: La oficina de la Audiencia imparcial le da su respuesta.

La oficina de la Audiencia imparcial le comunicará su decisión por escrito y explicará los motivos.

- **Si la oficina de la Audiencia imparcial aprueba una parte o la totalidad de la solicitud de un artículo o servicio médico,** debemos autorizar o proporcionar el servicio o artículo en un

plazo no mayor a 72 horas a partir de que recibimos la decisión de la oficina de la Audiencia imparcial.

- **Si la oficina de la Audiencia imparcial rechaza parte o la totalidad de su apelación,** está de acuerdo con nuestro plan en que su solicitud (o parte de ella) para la cobertura de atención médica no debe ser aprobada. (Esto se llama **confirmar la decisión** o **rechazar su apelación**).

Si rechazan la totalidad o parte de lo que solicitó, puede presentar otra apelación.

Si la organización de revisión independiente o la oficina de la Audiencia imparcial rechazan la totalidad o parte de su solicitud, usted tiene **derechos adicionales de apelación**.

La carta que reciba de la oficina de la Audiencia imparcial describirá la siguiente opción de apelación.

Consulte la **Sección 10** para obtener más información sobre sus derechos de apelación después del Nivel 2.

Sección 6.5 Si nos está pidiendo que le reembolsemos una factura que ha recibido por atención médica

Si usted ya pagó un servicio o artículo de Medicaid cubierto por nuestro plan, solicite a nuestro plan que le devuelva el dinero (le reembolse). Es su derecho que nuestro plan le reembolse cada vez que usted haya pagado por los servicios médicos o medicamentos que están cubiertos por nuestro plan. Cuando nos envíe una factura que ya ha pagado, revisaremos la factura y decidiremos si los servicios o medicamentos deben estar cubiertos. Si decidimos que debemos cubrirlos, le rembolsaremos los costos de los servicios o medicamentos.

La solicitud de reembolso implica una decisión de cobertura de parte nuestra

Si nos envía la documentación correspondiente para solicitar un reembolso, nos está pidiendo que tomemos una decisión de cobertura. Para tomar esta decisión, comprobaremos si la atención médica que pagó está cubierta. También comprobaremos si ha seguido las normas para el uso de su cobertura de atención médica.

Si desea que le reembolsemos un servicio o artículo de **Medicare** o nos solicita que le paguemos a un proveedor de atención médica por un servicio o artículo de Medicaid que usted pagó, significa que nos está solicitando que tomemos una decisión de cobertura. Comprobaremos si la atención médica que pagó es un servicio cubierto. También comprobaremos si ha seguido las normas para el uso de su cobertura de atención médica.

- **Si aceptamos su solicitud:** Si la atención médica tiene cobertura y siguió todas las normas, le enviaremos el pago de del costo normalmente dentro de los 30 días calendario, pero a más tardar 60 días calendario después de que recibamos su solicitud.

- **Si rechazamos su solicitud:** Si la atención médica *no* está cubierta, o usted *no* siguió todas las normas, no enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta en la que se le informa que no pagaremos la atención médica y las razones.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar su solicitud, **puede presentar una apelación**. Si presenta una apelación, nos está solicitando que modifiquemos una decisión de cobertura que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

Para hacer esta apelación, siga el proceso de apelación de la Sección 6.3. En el caso de apelaciones relacionadas con un reembolso, tenga en cuenta lo siguiente:

- Debemos darle una respuesta en un plazo de 30 días calendario después de haber recibido su apelación.
- Si la organización de revisión independiente decide que debemos pagar, debemos enviarle a usted o al proveedor el pago dentro de los 30 días calendario. Si aceptamos su apelación en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviarle el pago a usted o al proveedor de atención médica en un plazo de 60 días calendario.

SECCIÓN 7 Medicamentos de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Sección 7.1 Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para recibir un medicamento de la Parte D o si quiere que le reembolsemos un medicamento de la Parte D

Los beneficios incluyen la cobertura para muchos medicamentos con receta. Para estar cubierto, su medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. (Consulte el Capítulo 5 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada). Para obtener detalles sobre los medicamentos, las normas, las restricciones y los costos de la Parte D, consulte los capítulos 5 y 6. **En esta sección, se tratan solamente sus medicamentos de la Parte D**. Para simplificar las cosas, en general, hablaremos de *medicamento* en el resto de esta sección en lugar de repetir cada vez las expresiones *medicamento con receta cubierto para pacientes externos* o medicamento de la Parte D. También usamos el término Lista de medicamentos en lugar *de Lista de medicamentos cubiertos* o formulario.

- Si no sabe si un medicamento está cubierto o si cumple con las normas, puede preguntarnos. Algunos medicamentos requieren que usted obtenga nuestra aprobación antes de que los cubramos.
- Si su farmacia le dice que su receta no se puede surtir tal como está escrita, la farmacia le entregará un aviso escrito explicándole cómo ponerse en contacto con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.

Decisiones y apelaciones de cobertura de la Parte D

Término legal:

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

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y la cobertura o en relación con el monto que pagaremos por los medicamentos. Esta sección le indica lo que puede hacer si se encuentra en cualquiera de las situaciones siguientes:

- Solicitar que cubramos un medicamento de la Parte D que no figura en la Lista de medicamentos de nuestro plan. **Solicitar una excepción. Sección 7.2**.
- Pedirnos que no apliquemos una restricción a la cobertura de nuestro plan para un medicamento (como límites en la cantidad de medicamento que puede obtener, criterios para autorizaciones previas o el requisito de probar primero con otro medicamento). **Solicitar una excepción. Sección 7.2**.
- Solicitar una aprobación previa para un medicamento. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 7.4**.
- Pagar un medicamento con receta que usted ya compró. **Pedirnos un reembolso. Sección 7.4**.

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

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

Sección 7.2 Cómo solicitar una excepción

Términos legales:

Pedir cobertura para un medicamento que no está en la Lista de medicamentos es una **excepción al Formulario.**

Pedir la eliminación de una restricción de cobertura para un medicamento es una **excepción al Formulario.**

Pedir pagar un precio inferior por un medicamento no preferido cubierto es una **excepción de nivel.**

Si un medicamento no está cubierto de la forma que a usted le gustaría que estuviese cubierto, puede pedirnos que hagamos una **excepción**. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura.

Para que consideremos su solicitud de excepción, su médico o la persona autorizada a dar recetas tendrán que explicar las razones médicas por las que necesita que se apruebe la excepción. Estos son 2

ejemplos de excepciones que usted, su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden pedirnos que hagamos:

1. **Cubrir un medicamento de la Parte D para usted que no figura en nuestra Lista de medicamentos.** No puede solicitar que hagamos una excepción respecto del monto de costo compartido que usted debe pagar por el medicamento cuando aceptamos cubrir un medicamento que no figura en Lista de medicamentos.
2. **Eliminar una restricción de un medicamento cubierto.** El Capítulo 5 describe las normas o restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos en nuestra Lista de medicamentos. Si aceptamos hacer una excepción y no aplicamos una restricción a usted, puede solicitar una excepción al monto del copago o coseguro que usted debe pagar por el medicamento.

Sección 7.3 Aspectos importantes que debe saber acerca de pedir excepciones

Su médico debe explicarnos las razones médicas

Su médico u otra persona autorizada a dar recetas deben entregarnos una declaración que explique las razones médicas para solicitar una excepción. Para que tomemos la decisión más rápido, incluya esta información médica de su médico o de la persona autorizada a dar recetas cuando pida la excepción.

Generalmente, nuestra Lista de medicamentos incluye más de un medicamento para tratar una afección específica en particular. Estas posibilidades diferentes se denominan medicamentos **alternativos**. Si un medicamento alternativo da el mismo resultado que el medicamento que está solicitando y no produce más efectos secundarios ni otros problemas de salud, en general no aprobaremos su solicitud de una excepción.

Podemos aceptar o rechazar su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de una excepción, nuestra aprobación normalmente es válida hasta el final del año de nuestro plan. Y será válida mientras su médico siga recetándole el medicamento y mientras ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar su afección.
- Si rechazamos su solicitud, puede pedir otra revisión mediante la presentación de una apelación.

Sección 7.4 Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

Término legal:

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

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

Las decisiones de cobertura estándar se toman en un plazo de **72 horas** después de que recibamos la declaración de su médico. **Las decisiones de cobertura rápidas** se toman en un plazo de **24 horas** después de que recibamos la declaración de su médico.

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

- Debe estar pidiendo un *medicamento que aún no ha recibido.* (No puede solicitar una decisión de cobertura rápida para que le reembolsemos el costo de un medicamento que usted ya compró).
- El hecho de usar los plazos estándares podría *afectarle de forma grave o perjudicar su capacidad física.*
- **Si su médico o la persona autorizada a dar recetas nos indica que su salud requiere una decisión de cobertura rápida, le daremos automáticamente una decisión de cobertura rápida.**
- **Si solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta, sin el respaldo de su médico ni de otra persona autorizada a dar recetas, decidiremos si su salud requiere que tomemos una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que:
    - Explica que usaremos los plazos estándar.
    - Explica que, si su médico u otra persona autorizada a dar recetas pide la decisión de cobertura rápida, automáticamente se la proporcionaremos.
    - Le indica cómo puede presentar una queja rápida sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que usted solicitó. Responderemos a su queja en un plazo de 24 horas desde su recepción.

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

Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o brindemos cobertura para la atención médica que desea. También puede acceder al proceso de decisiones de cobertura a través de nuestro sitio web. Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito, incluida una solicitud enviada en el formulario de *Solicitud de determinación de cobertura modelo de los*

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS), que está disponible en nuestro sitio web en go.wellcare.com/DEcoveragedeterminations. Capítulo 2 tiene la información de contacto. Para ayudarnos a procesar su solicitud, asegúrese de incluir su nombre, la información de contacto y la información que identifica la reclamación denegada por la que se está apelando.

Usted, su médico (u otra persona autorizada a dar recetas) o su representante puede hacer esto. También puede contratar a un abogado para que actúe en su nombre. La Sección 4 de este capítulo le indica cómo puede darle permiso por escrito a alguien para que actúe como su representante.

- **Si solicita que se haga una excepción, proporcione la declaración de respaldo,** que es el motivo médico de la excepción. Su médico o la persona autorizada a dar recetas puede enviarnos la declaración por fax o correo. O su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden llamarnos por teléfono y hacer un seguimiento mediante el envío de la declaración escrita, ya sea por fax o por correo, si fuera necesario.

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

Plazos para una decisión de cobertura rápida

- En general, debemos darle una respuesta **en un plazo de 24 horas** después de que recibamos su solicitud.
    - En el caso de las excepciones, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas después de que recibamos la declaración de respaldo de su médico de su solicitud. Le daremos la respuesta antes si su salud nos lo exige.
    - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente. Le informaremos por escrito si su solicitud ha sido enviada a la organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos brindar la cobertura que aceptamos en un plazo de 24 horas después de que recibamos su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito que explica por qué rechazamos su solicitud. Además, le diremos cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una decisión de cobertura estándar sobre un medicamento que aún no ha recibido

- Debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas** después de que recibamos su solicitud.
    - En el caso de las excepciones, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibida la declaración de respaldo de su médico de su solicitud. Le daremos la respuesta antes si su salud nos lo exige.

- Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente. Le informaremos por escrito si su solicitud ha sido enviada a la organización de revisión independiente.

- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos **brindar la cobertura** que aceptamos **en un plazo de 72 horas** después de que recibamos su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito que explica por qué rechazamos su solicitud. Además, le diremos cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una decisión de cobertura estándar sobre el pago de un medicamento que ya compró

- Debemos darle una respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de que recibamos su solicitud.
  - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente. Le informaremos por escrito si su solicitud ha sido enviada a la organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** también debemos pagarle en un plazo de 14 días calendario después de que recibimos su solicitud.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito que explica por qué rechazamos su solicitud. Además, le diremos cómo puede apelar nuestra decisión.

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

- Si rechazamos su solicitud, usted tiene derecho a pedirnos reconsiderar la decisión mediante la presentación de una apelación. Esto significa hacer otro intento para obtener la cobertura de medicamento que quiere. Si presenta una apelación, significa que está avanzando al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 7.5 Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos legales:

Una apelación a nuestro plan sobre una decisión de cobertura de un medicamento de la Parte D se llama **redeterminación del plan**.

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

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

Generalmente, una apelación estándar se realiza dentro de los 7 días calendario. Generalmente, una apelación rápida se realiza dentro de las 72 horas. Si su salud lo exige, pídanos una apelación rápida.

- Si está apelando una decisión tomada por nosotros acerca de un medicamento que aún no ha recibido, usted y su médico u otra persona autorizada a dar recetas tendrán que decidir si necesita una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión de cobertura rápida que aparecen en la Sección 7.4.

Paso 2: Usted, su representante, su médico u otra persona autorizada a dar recetas debe comunicarse con nosotros y presentar una apelación de Nivel 1. Si su salud exige una respuesta rápida, debe solicitar una apelación rápida.

- **En el caso de las apelaciones estándar, envíe una solicitud por escrito** o llámenos. El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **En el caso de las apelaciones rápidas, envíe su apelación por escrito o llámenos al 1-844-536-2167 (TTY: 711).** El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito,** incluida una solicitud enviada en el Formulario de solicitud de redeterminación del modelo de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS), que está disponible en nuestro sitio web go.wellcare.com/DEcoveragedeterminations. Incluya su nombre, la información de contacto y la información sobre su reclamación para ayudarnos a procesar su solicitud.
- **Debe realizar su solicitud de apelación en un plazo de 65 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso por escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta a la decisión de cobertura. Si se vence este plazo y usted tiene una buena razón para haberlo dejado vencer, explique la razón por la cual se demoró su apelación cuando la presente. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de una causa justificada pueden incluir una enfermedad muy grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le brindamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.

- **Puede pedir una copia de la información de su apelación y añadir más información.** Usted y su médico pueden agregar más información para sustentar su apelación.

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

- Cuando revisamos su apelación, hacemos otra revisión cuidadosa de toda la información sobre su solicitud de cobertura. Verificamos si seguimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud.
- Podríamos comunicarnos con usted o con su médico u otra persona autorizada a dar recetas para obtener más información.

Plazos para una apelación rápida

- En el caso de las apelaciones rápidas, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación**. Le daremos la respuesta antes si su salud nos lo exige.
    - Si no le damos una respuesta en un plazo de 72 horas, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente. Le informaremos por escrito si su solicitud ha sido enviada a la organización de revisión independiente. **La Sección 7.6** explica el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos brindar la cobertura que aceptamos en un plazo de 72 horas 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 su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una apelación estándar sobre un medicamento que aún no ha recibido

- En el caso de las apelaciones estándar, debemos darle una respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de que recibamos su apelación. Le daremos nuestra decisión antes si aún no ha recibido el medicamento y su estado de salud nos lo exige.
    - Si no le comunicamos nuestra decisión en un plazo de 7 días calendario, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente. Le informaremos por escrito si su solicitud ha sido enviada a la organización de revisión independiente. La **Sección 7.6** explica el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos brindar la cobertura tan rápido como lo exija su salud, pero no después de **7 días calendario** a partir 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 su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una apelación estándar sobre el pago de un medicamento que usted ya compró

- Debemos darle una respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de que recibamos su solicitud.
    - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente. Le informaremos por escrito si su solicitud ha sido enviada a la organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** también debemos pagarle en un plazo de 30 días calendario después de que recibamos su solicitud.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito que explica por qué rechazamos su solicitud. Además, le diremos cómo puede apelar nuestra decisión.

Paso 4: Si rechazamos su apelación, usted decidirá si quiere continuar con el proceso de apelaciones y presentar otra apelación.

- Si decide presentar otra apelación, significa que su apelación se enviará al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Sección 7.6 Cómo presentar una apelación de Nivel 2

Término legal:

El nombre formal para la organización de revisión independiente es **Entidad de revisión independiente.** A veces se le llama **Entidad de revisión independiente (Independent Review Entity, IRE).**

La **organización de revisión independiente es una organización independiente que contrata Medicare**. No está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización determina si la decisión que tomamos es correcta o debe ser cambiada. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Usted (o su representante, médico u otra persona autorizada a dar recetas) debe comunicarse con la organización de revisión independiente y pedir una revisión de su caso.

- Si rechazamos su apelación de Nivel 1, el aviso por escrito que le enviaremos incluirá **instrucciones para presentar una apelación de Nivel 2** ante la organización de revisión independiente. Estas instrucciones le indicarán quién puede presentar esta apelación de Nivel 2, qué plazos deberá respetar y cómo comunicarse con la organización de revisión independiente.
- **Usted debe presentar su solicitud de apelación en un plazo no mayor a 65 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso por escrito.

- Si no completamos nuestra revisión dentro del plazo aplicable o tomamos una decisión desfavorable con respecto a la determinación **de riesgo** según nuestro programa de administración de medicamentos, enviaremos automáticamente su solicitud a la Entidad de revisión independiente (Independent Review Entity, IRE). Le informaremos por escrito si su solicitud ha sido enviada a la organización de revisión independiente.
- Le enviaremos a esta organización la información sobre su apelación. A esta información se le denomina su **archivo de caso**. **Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de su archivo de caso.**
- Usted tiene derecho a proporcionarle a la organización de revisión independiente información adicional para sustentar su apelación.

Paso 2: La organización de revisión independiente revisa su apelación.

Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

Plazos para una apelación rápida

- Si su salud lo requiere, pida una apelación rápida a la organización de revisión independiente.
- Si la organización de revisión independiente acepta darle una apelación rápida, dicha organización de revisión independiente debe comunicarle su respuesta a la apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud de apelación.

Plazos para una apelación estándar

- En el caso de las apelaciones estándar, la organización de revisión independiente debe comunicarle su respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación si es por un medicamento que aún no ha recibido. Si solicita que le reembolsemos un medicamento que ya ha comprado, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 14 días calendario** después de haber recib su solicitud.

Paso 3: La organización de revisión independiente le da su respuesta.

En el caso de las apelaciones rápidas:

- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos brindar la cobertura para medicamentos que aprobó la organización de revisión independiente **en un plazo de 24 horas** después de recibida la decisión de parte de la organización de revisión independiente.

En el caso de las apelaciones estándar:

- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de su solicitud de cobertura,** debemos **brindar la cobertura para medicamentos** que aprobó la

organización de revisión independiente **en un plazo de 72 horas** después de recibida la decisión de parte de dicha organización.

- **Si la organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de su solicitud de reembolso** del costo de un medicamento que ya compró, debemos **enviarle el pago en un plazo de 30 días calendario** después de recibida la decisión de parte de dicha organización.

¿Qué sucede si la organización de revisión independiente rechaza su apelación?

Si esta organización independiente rechaza una parte o la totalidad de su apelación, significa que están de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar la solicitud (o parte de ella). (Esto se llama **confirmar la decisión** o **rechazar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta que:

- Explica la decisión.
- Le notifica sobre el derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura para medicamentos que solicita alcanza cierto mínimo. Si el valor en dólares de la cobertura para medicamentos que está solicitando es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación y la decisión del Nivel 2 es final.
- Le indicará el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelaciones.

Paso 4: Si su caso reúne los requisitos, puede elegir si desea continuar con su apelación.

- Hay otros 3 niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (el total es de 5 niveles de apelación).
- Si desea continuar con una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez administrativo (Administrative Law Judge, ALJ) o un mediador. La **Sección 10** explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que está siendo dado de alta demasiado pronto

Cuando se lo ingresa en un hospital, tiene derecho a obtener todos los servicios hospitalarios cubiertos que sean necesarios para el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad o lesión.

Durante su hospitalización cubierta, su médico y el personal del hospital colaborarán con usted para prepararlo para el día en que le den el alta. Ayudarán a coordinar la atención que pueda necesitar cuando se vaya.

- El día que deja el hospital es su **fecha del alta.**
- Cuando se haya decidido la fecha del alta, su médico o el personal del hospital se lo comunicarán.
- Si cree que le están pidiendo que deje el hospital demasiado pronto, puede pedir una hospitalización más prolongada y se considerará su solicitud.

Sección 8.1 Durante la hospitalización, recibirá un aviso por escrito de Medicare donde se le explicarán sus derechos

Dentro de los 2 días calendario de su ingreso al hospital, recibirá un aviso por escrito denominado *An Important Message from Medicare About Your Rights (Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos)*. Todos los que tienen Medicare reciben una copia de este aviso. Si no recibe el aviso de alguien en el hospital (por ejemplo, un trabajador social o una enfermera), solicítelo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicios para los miembros al 1-844-536-2167 (Los usuarios de TTY deben llamar al 711) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

1. **Lea atentamente este aviso y consulte cualquier duda que tenga.** Dice lo siguiente:
    - Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su hospitalización, según lo solicite su médico. Esto incluye el derecho a saber cuáles son esos servicios, quién pagará por ellos y dónde puede obtenerlos.
    - Su derecho a participar en cualquier decisión sobre su hospitalización.
    - Dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
    - Su derecho a **solicitar una revisión inmediata** de la decisión de darlo de alta si considera que está siendo dado de alta del hospital demasiado pronto. Esta es una manera legal y formal de pedir un retraso en la fecha de su alta para que su atención hospitalaria esté cubierta más tiempo.
2. **Se le pedirá que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió y que comprende sus derechos.**
    - Se le pedirá que firme el aviso a usted o a alguien que actúe en su nombre.
    - Firmar el aviso *solo* demuestra que ha recibido la información sobre sus derechos. El aviso no le informa sobre su fecha del alta. Firmar el aviso ***no* significa** que esté de acuerdo con la fecha del alta.

3. **Guarde la copia** del aviso para tener a mano la información sobre cómo presentar una apelación (o comunicar alguna inquietud sobre la calidad de la atención) en caso de que la necesite.
    - Si firma el aviso más de 2 días calendario antes de su fecha de alta, recibirá otra copia antes de que esté programado que le den el alta.
    - Para consultar una copia de este aviso por adelantado, llame a Servicios para los miembros al 1-844-536-2167 (Los usuarios de TTY deben llamar al 711) o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede consultar el aviso en línea en CMS.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

Sección 8.2 Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha del alta del hospital

Para solicitarnos que cubramos servicios hospitalarios para pacientes internados por un período más prolongado de tiempo, use el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que debe hacer y los plazos.

- **Siga el proceso**
- **Cumpla con los plazos**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda, llame a Servicios para los miembros al 1-844-536-2167 (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). O llame al Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) para recibir ayuda personalizada. La información de contacto del SHIP está disponible en la Sección 3 del Capítulo 2.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la mejora de la calidad revisa su apelación. Comprueba si su fecha prevista del alta es médicamente apropiada para usted. La **Organización para la mejora de la calidad** es un grupo de médicos y otros profesionales de la atención médica a los que el gobierno federal les paga por evaluar y ayudar a mejorar la calidad de la atención que se brinda a las personas con Medicare. Esto incluye revisar las fechas del alta del hospital para las personas que tienen Medicare. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad de su estado y pida una revisión inmediata de su alta del hospital. Debe actuar rápido.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso por escrito que recibió (*An Important Message from Medicare About Your Rights (Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos)*), le explica cómo puede comunicarse con esta organización. O busque el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la mejora de la calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe rápido:

- Para presentar la apelación, debe comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad *antes* de irse del hospital y **no después de la medianoche el día de su alta.**
    - **Si usted cumple con este plazo**, puede permanecer en el hospital *después* de la fecha del alta *sin pagar por ello* mientras espera la decisión de la Organización para la mejora de la calidad.
    - **Si no cumple con este plazo, comuníquese con nosotros.** Si decide quedarse en el hospital después de la fecha prevista del alta, *usted podría tener que pagar todos los costos* correspondientes a la atención hospitalaria que reciba después de la fecha prevista del alta.

Una vez que solicite una revisión inmediata de su alta del hospital, la Organización para la mejora de la calidad se comunicará con nosotros. Al mediodía del día después de que se nos contacte, le daremos un **Aviso detallado del alta**. Este aviso le indica su fecha prevista del alta y le explica en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros pensamos que es adecuado (médicamente apropiado) que reciba el alta en esa fecha.
Para obtener una muestra del **Aviso detallado del alta**, puede llamar a Servicios para los miembros al 1-844-536-2167 (Los usuarios de TTY deben llamar al 711) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). O bien, puede obtener un aviso de muestra en línea en CMS.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad realiza una revisión independiente de su caso.

- Los profesionales de la salud de la Organización para la mejora de la calidad (los revisores) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué cree que considera continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- Los revisores también consultarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que les dimos nosotros y el hospital.
- Antes del mediodía del día después de que los revisores nos informen de su apelación, recibirá un aviso por escrito de nosotros que le dará su fecha prevista del alta. Este aviso también explica en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros pensamos que es adecuado (médicamente apropiado) que reciba el alta en esa fecha.

Paso 3: En un plazo de un día completo después de tener toda la información necesaria, la Organización para la mejora de la calidad le dará la respuesta a su apelación.

¿Qué sucede si la aceptan?

- Si la organización de revisión independiente acepta, **debemos seguir brindándole servicios hospitalarios para pacientes internados cubiertos durante el tiempo que sean médicamente necesario.**

- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Además, podría haber limitaciones en sus servicios hospitalarios cubiertos.

¿Qué sucede si la rechazan?

- Si la organización de revisión independiente rechaza su apelación, significa que la fecha prevista del alta es médicamente apropiada. En caso de que esto suceda, **nuestra cobertura para los servicios hospitalarios para pacientes internados finalizará** al mediodía del día **posterior** al día en que la Organización para la mejora de la calidad le dé su respuesta a la apelación.
- Si la organización de revisión independiente rechaza su apelación y usted decide permanecer en el hospital, **es posible que tenga que pagar el costo total** de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día posterior a que la Organización para la mejora de la calidad le brinde su respuesta a la apelación.

Paso 4: Si rechazan su apelación de Nivel 1, usted decide si quiere presentar otra apelación.

- Si la Organización para la mejora de la calidad *rechazó* su apelación *y* usted permanece en el hospital después de la fecha prevista del alta, puede presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que pasa al **Nivel 2** del proceso de apelaciones.

Sección 8.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha del alta del hospital

Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para la mejora de la calidad que revise de nuevo la decisión de su primera apelación. Si la Organización para la mejora de la calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que usted tenga que pagar el costo total de la hospitalización después de la fecha prevista del alta.

<u>Paso 1:</u> Usted se comunica con la Organización para la mejora de la calidad de nuevo para pedir otra revisión.

- Debe pedir esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** después del día en que la Organización para la mejora de la calidad rechazó su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si permanece en el hospital después de la fecha en la que finalizó su cobertura de atención médica.

<u>Paso 2:</u> La Organización para la mejora de la calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para la mejora de la calidad harán otra revisión cuidadosa de toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: Los revisores decidirán, en un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud para una apelación de Nivel 2, sobre su apelación y le informarán su decisión.

Si la organización de revisión independiente la acepta:

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de la atención hospitalaria que recibió desde el mediodía del día después de la fecha de rechazo de su primera apelación por parte de la Organización para la mejora de la calidad. **Debemos seguir brindando cobertura para su atención hospitalaria para pacientes internados durante el tiempo que sea médicamente necesaria.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos, y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

Si la organización de revisión independiente la rechaza:

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron para su apelación de Nivel 1.
- En el aviso que recibirá, se le explicará por escrito qué puede hacer si quiere continuar con el proceso de revisión.

Paso 4: Si la rechazan, tendrá que decidir si quiere continuar con la apelación y presentar una apelación de Nivel 3.

- Hay otros 3 niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (el total es de 5 niveles de apelación). Si desea continuar con una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez administrativo (Administrative Law Judge, ALJ) o un mediador. La **Sección 10** explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 9 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo algunos servicios médicos si considera que su cobertura está terminando demasiado pronto

Cuando está recibiendo **servicios de atención médica a domicilio, servicios de atención de enfermería especializada o atención de rehabilitación (centro de rehabilitación integral para pacientes externos)** que estén cubiertos, tiene derecho a seguir recibiendo sus servicios para ese tipo de atención, siempre que la atención sea necesaria para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Cuando decidimos que es hora de dejar de cubrir alguno de los 3 tipos de atención, estamos obligados a decírselo por anticipado. Cuando finalice su cobertura para esa atención, *dejaremos de pagar por su atención*.

Si cree que estamos terminando la cobertura para su atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. Esta sección le indica cómo solicitar una apelación.

Sección 9.1 Le comunicaremos por adelantado cuándo se cancelará su cobertura

Término legal:

Aviso de no cobertura de Medicare (Notice of Medicare Non-Coverage, NOMNC). Le dice cómo puede solicitar una **apelación rápida.** Solicitar una apelación rápida es una forma legal y formal de solicitar un cambio a nuestra decisión de cobertura sobre cuándo dejar de prestar atención médica.

1. **Recibirá un aviso por escrito** al menos 2 días calendario antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención. El aviso dice lo siguiente:
   - La fecha en la que dejamos de cubrir su atención.
   - Cómo solicitar una apelación rápida para solicitarnos que sigamos cubriendo su atención durante un período de tiempo más largo.
2. **Se le pedirá que usted, o alguien que actúa en su nombre, firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió.** Firmar el aviso *solo* indica que recibió la información sobre cuándo finalizará su cobertura. **Firmarlo *no* significa que esté de acuerdo** con la decisión del plan de suspender la atención.

Sección 9.2 Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo

Si desea pedirnos que cubramos su atención durante un período más largo, deberá usar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que debe hacer y los plazos.

- **Siga el proceso**
- **Cumpla con los plazos**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda, llame a Servicios para los miembros al 1-844-536-2167 (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). O llame al Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP), para recibir asistencia personalizada: Delaware Medicare Assistance Bureau (DMAB) al 1-800-336-9500 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) 8 a. m. a 4:30 p. m. hora local, de lunes a viernes. La información de contacto del SHIP está disponible en el Capítulo 2, Sección 3.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la mejora de la calidad (Quality Improvement Organization, QIO) revisa su apelación. Decide si la fecha de finalización de su atención es médicamente apropiada. La **Organización para la mejora** de la **calidad** es un grupo de médicos y otros expertos de la atención médica a los que el gobierno federal les paga por evaluar y ayudar a mejorar la calidad de la atención que se brinda a las personas con Medicare. Esto incluye las revisiones de las decisiones del plan sobre cuándo es momento de dejar de cubrir ciertos tipos de atención médica. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Solicite su apelación de Nivel 1: comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad y pida una *apelación rápida*. Debe actuar rápido.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- En el aviso por escrito que recibió, (*Aviso de no cobertura de Medicare (Notice of Medicare Non-Coverage, NOMNC)*), se le explica cómo puede comunicarse con esta organización. O bien, busque el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la mejora de la calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe rápido:

- Debe comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad para iniciar su apelación **antes del mediodía del día antes de la fecha de entrada en vigencia** que aparece en el Aviso de no cobertura de Medicare (Notice of Medicare Non-Coverage, NOMNC).
- Si se vence el plazo y desea apelar, aún tiene derechos de apelación. Comuníquese con su Organización para la mejora de la calidad.

Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad realiza una revisión independiente de su caso.

Término legal:

Explicación detallada de no cobertura. Aviso que proporciona detalles sobre las razones para terminar la cobertura.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización para la mejora de la calidad (los revisores) le preguntarán a usted, o a su representante, por qué considera que debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- La organización de revisión independiente también revisará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que les ha dado nuestro plan.

- Al final del día, los revisores nos habrán comunicado sobre su apelación y usted recibirá de nuestra parte la *Explicación detallada de no cobertura,* donde se explican detalladamente las razones por las cuales finalizamos la cobertura de sus servicios.

Paso 3: Dentro del plazo de un día completo después de tener toda la información que necesitan, los revisores le comunicarán su decisión.

¿Qué sucede si los revisores aceptan?

- Si los revisores aceptan su apelación, entonces **debemos seguir brindándole su servicio cubierto mientras siga siendo médicamente necesario.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Es posible que haya limitaciones en sus servicios cubiertos.

¿Qué sucede si los revisores rechazan?

- Si los revisores la rechazan, entonces **su cobertura finalizará en la fecha que le indicamos.**
- Si decide continuar recibiendo servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada o servicios en un Centro de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) **después** de la fecha en la que termina su cobertura, **usted deberá pagar el costo total** de esta atención.

Paso 4: Si rechazan su apelación de Nivel 1, usted decide si quiere presentar otra apelación.

- Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 1 y usted decide seguir recibiendo la atención después de que haya finalizado la cobertura de la atención, puede presentar una apelación de Nivel 2.

Sección 9.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo

Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para la mejora de la calidad que revise de nuevo la decisión de su primera apelación. Si la Organización para la mejora de la calidad rechaza su apelación de Nivel 2, usted podría tener pagar el costo total de los servicios de atención médica a domicilio, de los servicios en un centro de atención de enfermería especializada o de los servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) *después* de la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura.

Paso 1: Usted se pone en contacto con la Organización para la mejora de la calidad de nuevo para pedir otra revisión.

- Debe pedir esta revisión en un **plazo de 60 días calendario** después del día en que la Organización para la mejora de la calidad *rechazó* su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si siguió recibiendo la atención después de la fecha en la que finalizó su cobertura de la atención.

Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para la mejora de la calidad harán otra revisión cuidadosa de toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: Los revisores decidirán, en un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud de apelación, sobre su apelación y le informarán su decisión.

¿Qué sucede si la organización de revisión independiente acepta?

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de la atención que recibió desde la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura. **Debemos seguir brindando cobertura** para su atención durante el tiempo que sea médicamente necesaria.
- Usted debe seguir pagando la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

¿Qué sucede si la organización de revisión independiente la rechaza?

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomamos respecto de su apelación de Nivel 1.
- En el aviso que recibirá, se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Se le darán los detalles para continuar con el siguiente nivel de apelación, que es manejado por un juez administrativo (Administrative Law Judge, ALJ) o un mediador.

Paso 4: Si la rechaza, tendrá que decidir si quiere continuar con la apelación.

- Hay 3 niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, lo que representa un total de 5 niveles de apelación. Si desea continuar con una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez administrativo (Administrative Law Judge, ALJ) o un mediador. La Sección 10 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 10 Cómo llevar su apelación a los Niveles 3, 4 y 5

Sección 10.1 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de servicios médicos

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado apelaciones de Nivel 1 y Nivel 2, y ambas han sido rechazadas.

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico sobre el que ha apelado cumple con ciertos niveles mínimos, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. Si el valor en dólares es

inferior al nivel mínimo, no puede seguir apelando. La respuesta escrita que usted reciba para su apelación de Nivel 2 explicará qué debe hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los tres últimos niveles de apelación funcionan más o menos de la misma manera que los primeros 2 niveles. La revisión de su apelación la gestionan estas personas en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3

Un **juez administrativo (Administrative Law Judge, ALJ) o un mediador** que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si el juez administrativo o mediador acepta su apelación, el proceso de apelaciones puede concluir o no**. A diferencia de la apelación de Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 favorable para usted. Si decidimos apelar, irá a una apelación de Nivel 4.
    - Si decidimos *no* apelar, debemos autorizar o proporcionarle atención médica en un plazo de 60 días calendario después de recibida la decisión del juez administrativo o mediador.
    - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 con los documentos relacionados. Es posible que esperemos la decisión de la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o brindar la atención médica en cuestión.
- **Si el juez administrativo o mediador rechaza su apelación, el proceso de apelaciones *podría* concluir o *no.***
    - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
    - Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le indicará qué hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4

El **Consejo de Apelaciones de Medicare** (el Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si su apelación se acepta o si el Consejo rechaza nuestra solicitud de revisar una decisión favorable a una apelación de Nivel 3, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *no.*** A diferencia de la decisión tomada en el Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 4 favorable para usted. Nosotros decidiremos si será necesario apelar esta decisión en el Nivel 5.
    - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionarle la atención médica en un plazo de 60 días calendario después de recibida la decisión del Consejo.
    - Si decidimos apelar la decisión, se lo comunicaremos por escrito.
- **Si la respuesta es negativa o si el Consejo rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *no.***

- Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
- Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, en el aviso que reciba se le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5 y cómo debería continuar con ese proceso.

Apelación de Nivel 5

Un juez del **Tribunal Federal de Primera Instancia** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si *aceptar* o *rechazar* su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación tras el Tribunal Federal de Primera Instancia.

Sección 10.2 Apelaciones adicionales ante Delaware Medicaid

También tiene otros derechos de apelación si su apelación es acerca de servicios o artículos que Delaware Medicaid generalmente cubre. La carta que reciba de la oficina de la Audiencia imparcial le indicará lo que debe hacer si desea continuar con el proceso de apelaciones.

Sección 10.3 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado apelaciones de Nivel 1 y Nivel 2, y ambas han sido rechazadas.

Si el valor del medicamento sobre el que ha apelado cumple con un determinado monto en dólares, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. Si el monto en dólares es menor, no puede seguir apelando. La respuesta escrita que usted reciba para su apelación de Nivel 2 explicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los tres últimos niveles de apelación funcionan más o menos de la misma manera que los primeros 2 niveles. La revisión de su apelación la gestionan estas personas en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3

Un **juez administrativo (Administrative Law Judge, ALJ) o un mediador** que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si su apelación se acepta, el proceso de apelaciones habrá terminado**. Debemos **autorizar o brindar la cobertura para medicamentos** que fue aprobada por el juez administrativo o el mediador **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago, a más tardar, a los 30 días calendario** después de que recibamos la decisión.

- **Si el juez administrativo o mediador rechaza su apelación, el proceso de apelaciones puede concluir o no.**
    - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
    - Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le indicará qué hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4

El **Consejo de Apelaciones de Medicare** (el Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si su apelación se acepta, el proceso de apelaciones habrá terminado.** Debemos **autorizar o brindar la cobertura para medicamentos** que fue aprobada por el Consejo **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago, a más tardar, a los 30 días calendario** después de que recibamos la decisión.
- **Si la respuesta es negativa o si el Consejo rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones *podría* concluir o *no.***
    - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
    - Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, en el aviso que reciba se le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5 y cómo debería continuar con ese proceso.

Apelación de Nivel 5

Un juez del **Tribunal Federal de Primera Instancia** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si *aceptar* o *rechazar* su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación tras el Tribunal Federal de Primera Instancia.

Presentar quejas

SECCIÓN 11 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes

Sección 11.1 Qué tipos de problemas se tratan en el proceso de quejas

El proceso de quejas se utiliza *solo* para ciertos tipos de problemas. Incluye los problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente. A continuación, encontrará algunos ejemplos de los tipos de problemas que pueden gestionarse a través del proceso de quejas.

Queja	Ejemplo
Calidad de su atención médica	• ¿Está insatisfecho con la calidad de la atención que ha recibido (incluida la atención en el hospital)?
Respeto de su privacidad	• ¿Alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial?
Falta de respeto, mal servicio al cliente u otro comportamiento negativo	• ¿Alguien ha sido descortés o le ha faltado el respeto? • ¿Está insatisfecho con nuestro Servicios para los miembros? • ¿Le parece que lo están alentando a dejar de participar en nuestro plan?
Tiempos de espera	• ¿Está teniendo problemas para conseguir una cita o tiene que esperar demasiado para conseguirla? • ¿Le han hecho esperar demasiado tiempo los médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud? ¿O nuestro Servicios para los miembros u otro miembro del personal de nuestro plan? ○ Entre los ejemplos se incluye esperar demasiado al teléfono, en la sala de espera o de consulta, o cuando le van a dar una receta.
Limpieza	• ¿Está insatisfecho con la limpieza o el estado de una clínica, un hospital o un consultorio de un médico?
Información que obtiene de nosotros	• ¿No le dimos un aviso requerido? • ¿Es nuestra información escrita difícil de entender?

Queja	Ejemplo
Puntualidad (Estos tipos de quejas se relacionan con lo *oportuno* de nuestras medidas relacionadas con las decisiones de cobertura y las apelaciones)	Si ha pedido una decisión de cobertura o presentado una apelación y le parece que no estamos respondiendo lo suficientemente rápido, puede presentar una queja por nuestra lentitud. Estos son algunos ejemplos: • Ha pedido que le demos una *decisión de cobertura rápida* o una *apelación rápida*, y le hemos dicho que no; puede presentar una queja. • Usted cree que no cumplimos con los plazos para decisiones de cobertura o apelaciones; puede presentar una queja. • Usted cree que no cumplimos con los plazos de cobertura o reembolso de ciertos productos, servicios o medicamentos que fueron aprobados; puede presentar una queja. • Cree que no cumplimos con los plazos requeridos para enviar su caso a la organización de revisión independiente; puede presentar una queja.

Sección 11.2 Cómo presentar una queja

Términos legales:

Una **queja** también se denomina **reclamo.**

Presentar una queja se denomina **interponer un reclamo.**

Usar el proceso para quejas se denomina **usar el proceso para interponer un reclamo.**

Una **queja rápida** se denomina **reclamo acelerado.**

<u>Paso 1:</u> Comuníquese con nosotros de inmediato, ya sea por escrito o por teléfono.

- **Llamar a Servicios para los miembros al** 1-844-536-2167 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) **es el primer paso.** Si hay algo más que usted necesite saber, Servicios para los miembros se lo indicará.
- **Si no desea llamar (o si llamó y no quedó satisfecho), puede presentar su queja por escrito y enviárnosla.** Si presentó su queja por escrito, le responderemos por escrito.

- **Si no podemos resolver su queja por teléfono, tenemos un procedimiento formal para revisar su queja. A esto lo denominamos Procedimiento de reclamo.** Para presentar una queja, o si tiene preguntas sobre este procedimiento, llame a Servicios para los miembros. O bien, puede enviarnos por correo una solicitud por escrito a la dirección que se indica en *Quejas sobre la atención médica* o *Quejas sobre los medicamentos con receta de la Parte D* en el Capítulo 2 de este documento.
    - Si solicita una respuesta por escrito, si presenta una queja por escrito (reclamo) o si su queja está relacionada con la calidad de la atención, le responderemos por escrito.
    - Tiene que presentar su queja en un plazo de 60 días calendario después del evento. O bien, puede enviarnos por correo una solicitud por escrito a la dirección que se indica en *Quejas sobre la atención médica* o *Quejas sobre los medicamentos con receta de la Parte D* en el Capítulo 2 de este documento.
    - Le notificaremos nuestra resolución con respecto a su queja tan pronto como su caso lo requiera en función de su estado de salud, pero a más tardar 30 días calendario después de recibir su reclamo. Podemos extender el plazo por hasta 14 días si solicita una extensión o si justificamos la necesidad de información adicional y la demora es para su conveniencia.
    - En determinados casos, usted tiene derecho a solicitar una revisión rápida de su queja. Esto se denomina Procedimiento de reclamo acelerado. Usted tiene derecho a una revisión rápida de su queja si no está de acuerdo con nuestra decisión en las siguientes situaciones:
        - Rechazamos su solicitud de revisión rápida de una solicitud de atención médica o de medicamentos de la Parte D.
        - Rechazamos su solicitud de revisión rápida de una solicitud de atención médica o de medicamentos de la Parte D rechazados.
        - Decidimos que se necesita más tiempo para revisar su solicitud de atención médica.
        - Decidimos que se necesita más tiempo para revisar su solicitud de atención médica.
    - Puede presentar este tipo de queja por teléfono llamando a Servicios para los miembros. También puede presentarnos la queja por escrito a la dirección que se indica en *Quejas sobre la atención médica* o *Quejas sobre los medicamentos con receta de la Parte D* en el Capítulo 2 de este documento. Una vez que recibamos el reclamo acelerado, un profesional clínico revisará el caso para determinar los motivos por los que se rechazó su solicitud de revisión rápida o si la extensión del caso era adecuada. Le notificaremos la decisión del caso rápido verbalmente y por escrito en un plazo de 24 horas después de que recibamos su queja.
- **Independientemente de que llame o escriba, debe comunicarse con Servicios para los miembros 1-844-536-2167 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) de inmediato.**

Puede presentar la queja en cualquier momento a partir de haber tenido el problema por el que desea presentar la queja.

Paso 2: Analizaremos su queja y le daremos nuestra respuesta.

- **De ser posible, le daremos una respuesta de inmediato.** Si nos llama por una queja, tal vez podamos darle una respuesta durante esa misma llamada telefónica.

- **La mayoría de las quejas se responden en un plazo de 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora es para su conveniencia o si usted pide más tiempo, podemos demorar hasta 14 días calendario más (44 días calendario en total) en responder a su queja. Si decidimos tomar días adicionales, se lo notificaremos por escrito.
- **Si presenta una queja porque rechazamos su solicitud de una decisión de cobertura rápida o una apelación rápida, automáticamente le concederemos una queja rápida.** Si se le ha concedido una queja rápida, quiere decir que le daremos **una respuesta en un plazo de 24 horas.**
- **Si no estamos de acuerdo** con una parte o la totalidad de la queja, o si no nos hacemos responsables del problema por el que se está quejando, incluiremos las razones en nuestra respuesta.

Sección 11.3 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención ante la Organización para la mejora de la calidad

Cuando su queja es sobre la *calidad de la atención*, también tiene 2 opciones adicionales:

- **Puede presentar su queja directamente ante la Organización para la mejora de la calidad.** La Organización para la mejora de la calidad es un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica a los que el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare. El Capítulo 2 contiene información de contacto.

O bien

- **Puede presentar su queja ante la Organización para la mejora de la calidad y ante nosotros al mismo tiempo**.

Sección 11.4 También puede informarle a Medicare y Delaware Medicaid acerca de su queja

Puede presentar una queja sobre nuestro plan directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare visite 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.

Para las quejas relacionadas con los servicios cubiertos por Delaware Medicaid, comuníquese con la oficina de Medicaid de su estado. La información de contacto se encuentra en el Capítulo 2, Sección 6.

CAPÍTULO 10:

Cancelación de su membresía en nuestro plan

SECCIÓN 1 Cancelación de su membresía en nuestro plan

Cancelar su membresía en Wellcare Delaware First Health Dual Align (HMO-POS D-SNP) podría hacerse de forma **voluntaria** (cuando es su elección) o **involuntaria** (cuando no es su elección):

- Es posible que deje nuestro plan porque ha decidido que *quiere* dejarlo. Las Secciones 2 y 3 brindan información sobre cómo cancelar su membresía voluntariamente.
- También hay situaciones limitadas donde nos vemos obligados a cancelar su membresía. La Sección 5 describe situaciones en las que podemos cancelar su membresía.

Si está dejando nuestro plan, nuestro plan debe continuar proporcionando su atención médica y los medicamentos con receta, y usted seguirá pagando la parte que le corresponde de los costos compartidos hasta que finalice su membresía.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan?

Sección 2.1

Puede cancelar su membresía en nuestro plan porque tiene Medicare y Medicaid

La mayoría de las personas con Medicare puede cancelar su membresía solo durante ciertos momentos del año.
Debido a que tiene Medicaid, puede cancelar su membresía en nuestro plan eligiendo una de las siguientes opciones de Medicare en cualquier mes del año:

- Original Medicare con un plan separado de medicamentos con receta de Medicare
- Si es elegible, un D-SNP integrado que le brinde sus beneficios y servicios de Medicare y la mayoría o la totalidad de sus beneficios y servicios de Medicaid en un solo plan

Nota: Si cancela su inscripción en la cobertura para medicamentos de Medicare, ya no recibe Ayuda adicional y permanece sin una cobertura acreditable para medicamentos durante 63 días consecutivos o más, usted podría pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe más adelante en un plan de medicamentos de Medicare. Si recibe Ayuda adicional, Medicare podría inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar de la inscripción automática.

- Llame a la oficina de Medicaid de su estado al 1-866-843-7212, los usuarios de TTY deben llamar al 711 para saber más sobre sus opciones de plan de Medicaid.
- Existen otras opciones de planes de salud de Medicare disponibles durante el **Período de inscripción abierta**. En la Sección 2.2 encontrará más información sobre el Período de inscripción abierta.
- **Su membresía se cancelará normalmente el primer día del mes después de que recibamos su solicitud para cambiar su plan.** Su inscripción en el nuevo plan también comenzará en este día.

Sección 2.2 Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción abierta

Puede cancelar su membresía durante el **Período de inscripción abierta** cada año. Durante este tiempo, revise su cobertura de salud y cobertura para medicamentos y decida sobre la cobertura para el próximo año.

- El **Período de inscripción abierta** es del **15 de octubre al 7 de diciembre.**
- **Elija mantener su cobertura actual o hacer cambios en su cobertura para el próximo año.** Si decide cambiar a un nuevo plan, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de cobertura:
  - Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura para medicamentos.
  - Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos de Medicare
  - Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos de Medicare.
  - Si es elegible, un Plan de necesidades especiales de doble elegibilidad (Dual-Eligible Special Needs Plan, D-SNP) integrado que le brinde sus beneficios y servicios de Medicare y la mayoría o la totalidad de sus beneficios y servicios de Medicaid en un solo plan.

Recibe Ayuda adicional de Medicare para pagar sus medicamentos con receta: Si se pasa a Original Medicare y no se inscribe en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare, Medicare podría inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted haya optado por no participar de la inscripción automática.

Nota: Si cancela su inscripción de la cobertura para medicamentos de Medicare, ya no recibe Ayuda adicional, y además permanece sin una cobertura acreditable para medicamentos durante 63 días consecutivos o más, usted podría pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.

- **Su membresía se cancelará en nuestro plan** cuando comience la cobertura de su nuevo plan el 1 de enero.

Sección 2.3 Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage

Puede hacer *un* cambio en su cobertura de salud durante el **Período de inscripción abierta de Medicare Advantage** cada año.

- **El Período de inscripción abierta de Medicare Advantage** es del 1 de enero al 31 de marzo y también para nuevos beneficiarios de Medicare que están inscritos en un plan MA, a partir del mes en que comienza a tener derecho a la Parte A y la Parte B hasta el último día del tercer mes desde que comenzó a tener ese derecho.
- **Durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage,** usted puede realizar lo siguiente:
  - Cambiar a otro Plan Medicare Advantage, con o sin cobertura para medicamentos.
  - Cancelar su inscripción en nuestro plan y obtener cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiar a Original Medicare en este período, también puede inscribirse en un plan separado de medicamentos de Medicare en ese momento.
- **Su membresía se cancelará** el primer día del mes después de que se inscriba en un plan Medicare Advantage diferente o que recibamos su solicitud de cambio a Original Medicare. Si también elige inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, su membresía en el plan de medicamentos comenzará el primer día del mes después de que el plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

Sección 2.4 En ciertas situaciones, puede cancelar su membresía durante un Período de inscripción especial

En determinadas situaciones, los miembros podrían ser elegibles para cancelar su membresía en otro momento del año. Esto se conoce como **Período de inscripción especial**.

Usted podría ser elegible para cancelar su membresía durante el Período de inscripción especial si alguna de las siguientes situaciones aplica a usted. Estos son solo ejemplos. Para obtener la lista completa, puede comunicarse con nuestro plan, o visitar Medicare.gov.

- En general, cuando usted se muda
- Si tiene Delaware Medicaid
- Si es elegible para recibir Ayuda adicional para pagar su cobertura para medicamentos de Medicare
- Si rompemos nuestro contrato con usted
- Si está recibiendo atención en una institución, como un centro de cuidados o un hospital de atención a largo plazo (Long-Term Care, LTC)

- Si se inscribe en el Programa de atención integral para las personas de edad avanzada (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE)
- **Nota:** Si está inscrito en un programa de administración de medicamentos, quizás solo sea elegible para determinados Períodos de inscripción especial. La Sección 10 del Capítulo 5 le proporciona más detalles sobre los programas de administración de medicamentos.
- **Nota:** La Sección 2.1 le brinda más información sobre el período de inscripción especial para personas con Medicaid.

Los períodos de inscripción varían según sea su situación.

Para averiguar si es elegible para un Período de inscripción especial, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si es elegible para cancelar su membresía debido a una situación especial, puede elegir cambiar tanto su cobertura de salud como su cobertura para medicamentos de Medicare. Puede elegir de entre lo siguiente:

- Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura para medicamentos,
- Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos de Medicare,
- Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos de Medicare.
- Si es elegible, un D-SNP integrado que le brinde sus beneficios y servicios de Medicare y la mayoría o la totalidad de sus beneficios y servicios de Medicaid en un solo plan.

Nota: Si cancela su inscripción de la cobertura para medicamentos de Medicare, ya no recibe Ayuda adicional, y además permanece sin una cobertura acreditable para medicamentos durante 63 días consecutivos o más, usted podría pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.

Recibe Ayuda adicional de Medicare para pagar sus medicamentos de la cobertura para medicamentos: Si se pasa a Original Medicare y no se inscribe en un plan separado de medicamentos de Medicare, Medicare podría inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que opte por no participar de la inscripción automática.

Su membresía se cancelará normalmente el primer día del mes después de que usted solicite cambiar su plan.

Nota: Las Secciones 2.1 y 2.2 le brindan más información sobre el período de inscripción especial para personas con Medicaid y Ayuda adicional.

Sección 2.5 Obtenga más información sobre cuándo puede cancelar su membresía

Si tiene preguntas sobre cómo cancelar su membresía, puede hacer lo siguiente:

- **Llame a Servicios para los miembros al 1-844-536-2167 (Los usuarios de TTY deben llamar al 711)**

- Encuentre la información en el manual ***Medicare & You 2027 (Medicare y Usted 2027)***
- Llame a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048)

SECCIÓN 3 Cómo cancelar su membresía en nuestro plan

La siguiente tabla explica cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan.

Para cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
Otro plan de salud de Medicare	• Inscribirse en el nuevo plan de salud de Medicare. • Su inscripción en Wellcare Delaware First Health Dual Align (HMO-POS D-SNP) se cancelará automáticamente cuando empiece la cobertura de su nuevo plan.
Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos de Medicare	• Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos de Medicare. • Su inscripción en Wellcare Delaware First Health Dual Align (HMO-POS D-SNP) se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su nuevo plan de medicamentos.

Para cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos de Medicare	• **Envíenos una solicitud por escrito para cancelar su inscripción o visite nuestro sitio web para cancelar su inscripción en línea.** Llame a Servicios para los miembros al 1-844-536-2167 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) si necesita más información sobre cómo hacer esto. • 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. • Su inscripción en Wellcare Delaware First Health Dual Align (HMO-POS D-SNP) se cancelará cuando empiece su cobertura en Original Medicare.

Nota: Si cancela su inscripción de la cobertura para medicamentos de Medicare, ya no recibe Ayuda adicional, y además permanece sin una cobertura acreditable para medicamentos durante 63 días consecutivos o más, podría tener que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.

Si tiene preguntas sobre sus beneficios de Delaware Medicaid, llame a 1-866-843-7212, TTY 711, 8 a. m. a 4:30 p. m. hora del Este (ET), de lunes a viernes. Pregunte cómo la inscripción en otro plan o el regreso a Original Medicare afectan el modo en que obtiene su cobertura de Delaware Medicaid.

SECCIÓN 4 Hasta que se cancele su membresía, debe seguir recibiendo sus artículos médicos, servicios y medicamentos a través de nuestro plan

Hasta que se cancele su membresía y comience su nueva cobertura de Medicare y Delaware Medicaid, debe continuar recibiendo sus artículos médicos, servicios y sus medicamentos con receta a través de nuestro plan.

- **Continúe utilizando los proveedores de nuestra red para recibir atención médica.**
- **Continúe usando las farmacias de nuestra red o pedido por correo para obtener sus medicamentos con receta.**

- **Si está hospitalizado el día que su membresía finaliza, su hospitalización estará cubierta por nuestro plan hasta que le den el alta** (incluso si le dan el alta después de que comience su nueva cobertura médica).

SECCIÓN 5 Wellcare Delaware First Health Dual Align (HMO-POS D-SNP) debe cancelar la membresía en su plan en ciertas situaciones

Wellcare Delaware First Health Dual Align (HMO-POS D-SNP) debe cancelar su membresía en nuestro plan si ocurre cualquiera de los siguientes casos:

- Si ya no tiene la Parte A y la Parte B de Medicare
- Si ya no es elegible para Delaware Medicaid. Como indica la Sección 2.1 del Capítulo 1, nuestro plan es para personas que son elegibles para Medicare y Delaware Medicaid. Si ya no cumple con los requisitos especiales de elegibilidad de nuestro plan, su membresía en este plan finalizará después de 3 meses. Sin embargo, durante este período, el plan Medicare Advantage no se responsabiliza de la cobertura de ningún beneficio Delaware Medicaid que pudiera estar incluido en su plan estatal de Medicaid. Recibirá un aviso de nuestra parte informándole sobre el fin de su membresía y sus opciones. Si tiene preguntas sobre su elegibilidad, comuníquese con Servicios para los miembros.
    - El período de supuesta elegibilidad continua del plan es de 3 meses. El período de supuesta elegibilidad continua comienza el primer día del mes siguiente al mes en el que se le notificó por parte del estado que usted había perdido su estado de persona con necesidades especiales.
- Si no paga la reducción de gasto médico, si corresponde
- Si se muda fuera del área de servicio
- Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio durante más de 6 meses.
    - Si se muda o realiza un viaje largo, llame a Servicios para los miembros al 1-844-536-2167 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para averiguar si el lugar al que se muda o al que viaja está en el área de nuestro plan.
- Si es encarcelado (va a prisión)
- Si ya no es usted ciudadano o nacional de los Estados Unidos, o un no ciudadano elegible
- Si miente o encubre información sobre otro seguro que tenga que le proporciona cobertura para medicamentos
- Si intencionalmente nos da información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad en nuestro plan. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).

- Si permanentemente se comporta de una manera que es perturbadora y nos dificulta la tarea de brindarles atención médica a usted y a otros miembros de nuestro plan. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
- Si deja que otra persona use su tarjeta de miembro para obtener atención médica. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
    - Si cancelamos su membresía por esta razón, es posible que Medicare haga que el Inspector general investigue su caso.

Si tiene preguntas o desea recibir más información sobre cuándo podemos cancelar su membresía, llame a Servicios para los miembros al 1-844-536-2167 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Sección 5.1 No podemos pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud

Wellcare Delaware First Health Dual Align (HMO-POS D-SNP) no está autorizado a pedirle que deje nuestro plan por algún motivo relacionado con su salud.

¿Qué debe hacer si sucede esto?

Si usted considera que se le está pidiendo que deje nuestro plan por un motivo relacionado con la salud, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 5.2 Tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan

Si cancelamos su membresía en nuestro plan, tenemos la obligación de darle por escrito nuestros motivos de dicha cancelación. Además, tenemos que explicarle cómo puede presentar un reclamo o una queja sobre nuestra decisión de cancelar su membresía.

CAPÍTULO 11:

Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes vigentes

La ley principal que se aplica a este documento de *Evidencia de Cobertura* es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y las normas creadas bajo esta ley por parte de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS). Además, pueden aplicarse otras leyes federales y, en determinadas circunstancias, las leyes del estado en el que reside. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades, incluso si las leyes no se incluyen ni se explican en este documento.

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación

Nuestro plan de salud cumple con las Leyes Federales de Derechos Civiles. **No discriminamos** por cuestiones de raza, origen étnico, nacionalidad, color, religión, sexo, edad, discapacidad física o mental, estado de salud, experiencia en reclamaciones, historial médico, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que ofrecen planes de Medicare Advantage, como nuestro plan, deben cumplir con las leyes federales contra la discriminación, incluido el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley del Cuidado de Salud de Bajo Costo, todas las demás leyes que se aplican a las organizaciones que reciben fondos federales y cualquier otra ley o norma que se aplique por cualquier otra razón.

Si desea obtener más información o tiene alguna inquietud en cuanto a discriminación o a un trato que no ha sido imparcial, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a la Oficina de Derechos Civiles de su localidad. También puede revisar la información de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos en HHS.gov/ocr/index.html.

Si usted tiene una discapacidad y necesita ayuda con el acceso a la atención, llame a Servicios para los miembros al 1-844-536-2167 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Si tiene una queja, como un problema de acceso para sillas de ruedas, Servicios para los miembros puede ayudarlo.

SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos por Medicare en los que Medicare no es el pagador principal. Según las regulaciones de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) en el Título 42, secciones 422.108 y 423.462 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR), *nuestro plan*, como una organización Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que los que la Secretaría ejerce conforme a las regulaciones de los CMS en las subpartes B a D de la parte 411 del Título 42 del CFR, y las normas establecidas en esta sección sustituyen cualquier legislación estatal.

SECCIÓN 4 Recuperación de beneficios pagados por nuestro plan en virtud de su plan Wellcare Delaware First Health Dual Align (HMO-POS D-SNP)

Cuando sufre una lesión

Si alguna vez sufre una lesión, se enferma o desarrolla una afección como consecuencia de las acciones de otra persona, de una empresa o de usted mismo (una "parte responsable"), nuestro plan le proporcionará beneficios por los servicios cubiertos que reciba. Sin embargo, si recibe dinero o tiene derecho a recibir dinero debido a su lesión, enfermedad o afección, ya sea a través de un acuerdo, una sentencia o cualquier otro pago asociado a su lesión, enfermedad o afección, nuestro plan y/o los proveedores de tratamiento conservan el derecho de recuperar el valor de cualquier servicio que se le haya prestado a través de este plan de acuerdo con las leyes estatales correspondientes.

En esta disposición, el término "parte responsable" significa cualquier persona o entidad que sea responsable real o potencialmente de su lesión, enfermedad o afección. El término parte responsable incluye la responsabilidad civil u otra aseguradora de la persona o parte responsable.

Algunos ejemplos de cómo podría sufrir una lesión, enfermarse o desarrollar una afección como consecuencia de las acciones de una parte responsable incluyen, entre otros:

- Tiene un accidente automovilístico;
- Se resbala y se cae en una tienda; o
- Está expuesto a una sustancia química peligrosa en el trabajo.

El derecho de recuperación de nuestro plan se aplica a todos y cada uno de los montos que reciba de la parte responsable, incluidos, entre otros:

- Pagos realizados por un tercero o cualquier compañía de seguros en nombre del tercero;
- Cobertura de automovilista sin seguro o con seguro insuficiente;
- Protección contra lesiones personales, sin culpa o cualquier otra cobertura de seguro individual;
- Compensación laboral o adjudicación o indemnización por discapacidad;

- Cobertura de pagos médicos en virtud de cualquier póliza de automóvil, cobertura de una aseguradora para propietarios de vivienda o de establecimientos o cobertura paraguas;
- Cualquier acuerdo o sentencia recibidos de una demanda u otra acción legal; o
- Cualquier otro pago de cualquier otra fuente recibido como compensación por las acciones u omisiones de la parte responsable.

Al aceptar beneficios en virtud de este plan, usted acepta que nuestro plan tiene un derecho de subrogación y reembolso de primera prioridad que se aplica cuando este plan ha pagado beneficios por servicios cubiertos que usted recibió debido a las acciones u omisiones de una parte responsable, y usted o su representante recupera, o tiene derecho a recuperar, cualquier monto de una parte responsable.

Al aceptar beneficios en virtud de este plan, usted también (i) cede a nuestro plan su derecho a recuperar gastos médicos de cualquier cobertura disponible hasta el costo total de todos los servicios cubiertos prestados por el plan con relación a su lesión, enfermedad o afección, y (ii) acepta indicar específicamente a la parte responsable que le reembolse directamente al plan en su nombre.

Al aceptar beneficios en virtud de este plan, usted también otorga a nuestro plan un derecho de gravamen de primera prioridad sobre cualquier recuperación, acuerdo o sentencia, u otra fuente de compensación y todo reembolso por el costo total de los beneficios correspondientes a servicios cubiertos pagados en virtud del plan que estén relacionados con su lesión, enfermedad o afección debido a las acciones u omisiones de una parte responsable. Esta prioridad se aplica independientemente de que los montos se identifiquen específicamente como una recuperación de gastos médicos e independientemente de que se le indemnice o compense plena o totalmente por su pérdida. Nuestro plan puede recuperar el costo total de todos los beneficios proporcionados por este plan sin tener en cuenta cualquier reclamación de culpa de parte de usted, ya sea por negligencia comparativa o por cualquier otro modo. No podrán deducirse honorarios de abogados de la recuperación de nuestro plan, y nuestro plan no está obligado a pagar ni a contribuir al pago de costos judiciales ni de honorarios de abogados correspondientes al abogado contratado para perseguir la reclamación o demanda contra cualquier parte responsable.

Medidas que debe tomar

Si sufre una lesión, se enferma o desarrolla una afección a causa de una parte responsable, usted debe cooperar con nuestro plan y/o con los esfuerzos del proveedor de tratamiento para recuperar sus gastos, lo que incluye:

- Comunicar a nuestro plan o al proveedor de tratamiento, según corresponda, el nombre y la dirección de la parte responsable y/o de su abogado, si los conoce; el nombre y la dirección de su abogado; si recurre a un abogado, el nombre y la dirección de cualquier compañía de seguros implicada; y una descripción de cómo se produjo la lesión, enfermedad o afección.
- Completar cualquier documentación que nuestro plan o el proveedor de tratamiento puedan requerir de manera razonable para ayudar a aplicar el derecho de recuperación o retención.

- Responder con prontitud a las consultas de nuestro plan o del proveedor de tratamiento sobre el estado del caso o la reclamación y sobre cualquier conversación relacionada con un acuerdo.
- Notificar a nuestro plan inmediatamente después de que usted o su abogado reciban cualquier suma de dinero de la(s) parte(s) responsable(s) o de cualquier otra fuente.
- Pagar el gravamen de atención médica o el monto de recuperación del plan de cualquier recuperación, acuerdo o sentencia, u otra fuente de compensación, incluido el pago de todo reembolso adeudado a nuestro plan por el costo total de los beneficios pagados en virtud del plan que estén relacionados con su lesión, enfermedad o afección causada por cualquier parte responsable, independientemente de que estos se identifiquen específicamente como recuperación por gastos médicos e independientemente de que a usted se le compense plena o totalmente por su pérdida;
- No hacer nada que perjudique los derechos de nuestro plan según se establece anteriormente. Esto incluye, entre otros, abstenerse de cualquier intento de reducir o excluir del acuerdo o de la recuperación el costo total de todos los beneficios pagados por el plan o cualquier intento de denegar a nuestro plan su derecho de recuperación o de gravamen de primera prioridad.
- Mantener en fideicomiso cualquier dinero que usted o su abogado reciban de la(s) parte(s) responsable(s), o de cualquier otra fuente, y reembolsar a nuestro plan o al proveedor que prestó el tratamiento, según corresponda, el monto de la recuperación adeudado al plan tan pronto como se le pague y antes del pago a cualquier otro posible titular de gravámenes o terceros que reclamen un derecho a recuperar.
- Se requiere que usted coopere con nosotros en lo que respecta a procurar obtener dichas recuperaciones o pagos excesivos.

SECCIÓN 5 Tarjeta de miembro

Una tarjeta de miembro expedida por nuestro plan que figura en esta *Evidencia de Cobertura* es solamente con fines de identificación. La posesión de una tarjeta de miembro no confiere ningún derecho a los servicios que se mencionan en esta *Evidencia de Cobertura*. Para tener derecho a los servicios o beneficios que se mencionan en esta *Evidencia de Cobertura* , el tenedor de la tarjeta debe reunir los requisitos para cobertura y estar inscrito como miembro de *Evidencia de Cobertura*. Cualquier persona que recibe servicios a los que no tiene derecho según esta *Evidencia de Cobertura*, será responsable del pago de esos servicios. Un miembro debe presentar la tarjeta de miembro, no una tarjeta de Medicare, al momento del servicio. Llame a Servicios para los miembros al 1-844-536-2167 (los usuarios de TTY deben llamar al: 711) si necesita que se reemplace su tarjeta de miembro.

Nota: Cualquier miembro que permita conscientemente el abuso o mal uso de la tarjeta de membresía podrá ver cancelada su membresía por justa causa. Nuestro plan está obligado a informar a la Oficina del Inspector General (Office of the Inspector General) sobre una expulsión que resulte del abuso o mal uso de la tarjeta de membresía, lo que podría derivar en un proceso penal.

SECCIÓN 6 Contratistas independientes

La relación entre nuestro plan y cada proveedor participante es una relación de contratista independiente. Los proveedores participantes no son empleados ni agentes de nuestro plan; además, ni nuestro plan, ni ningún empleado de nuestro plan, es empleado o agente de un proveedor participante. En ningún caso nuestro plan será responsable de la negligencia, el acto ilícito o la omisión de cualquier proveedor de atención médica participante o de otro tipo. Los médicos participantes, y no nuestro plan, mantienen la relación médico-paciente con el miembro. Nuestro plan no es un proveedor de atención médica.

SECCIÓN 7 Fraude al plan de salud

El fraude al plan de salud se define como un engaño o una tergiversación al plan por parte de un proveedor, un miembro, un empleador o cualquier persona que actúe en su nombre. Es un delito que puede ser procesado legalmente. Cualquier persona que participe deliberadamente y a sabiendas en una actividad destinada a defraudar al plan de salud, por ejemplo, presentando una reclamación que contenga una declaración falsa o engañosa, podría ser culpable de fraude al plan de salud.

Si le preocupa alguno de los cargos que aparecen en una factura o en un formulario de Explicación de beneficios, o si sabe o sospecha de alguna actividad ilegal, llame gratis a la Línea directa contra el fraude de nuestro plan al 1-866-685-8664 (TTY: 711). La Línea directa contra el fraude funciona las 24 horas del día, los siete días de la semana. Todas las llamadas son estrictamente confidenciales.

SECCIÓN 8 Circunstancias ajenas al plan

En la medida en que circunstancias tales como una catástrofe natural, una guerra, un motín, una insurrección civil, una epidemia, la destrucción total o parcial de instalaciones, una explosión atómica u otra liberación de energía nuclear, la incapacidad de personal importante del grupo médico, un estado de emergencia u otros acontecimientos similares que no estén bajo el control de nuestro plan causen que las instalaciones o el personal de nuestro plan no estén disponibles para proporcionar o disponer de los servicios o beneficios en virtud de esta *Evidencia de cobertura*, la obligación del plan de proporcionar dichos servicios o beneficios se limitará al requerimiento de que nuestro plan haga un esfuerzo de buena fe para proporcionar o disponer de dichos servicios o beneficios dentro de la disponibilidad actual de sus instalaciones o personal.

CAPÍTULO 12:

Definiciones

"Herramienta de beneficios en tiempo real" – Un portal o una aplicación informática en la que los inscritos pueden buscar información completa, correcta, oportuna, clínicamente apropiada, del Formulario y de beneficios específica para inscritos. Esto incluye los montos de costo compartido, los medicamentos alternativos del Formulario que se pueden utilizar para la misma afección que un medicamento dado, y las restricciones de cobertura (autorización previa, tratamiento escalonado, límites de cantidad) que se aplican a medicamentos alternativos.

Apelación – Una apelación es un recurso que usted presenta si no está de acuerdo con la decisión de denegarle una solicitud de cobertura para servicios de atención médica o medicamentos con receta o pagos por servicios o medicamentos que ya recibió. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con una decisión de interrumpir los servicios que está recibiendo.

Área de servicio – Un área geográfica donde usted debe vivir para unirse a un plan de salud en particular. Para los planes que limitan los médicos y los hospitales que puede usar, generalmente también es el área donde puede obtener servicios de rutina (que no sean de emergencia). Nuestro plan debe cancelar su inscripción si se muda fuera del área de servicio de nuestro plan de manera permanente.

Atención de emergencia – Servicios cubiertos que son: 1) proporcionados por un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia; y 2) son necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia.

Autorización previa – Aprobación por adelantado para obtener servicios y/o determinados medicamentos según criterios específicos. En la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4, se indican los servicios cubiertos que necesitan autorización previa. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el Formulario y nuestros criterios están publicados en nuestro sitio web.

Auxiliar de atención de la salud a domicilio – Una persona que brinda servicios que no necesitan las habilidades de enfermeros o terapeutas autorizados, como ayudar con la atención personal (por ejemplo, bañarse, usar el baño, vestirse o realizar ejercicios recetados).

Ayuda adicional – Un programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos con receta de Medicare, como las primas, los deducibles y el coseguro.

Biosimilar – Un producto biológico muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Los biosimilares son tan seguros y eficaces como el producto biológico original. Algunos biosimilares se

pueden sustituir por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta (consulte "**Biosimilar intercambiable**").

Biosimilar intercambiable – Un biosimilar que podría ser utilizado como sustituto de un producto biosimilar original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta porque cumple con los requisitos adicionales acerca del potencial de sustitución automática. La sustitución automática en la farmacia está sujeta a la ley estatal.

Cancelar o **Cancelación de la inscripción** – El proceso de cancelación de su membresía en nuestro plan.

Centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF) – Servicios de atención de enfermería especializada o rehabilitación especializada brindados todos los días en un centro de atención de enfermería especializada. Ejemplos de la atención incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo pueden ser aplicadas por un enfermero matriculado o un médico.

Centro de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) – Un centro que brinda principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, como fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios de patología del habla y el lenguaje, y servicios de evaluación del entorno en el hogar.

Centro quirúrgico ambulatorio – Un centro quirúrgico ambulatorio es una entidad que funciona exclusivamente con el propósito de brindar servicios quirúrgicos ambulatorios a pacientes que no requieren hospitalización y cuya estadía en el centro se espera que no exceda las 24 horas.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) – Es la agencia federal que administra Medicare.

Cobertura acreditable para medicamentos con receta: cobertura para medicamentos con receta (por ejemplo, de un empleador o un sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura estándar para medicamentos con receta de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura, cuando pasan a ser elegibles para Medicare, pueden normalmente mantener esa cobertura sin pagar una multa si deciden inscribirse más adelante en un plan de cobertura para medicamentos con receta de Medicare.

Cobertura para medicamentos con receta de Medicare (Parte D de Medicare) – Seguro que lo ayuda a pagar los medicamentos con receta para pacientes externos, las vacunas, los productos biológicos y algunos suministros que no cubren la Parte A o la Parte B de Medicare.

Copago – Un monto que es posible que deba pagar como su parte del costo de un suministro o servicio médico, como una consulta al médico, consulta hospitalaria como paciente externo o un medicamento con receta. Un copago es un monto establecido (por ejemplo, $10) en vez de un porcentaje.

Coseguro – Un monto que se le puede solicitar que pague, expresado como porcentaje (por ejemplo, 20%) como su parte del costo de los servicios o medicamentos con receta.

Costo compartido - Se refiere a los montos que un miembro tiene que pagar cuando obtiene servicios o medicamentos.El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes 3 tipos de pagos: (1) cualquier monto deducible que podría imponer un plan antes de cubrir los servicios o medicamentos; (2) cualquier monto fijo de copago que un plan exige cuando se recibe un medicamento o servicio específico; o (3) cualquier monto de coseguro, un porcentaje del monto total pagado por un servicio o medicamento, que un plan exige cuando se recibe un medicamento o servicio específico.

Costo compartido diario – Es posible que se aplique un costo compartido diario cuando su médico le receta un suministro de determinados medicamentos para menos de un mes completo y usted debe pagar un copago. El costo compartido diario es el copago dividido por la cantidad de días de un suministro para un mes. A continuación, le presentamos un ejemplo: Si su copago por un suministro de un medicamento para un mes es de $30, y un suministro para un mes en nuestro plan tiene 30 días, su costo compartido diario es de $1 por día.

Costo compartido estándar – Es el costo compartido estándar que no es el costo compartido preferido que ofrece una farmacia de la red.

Costo de suministro – Un honorario que se cobra cada vez que un medicamento cubierto se entrega para pagar el costo de surtir un medicamento con receta, como el tiempo que tarda el farmacéutico en preparar y empaquetar el medicamento con receta.

Costos que paga de su bolsillo – Consulte la definición de costo compartido más arriba. El requisito de costo compartido de un miembro para pagar una parte de los servicios o medicamentos recibidos también se conoce como el requisito de costo que un miembro paga de su bolsillo.

Cuidado asistencial – El cuidado asistencial es la atención personal brindada en un centro de cuidados, hospicio u otro centro cuando usted no necesita atención médica o de enfermería especializada. El cuidado asistencial, brindado por personas que no tienen preparación profesional ni preparación profesional, incluye ayudar con actividades cotidianas como bañarse, vestirse, alimentarse, acostarse y levantarse de la cama o de la silla, desplazarse y utilizar el baño. Podría incluir el tipo de atención relacionada con la salud que la mayoría de las personas realizan por sí mismas, como usar gotas para los ojos. Medicare no paga el cuidado asistencial.

D-SNP integrado – Un D-SNP que cubre Medicare y la mayoría o todos los servicios de Medicaid en un solo plan de salud para ciertos grupos de personas elegibles para Medicare y Medicaid. Estas personas también se denominan personas elegibles para el beneficio total de manera dual.

Deducible – Es el monto que debe pagar por la atención médica o los medicamentos con receta antes de que nuestro plan pague.

Determinación de cobertura – Una decisión para determinar si un medicamento que le recetaron está cubierto por nuestro plan y el monto, si lo hubiera, que usted debe pagar por el medicamento con receta. En general, si usted lleva su receta a la farmacia y allí le indican que el medicamento con receta no está cubierto por nuestro plan, eso no es una determinación de cobertura. Deberá llamar o escribir a nuestro plan para pedir una decisión de cobertura formal. Las determinaciones de cobertura se denominan **decisiones de cobertura** en este documento.

Determinación de la organización integrada – El plan Medicare Advantage toma una determinación de la organización cuando decide si cubrir o no los servicios o artículos, o cuánto le corresponde pagar a usted por los servicios o artículos cubiertos. Las determinaciones de la organización se denominan "decisiones de cobertura" en este documento. El Capítulo 9 explica cómo solicitar una decisión de cobertura.

Dispositivos ortésicos y protésicos –Dispositivos médicos que incluyen, entre otros, dispositivos ortopédicos para brazos, espalda, y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o una función interna del cuerpo, como suministros para ostomía y terapia nutricional enteral y parenteral.

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

Equipo de atención médica – Un equipo de atención médica puede incluir médicos, enfermeros, asesores u otros profesionales de la salud que le ayudarán a recibir la atención que necesita. Su equipo de atención médica también le ayuda a elaborar un plan de atención.

Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) – Ciertos equipos médicos indicados por su médico por razones médicas. Los ejemplos incluyen andadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, bombas de infusión intravenosa, dispositivos para la generación del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores, o camas de hospital recetadas por un proveedor para usar en el hogar.

Etapa de cobertura en situaciones catastróficas – Es la etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D. Beneficio de medicamentos que comienza cuando usted (o alguna persona calificada en su nombre) haya gastado $2,400 en medicamentos cubiertos de la Parte D durante el año. Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D.

Etapa de cobertura inicial – Esta es la etapa después de que usted paga su deducible (si tiene alguno) y antes de que los costos que paga de su bolsillo para el año alcancen el monto umbral que paga de su bolsillo.

Evaluación de riesgos de salud (Health Risk Assessment, HRA) – Una revisión de su historial médico y estado de salud actual. Se utiliza para obtener información sobre su salud y cómo podría cambiar en el futuro.

Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC) y Divulgación de información – En este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro documento adjunto, cláusula adicional u otra cobertura opcional seleccionada, se explica su cobertura, lo que debemos hacer nosotros, sus derechos y lo que debe hacer usted como miembro de nuestro plan.

Excepción – Un tipo de decisión de cobertura que, si se aprueba, le permite recibir un medicamento que no está en nuestro formulario (una excepción al formulario) o un medicamento no preferido a un nivel más bajo de costo compartido (una excepción de nivel). También puede solicitar una excepción si nuestro plan le exige probar otro medicamento antes de recibir el medicamento que está solicitando, si nuestro plan exige una autorización previa para un medicamento y usted desea que no apliquemos la restricción de criterios, o si nuestro plan limita la cantidad o dosis del medicamento que está solicitando (una excepción al Formulario).

Farmacia de la red – Una farmacia que tiene un contrato con nuestro plan por el que los miembros de nuestro plan pueden recibir los beneficios de medicamentos con receta. En la mayoría de los casos, sus recetas están cubiertas solo si se obtienen en una de nuestras farmacias de la red.

Farmacia fuera de la red – Una farmacia que no ha celebrado un contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar los medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. La mayoría de los medicamentos que obtenga en las farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que se apliquen ciertas condiciones.

Grupo médico – Una asociación de médicos, incluidos proveedores de atención primaria (PCP) y especialistas, y otros proveedores de atención médica, incluidos hospitales, que tienen contrato con un plan para brindar servicios a los miembros. Consulte la Sección 4.2 del Capítulo 1.

Hospicio – Un beneficio que brinda un trato especial a un miembro que ha sido certificado médicamente como enfermo terminal, lo que significa tener una expectativa de vida de 6 meses o menos. Nuestro plan debe proporcionarle una lista de hospicios en su área geográfica. Si opta por un hospicio y continúa pagando las primas, sigue siendo miembro de nuestro plan. Todavía podrá obtener todos los servicios médicamente necesarios, así como los beneficios complementarios que ofrecemos.

Hospitalización – Una hospitalización es cuando es ingresado formalmente al hospital para recibir servicios médicos especializados. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, podría ser considerado un paciente externo.

Indicación médicamente aceptada – Un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) o avalado por ciertas referencias, como el American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de Información DRUGDEX de Micromedex.

Ingreso complementario administrado por el Seguro Social (Supplemental Security Income, SSI) – Es un beneficio mensual que paga el Seguro Social a las personas con ingresos y recursos limitados, y que son discapacitadas, están ciegas o tienen 65 años o más. Los beneficios del SSI no son iguales que los beneficios del Seguro Social.

Límites de cantidad – Una herramienta de gestión diseñada para limitar el uso de un medicamento por motivos de calidad, seguridad o utilización. Los límites también pueden ser en la cantidad de medicamento que cubrimos por receta o durante un período definido.

Lista de medicamentos cubiertos (Formulario o Lista de medicamentos) – Una lista de medicamentos con receta cubiertos por nuestro plan.

Medicaid (o Medical Assistance) – Un programa conjunto federal y estatal, que ayuda a solventar los costos médicos de ciertas personas con bajos ingresos y recursos limitados. Los programas estatales de Medicaid varían, pero cubren la mayoría de los costos de atención médica si usted califica para Medicare y Medicaid.

Médicamente necesario – Significa que los medicamentos, servicios o suministros son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.

Medicamento de marca – Un medicamento con receta fabricado y vendido por la compañía farmacéutica que originalmente investigó y desarrolló dicho medicamento. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de ingrediente activo que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otros fabricantes de medicamentos y, normalmente, no están disponibles hasta que haya vencido la patente del medicamento con nombre de marca.

Medicamento genérico – Un medicamento con receta que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA), dado que se considera que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Un medicamento genérico tiene el mismo efecto que un medicamento de marca, pero, por lo general, es más económico.

Medicamento seleccionado – Un medicamento cubierto por la Parte D por el cual Medicare negoció un precio justo máximo.

Medicamentos cubiertos – Es el término que se utiliza para referirse a todos los medicamentos que cubre nuestro plan.

Medicamentos de la Parte D – Son los medicamentos que pueden estar cubiertos por la Parte D. Podemos ofrecer o no todos los medicamentos de la Parte D. Ciertas categorías de medicamentos han sido excluidas de la cobertura de la Parte D por el Congreso. Cada plan debe cubrir ciertas categorías de medicamentos de la Parte D.

Medicare – El programa federal de seguros médicos destinado a personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas que padecen enfermedades renales terminales (por lo general, las que tienen insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o trasplante de riñón).

Miembro (miembro de nuestro plan o miembro del plan) – Una persona con Medicare elegible para recibir servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan, y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS).

Monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso (Income Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA) –Si su ingreso bruto ajustado modificado, según se informó en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años, está por encima de cierto monto, pagará el monto estándar de la prima y un monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso, también conocido como IRMAA. El IRMAA es un cargo adicional que se agrega a su prima. Menos del 5% de las personas con Medicare se ven afectadas, por lo que la mayoría de las personas no pagará una prima más alta.

Monto máximo que paga de su bolsillo – Es el monto máximo que paga de su bolsillo durante el año calendario por los servicios cubiertosdentro de la red Parte A y Parte B. Los montos que usted paga por sus primas de la Parte A y la Parte B de Medicare y medicamentos con receta no cuentan para el monto máximo que paga de su bolsillo. (**Nota**: Dado que nuestros miembros también reciben asistencia de Medicaid, muy pocos miembros alcanzan este monto máximo que paga de su bolsillo).

Monto umbral que paga de su bolsillo – Es el monto máximo que paga de su bolsillo por los medicamentos de la Parte D.

Multa por inscripción tardía de la Parte D – Un monto que se suma a su prima mensual del plan por la cobertura para medicamentos de Medicare si no tiene una cobertura acreditable (una cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura estándar para medicamentos con receta de Medicare) durante un período continuo de 63 días o más después de ser elegible para inscribirse en un plan de la Parte D por primera vez. Si pierde la Ayuda adicional, es posible que esté sujeto a la multa por inscripción tardía si pasa 63 días consecutivos o más sin la Parte D o sin otra cobertura acreditable para medicamentos.

Organización para la mejora de la calidad (Quality Improvement Organization, QIO) – Un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica a los que el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare.

Original Medicare (Medicare tradicional o Medicare con pago por servicio) – Original Medicare es ofrecido por el gobierno y no por planes de salud privados como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos con receta. En Original Medicare, los servicios de Medicare se cubren pagándoles a los médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica los montos de pago establecidos por el Congreso. Usted puede consultar con cualquier médico, hospital o proveedor de atención médica que acepte Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga lo que le corresponde de la cantidad aprobada por Medicare, y usted paga lo que le corresponde a usted. Original Medicare tiene 2 partes: Parte A (seguro hospitalario) y Parte B (seguro para atención médica) y está disponible en todas partes en los Estados Unidos.

Parte C – Consulte plan Medicare Advantage (MA).

Parte D – Es el Programa voluntario de beneficios de medicamentos con receta de Medicare.

Período de inscripción abierta – El período de tiempo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año en el que los miembros pueden cambiar de planes de medicamentos o de salud, o elegir Original Medicare.

Período de inscripción abierta de Medicare Advantage – El período de tiempo desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo para que los miembros de un plan Medicare Advantage puedan cancelar su inscripción en el plan y cambiarse a otro plan Medicare Advantage, u obtener cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiar a Original Medicare en este período, también puede inscribirse en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare en ese momento. El Período de inscripción abierta de Medicare Advantage también está disponible durante un período de 3 meses después de que una persona califica para Medicare por primera vez.

Período de inscripción inicial – El período de tiempo cuando usted es elegible para Medicare por primera vez para inscribirse en la Parte A y la Parte B de Medicare. Si es elegible para Medicare cuando cumpla 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 termina 3 meses después del mes en que cumple 65 años.

Persona con doble elegibilidad – Una persona que reúne los requisitos para la cobertura de Medicare y Medicaid.

Plan de atención – Un plan que establece qué servicios recibirá y cómo los recibirá. Su plan puede incluir servicios médicos, servicios de salud conductual y Servicios y apoyos de atención a largo plazo (Long-Term Services and Supports, LTSS).

Plan de necesidades especiales – Tipo especial de plan Medicare Advantage que proporciona una atención médica más específica para determinados grupos de personas, como aquellas que poseen Medicare y Medicaid, que viven en centros de cuidados o que tienen ciertas afecciones médicas crónicas.

Plan de salud de Medicare – Un plan de salud de Medicare que ofrece una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindar beneficios de la Parte A y de la Parte B a personas con Medicare inscritas en nuestro plan. Este término incluye todos los planes Medicare Advantage, los planes Medicare Cost, los de Necesidades Especiales, los Programas piloto/demostraciones y los Programas de atención integral para las personas de edad avanzada (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE).

Plan Medicare Advantage (MA) – A veces llamado Parte C de Medicare. Es un plan ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindarle todos sus beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare. A. Un Plan Medicare Advantage puede ser i) una Organización para el mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organization, HMO); ii) una Organización de proveedores preferidos (Preferred Provider Organization, PPO); iii) un Plan privado de pago por servicio (Private Fee-for-Service, PFFS); o iv) un plan de Cuenta de ahorro para gastos médicos de Medicare (Medicare Medical Savings Account, MSA). Además de elegir entre estos tipos de planes, un Plan Medicare Advantage HMO o PPO también puede ser un Plan de necesidades especiales (Special Needs Plan, SNP). En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D (cobertura para medicamentos con receta) de Medicare. Estos planes se denominan **planes Medicare Advantage con cobertura para medicamentos con receta**.

Plan PACE – Un plan Programa de atención integral para las personas de edad avanzada (Program of All-Inclusive Care for the Elderly, PACE) que combina servicios y apoyos médicos, sociales y de atención a largo plazo (Long-Term Services and Supports, LTSS) para personas frágiles de manera que puedan conservar su independencia y continuar viviendo en sus comunidades (en lugar de mudarse a un centro de cuidados) tanto tiempo como sea posible. Las personas inscritas en los planes PACE reciben los beneficios de Medicare y Medicaid a través de nuestro plan.

Planes de necesidades especiales de doble elegibilidad (D-SNP) – Los D-SNP inscriben a personas que tienen derecho tanto a Medicare (Título XVIII de la Ley del Seguro Social) como a asistencia médica

de un plan estatal bajo Medicaid (Título XIX). Los estados cubren algunos o la totalidad de los costos de Medicare, según el estado y la elegibilidad de la persona.

Póliza Medigap (seguro complementario de Medicare) – El seguro complementario de Medicare vendido por una compañía de seguros privada para cubrir los *períodos sin cobertura* de Original Medicare. Las pólizas Medigap solo funcionan con Original Medicare. (Un plan Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

Precio Justo Máximo – El precio negociado por Medicare para un medicamento selecto.

Prima – El pago periódico a Medicare, a una compañía de seguros o a un plan de salud para una cobertura de salud o de medicamentos con receta.

Producto biológico – Un medicamento con receta elaborado a partir de fuentes naturales y vivas, como células de los animales, células de las plantas, bacterias o levaduras. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no pueden copiarse exactamente, por eso las formas alternativas se denominan biosimilares. (Consulte "**Producto biológico original**" y "**Biosimilar**").

Producto biológico original – Un producto biológico que ha sido aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (Food and Drug Administration, FDA) y sirve de comparación para los fabricantes que realizan una versión biosimilar. También se denomina producto de referencia.

Programa de descuentos del fabricante – Un programa en virtud del cual los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total de nuestro plan por los medicamentos de marca y los productos biológicos cubiertos de la Parte D. Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y los fabricantes de medicamentos.

Programa de manejo del tratamiento farmacológico (Medication Therapy Management, MTM) – Un programa de la Parte D de Medicare para necesidades de salud complejas proporcionado a las personas que cumplen con determinados requisitos o que están en un Programa de administración de medicamentos. Los servicios de MTM usualmente incluyen una discusión con un farmacéutico o proveedor de atención médica para la revisión de los medicamentos.

proveedor de atención primaria (PCP) – El médico u otro proveedor a quien usted consulta primero para la mayoría de los problemas de salud. En muchos planes de salud de Medicare, usted debe consultar con su proveedor de atención primaria antes de consultar con cualquier otro proveedor de atención médica.

Proveedor de la red – **Proveedor** es el término general para referirnos a médicos, otros profesionales de la salud, hospitales y otros centros de atención médica que tienen licencia o certificación de Medicare y del estado para prestar servicios de atención médica. Los **proveedores de la red** tienen un contrato con nuestro plan para aceptar nuestro pago como pago total y, en algunos casos, para coordinar y prestar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de la red también se denominan **proveedores del plan**.

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red – Un proveedor o centro que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar ni ofrecer servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los

proveedores fuera de la red son proveedores que no están empleados, ni son propiedad ni los opera nuestro plan.

Punto de servicio - Con la opción de punto de servicio (Point-of-Service, POS), puede utilizar proveedores fuera de la red para ciertos servicios. Consulte el Capítulo 4, Sección 2 Tabla de beneficios médicos para conocer los servicios que están disponibles fuera de la red. Sus costos de su bolsillo pueden ser más altos si utiliza proveedores fuera de la red.

Queja – El nombre formal para presentar una queja es **interponer un reclamo**. El proceso de quejas se utiliza *solamente* para ciertos tipos de problemas. Entre ellos se incluyen los problemas sobre 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 apelaciones.

Reclamo integrado – Tipo de queja que usted presenta sobre nuestro plan, los proveedores o sobre las farmacias, como, por ejemplo, una queja relacionada con la calidad de la atención brindada. Este tipo de queja no está relacionado con disputas de cobertura ni de pago.

Remisión – Una orden escrita de su médico de atención primaria para que usted acuda con un especialista para obtener determinados servicios médicos. Sin una remisión, nuestro plan podría no pagar los servicios proporcionados por un especialista.

Servicios cubiertos – Es el término que usamos para incluir todos los suministros y servicios de atención médica cubiertos por nuestro plan.

Servicios cubiertos por Medicare – Servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare deben cubrir todos los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. El término Servicios cubiertos por Medicare no incluye los beneficios adicionales, como servicios de la vista, dentales, o auditivos, que podría ofrecer un plan Medicare Advantage.

Servicios de rehabilitación – Estos servicios incluyen atención de rehabilitación para pacientes internados, fisioterapia (para pacientes externos), terapia del habla y del lenguaje, y terapia ocupacional.

Servicios de urgencia – Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata, y que no es una emergencia, es un servicio de urgencia si usted está temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan, o no es razonable dado su tiempo, lugar y circunstancias obtener este servicio de parte de proveedores de la red. Ejemplos de servicios de urgencia son enfermedades y lesiones imprevistas, o exacerbaciones inesperadas de afecciones existentes. Las consultas de rutina a proveedores que sean médicamente necesarias (como los chequeos anuales) no se consideran de urgencia, incluso si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o si la red de nuestro plan no está disponible temporalmente.

Servicios para los miembros – Un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder sus preguntas sobre su membresía, sus beneficios, reclamos y apelaciones.

Servicios preventivos – Servicios de atención médica que le ayudan a mantenerse saludable, detectar problemas de salud tempranos, determinar cuáles tratamientos son los más eficaces, y prevenir ciertas enfermedades. Los servicios preventivos incluyen exámenes, vacunas, análisis de laboratorio y pruebas

de detección. También incluyen programas de supervisión de salud, y asesoramiento y educación para ayudarle a cuidar de su propia salud.

Subsidio por bajos ingresos (Low Income Subsidy, LIS) – Consulte Ayuda adicional.

Tarjeta Wellcare Spendables® - Una tarjeta de débito, precargada por el plan, que se puede utilizar para pagar los artículos según se describe en la Tabla de beneficios médicos.

Tratamiento escalonado – Herramienta de utilización que exige que primero intente tratar su afección con otro medicamento antes de que cubramos el medicamento que le recetó el médico en primer lugar.

Wellcare Delaware First Health Dual Align (HMO-POS D-SNP) Servicios para los miembros

Método	Servicios para los miembros: Información de contacto
Llame al	1-844-536-2167 Llamadas gratis. Los representantes están lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m.; 1 de oct. a 31 de marzo, y lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m.; 1 de abril a 30 de sept. Fuera de horario regular, fines de semana y feriados federales, del 1 de abril al 30 de sept., el sistema automático responde su llamada. Deje mensaje, con nombre y teléfono para que el equipo le llame en 1 día hábil. Servicios para los miembros 1-844-536-2167 (TTY: 711) con servicio gratis de interpretación para quienes no hablan inglés.
TTY	711 Llamadas gratis. Los representantes están lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m.; 1 de oct. al 31 de marzo, y lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m.; 1 de abril a 30 de sept.
Escriba a	Wellcare With Delaware First Health PO Box 10420 Van Nuys, CA 91410-0420
Sitio web	go.wellcare.com/DE

Delaware Department of Insurance
Delaware Medicare Assistance Bureau (DMAB) ,programa estatal con fondos del gobierno federal para asesorar sobre seguros médicos, local y gratuitamente, a las personas con Medicare.

Método	Información de contacto
Llame al	1-800-336-9500
TTY	711
Escriba a	Delaware Medicare Assistance Bureau, Department of Insurance 1351 West North Street Suite 101 Dover, DE 19904
Sitio web	https://insurance.delaware.gov/

Declaración sobre divulgación de la Ley de Reducción de Papel (Paperwork Reduction Act, PRA) *De acuerdo con la Ley de Reducción de Papel (Paperwork Reduction Act, PRA) de 1995, ninguna persona debe responder a una recopilación de información a menos que presente un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (Office of Management and Budget, OMB). El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.*