2024

elderplan®

Abriendo el camino hacia un cuidado de excelencia.℠

Evidencia de Cobertura

Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP)

del 01 de enero de 2024 al 31 de diciembre de 2024

H3347_EPS17461_C

Desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2024

Evidencia de cobertura:

Sus beneficios y servicios de salud y la cobertura para medicamentos con receta de Medicare como miembro de Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP)

Este documento le brinda información detallada sobre su cobertura de Medicare y Medicaid para medicamentos con receta, atención médica y servicios de atención a largo plazo en el hogar y en la comunidad desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2024. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

Si tiene preguntas sobre este documento, llame a Servicios para los Miembros al 1-877-891-6447. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita.

Este plan, Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP), es ofrecido por Elderplan, Inc. (Cuando esta *Evidencia de cobertura* dice "nosotros", "nos" o "nuestro/a" hace referencia a Elderplan Inc. Cuando dice "plan" o "nuestro plan", hace referencia a Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP).

Este documento está disponible sin cargo en español y chino.

Esta información está disponible en distintos formatos, incluidos braille u otros formatos alternativos. Llame a Servicios para los Miembros al número que figura anteriormente si necesita información del plan en otro idioma o formato.

OMB Approval 0938-1051 (vence el: 29 de febrero de 2024)

Los beneficios, las primas, los deducibles, los copagos o el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2025.

El formulario, la red de farmacias o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Usted recibirá un aviso cuando sea necesario. Notificaremos a los inscritos afectados por cambios con al menos 30 días por adelantado.

Elderplan es un plan HMO que tiene contratos con Medicare y Medicaid. La inscripción en Elderplan depende de la renovación del contrato. Cualquier persona con derecho a las Partes A y B de Medicare puede solicitar su inscripción. Los miembros inscritos deben continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare si no la paga de otro modo Medicaid.

Elderplan ha sido aprobado por el Comité Nacional de Control de Calidad (NCQA) para operar como un Plan de Necesidades Especiales (SNP) hasta 2026 sobre la base de una revisión del Modelo de Atención de Elderplan.

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

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

H3347_EPS17461_C

Evidencia de cobertura para 2024

Índice

CAPÍTULO 1: *Primeros pasos como miembro* 10

SECCIÓN 1 Introducción..... 11

SECCIÓN 2 ¿Qué requisitos son necesarios para ser miembro del plan? 15

SECCIÓN 3 Materiales importantes de membresía que recibirá 20

SECCIÓN 4 Sus costos mensuales para Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP) 24

SECCIÓN 5 Más información sobre su multa por inscripción tardía de la Parte D..... 32

SECCIÓN 6 Mantener actualizado su registro de membresía del plan..... 36

SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan 37

CAPÍTULO 2: *Números de teléfono y recursos importantes* 41

SECCIÓN 1 Contactos de Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP) (Cómo puede ponerse en contacto con nosotros, incluso cómo comunicarse con Servicios para los Miembros)..... 42

SECCIÓN 2 Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal de Medicare) 54
SECCIÓN 3 Programa de Asistencia de Seguro de Salud del Estado (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare) 57
SECCIÓN 4 Organización para la Mejora de la Calidad 63
SECCIÓN 5 Seguro Social 65
SECCIÓN 6 Medicaid 67
SECCIÓN 7 Información sobre programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos con receta 75
SECCIÓN 8 Cómo comunicarse con la Junta de Jubilación para Ferroviarios 81

CAPÍTULO 3: *Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos* 83

SECCIÓN 1 Lo que debe saber sobre cómo obtener atención médica y otros servicios como miembro de nuestro plan 84
SECCIÓN 2 Use proveedores de la red del plan para obtener su atención médica y otros servicios 90

SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios cuando tiene una emergencia o una urgencia, o durante una catástrofe 103
SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de sus servicios? 108
SECCIÓN 5 ¿Cómo se cubren los servicios médicos cuando usted participa en un estudio de investigación clínica? 109
SECCIÓN 6 Normas para obtener atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica 114
SECCIÓN 7 Normas para la posesión de equipos médicos duraderos 116

CAPÍTULO 4 *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)* 120

SECCIÓN 1 Cómo comprender los servicios cubiertos 121
SECCIÓN 2 Utilice la *Tabla de beneficios médicos* para averiguar qué es lo que está cubierto 125
SECCIÓN 3 ¿Qué servicios están cubiertos fuera de Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP)? 302
SECCIÓN 4 ¿Qué servicios no están cubiertos por el plan? 304

CAPÍTULO 5: *Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D*.....312

SECCIÓN 1 Introducción.....313

SECCIÓN 2 Obtenga sus medicamentos con receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan.....316

SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar en la Lista de medicamentos del plan.....327

SECCIÓN 4 Hay restricciones respecto de la cobertura de algunos medicamentos.....332

SECCIÓN 5 ¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera que usted querría que lo estuviera?.....336

SECCIÓN 6 ¿Qué sucede si cambia la cobertura para alguno de sus medicamentos?.....341

SECCIÓN 7 ¿Qué tipos de medicamentos *no* cubre el plan? 347

SECCIÓN 8 Cómo obtener un medicamento con receta 350

SECCIÓN 9 Cobertura para medicamentos de la Parte D en situaciones especiales.....351

SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad y el manejo de los medicamentos.....354

CAPÍTULO 6 ***Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D*** **.....360**

SECCIÓN 1 Introducción.....362

SECCIÓN 2 El precio que paga por un medicamento depende de la etapa de pago de medicamentos en la que esté al obtener el medicamento.....369

SECCIÓN 3 Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos y la etapa de pago en la que se encuentra.....370

SECCIÓN 4 Durante la Etapa del deducible, usted paga el costo total de los medicamentos.....374

SECCIÓN 5 Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga su parte.....375

SECCIÓN 6 Costos en la Etapa del período sin cobertura.....382

SECCIÓN 7 Durante la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, el plan paga el costo total de los medicamentos de la Parte D cubiertos.....383

SECCIÓN 8 Vacunas de la Parte D. Lo que usted paga depende de cómo y dónde los obtiene. 384

CAPÍTULO 7: *Cómo solicitarnos que paguemos una factura que recibió en concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos* 389

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos los servicios o medicamentos cubiertos 390

SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que recibió 395

SECCIÓN 3 Analizaremos su solicitud de pago y decidiremos si le pagaremos o no 397

CAPÍTULO 8 *Sus derechos y responsabilidades* 399

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales como miembro del plan 400

SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan 435

CAPÍTULO 9 *Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)* 438

SECCIÓN 1 Introducción..... 439

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada..... 440

SECCIÓN 3 Cómo comprender las quejas y apelaciones de Medicare y Medicaid en nuestro plan 449
SECCIÓN 4 Decisiones de cobertura y apelaciones 449
SECCIÓN 5 Una guía para los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones 451
SECCIÓN 6 Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura 461
SECCIÓN 7 Medicamentos con receta de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación..... 487
SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si considera que se le dará de alta demasiado pronto..... 509
SECCIÓN 9 Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto..... 526
SECCIÓN 10 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y más allá..... 541
SECCIÓN 11 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los plazos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes..... 547

CAPÍTULO 10 *Cancelación de su membresía del plan*.....556

SECCIÓN 1 Introducción a la cancelación de su membresía en nuestro plan 557

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan?..... 558

SECCIÓN 3 ¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan?..... 565

SECCIÓN 4 Hasta que finalice su membresía, debe seguir recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan 569

SECCIÓN 5 Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP) debe cancelar su membresía en el plan en determinadas situaciones 570

CAPÍTULO 11: *Avisos legales* 574

SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes vigentes..... 575

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación 575

SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare..... 576

SECCIÓN 4 Aviso sobre el derecho limitado de subrogación 577

CAPÍTULO 12: *Definiciones de palabras importantes* 578

CAPÍTULO 1:

Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Usted está inscrito en Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP), que es un Plan Medicare Advantage (Plan de Necesidades Especiales) especializado

Usted está cubierto por Medicare y Medicaid:

- **Medicare** es el programa federal de seguros de salud destinado a personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas que padecen enfermedad renal terminal (insuficiencia renal).
- **Medicaid** es un programa conjunto del gobierno federal y estatal que ayuda con los costos médicos a ciertas personas con ingresos y recursos limitados. La cobertura de Medicaid varía según el estado y el tipo de Medicaid que usted tenga. Algunas personas con 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.

Ha elegido obtener su cobertura de atención médica y de medicamentos con receta de Medicare y Medicaid a través de nuestro plan, Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP). Debemos cubrir todos los servicios de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, el acceso a los costos compartidos y de los proveedores de este plan varían de Original Medicare.

Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP) es un plan Medicare Advantage especializado (un "Plan de necesidades especiales" de Medicare). Esto significa que sus beneficios están diseñados para las personas con necesidades de atención médica especiales. Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP) está diseñado para las personas que tienen Medicare y que también tienen derecho a recibir asistencia de Medicaid.

Debido a que usted recibe asistencia de Medicaid para el costo compartido de la Parte A y la Parte B de Medicare (deducibles, copagos y coseguro), es posible que no pague nada por los servicios de atención médica de Medicare. Medicaid también le brinda otros beneficios al cubrir los servicios de atención médica y los servicios en el hogar y la comunidad que generalmente no están cubiertos por Medicare. También recibirá "Ayuda adicional" de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos con receta de Medicare. Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP) lo ayudará a administrar todos estos beneficios de manera que usted obtenga los servicios de atención médica y la asistencia con los pagos para los cuales reúne los requisitos.

Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP) es administrado por una organización sin fines de lucro. Al igual que todos los planes Medicare Advantage, este Plan de necesidades especiales de Medicare está aprobado por Medicare. El plan también tiene un contrato con el programa New York State Medicaid para coordinar los beneficios de Medicaid. Nos complace proporcionarle su cobertura de atención médica de Medicare y Medicaid, incluida la cobertura para medicamentos con receta y los servicios de atención a largo plazo en el hogar y la comunidad, según corresponda.

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

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

Este documento llamado *Evidencia de cobertura* describe cómo puede obtener atención médica, medicamentos con receta y servicios de atención a largo plazo en el hogar y la comunidad de Medicare y Medicaid. Explica sus derechos y responsabilidades, lo que está cubierto, lo que le corresponde pagar a usted como miembro del plan y cómo presentar una queja si no está satisfecho con una decisión o tratamiento.

Los términos *cobertura* y *servicios cubiertos* hacen referencia a la atención médica, a los servicios de atención a largo plazo en el hogar y la comunidad y a los medicamentos con receta que están a su disposición como miembro de Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP).

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

Si hay algún tema que lo confunde o le preocupa o tiene alguna pregunta, póngase en contacto con Servicios para los Miembros.

Sección 1.3 Información legal sobre la *Evidencia de cobertura*

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

El contrato estará vigente durante los meses en los que esté inscrito en Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP), desde el 1 de enero de 2024 hasta el 31 de diciembre de 2024.

Cada año calendario, Medicare nos permite realizar cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP) después del 31 de diciembre de 2024. También podemos decidir dejar de ofrecer el plan en su área de servicio, u ofrecerlo en un área de servicio diferente, después del 31 de diciembre de 2024.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP) cada año. Usted puede seguir recibiendo cada año cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan mientras elijamos seguir ofreciendo el plan y Medicare renueve su aprobación del plan.

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

Sección 2.1 Los requisitos de elegibilidad

Usted es elegible para ser miembro de nuestro plan, siempre y cuando:

- Tenga la Parte A y la Parte B de Medicare.
- Viva en nuestra área de servicio geográfica (la Sección 2.3, que se encuentra más abajo, describe el área de servicio). No se considera que las personas encarceladas vivan en el área de servicio geográfica, incluso si se encuentran físicamente en ella.

- Sea ciudadano de los Estados Unidos o esté legalmente presente en los Estados Unidos.
- Cumpla con los requisitos especiales de elegibilidad que se describen a continuación.

Requisitos especiales de elegibilidad para nuestro plan

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

- Debe ser mayor de 18 años.
- Mediante la herramienta de elegibilidad actual del estado de New York, se determina que usted es elegible para obtener servicios de atención a largo plazo de Elderplan o una entidad designada por el Departamento de Salud del estado de New York.
- Debe ser capaz, en cualquier momento de la inscripción, de regresar o permanecer en su hogar y comunidad sin poner en riesgo su salud y seguridad, sobre la base de los criterios proporcionados por el Departamento de Salud del estado de New York.
- Debe ser médicamente elegible para recibir el nivel de atención en un asilo de ancianos (a partir del momento de la inscripción).

- Debe requerir administración de la atención y esperar necesitar, al menos, uno de los siguientes servicios de atención a largo plazo basados en la comunidad durante más de 120 días consecutivos desde la fecha de entrada en vigencia de la inscripción:
  a) servicios de enfermería en el hogar;
  b) terapias en el hogar;
  c) servicios de un auxiliar de atención de la salud en el hogar;
  d) servicios de atención personal en el hogar;
  e) atención médica diurna para adultos;
  f) atención de enfermería privada; o
  g) Servicios de asistencia personal dirigida por el consumidor.

Tenga en cuenta que: Si pierde su elegibilidad, pero puede esperarse razonablemente que recuperará la elegibilidad dentro de *3* meses, seguirá siendo elegible para la membresía en nuestro plan (en la Sección 2.1 del Capítulo 4 se describe la cobertura y el costo compartido durante un período de elegibilidad continua estimada).

Sección 2.2 ¿Qué es Medicaid?

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

Además, hay programas, que se ofrecen a través de 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:

- **Doble elegibilidad total de beneficios (FBDE):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare y otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos). Estas personas también son elegibles para todos los beneficios de Medicaid.
- **Beneficiario calificado de Medicare Plus (QMB+):** ayuda a pagar las primas y otros costos compartidos de la Parte A y la Parte B de Medicare (como deducibles, coseguros y copagos). Estas personas también son elegibles para todos los beneficios de Medicaid.

Sección 2.3 Esta es el área de servicio para Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP)

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

Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados del estado de New York: Condados de Bronx, Dutchess, Kings, Nassau, New York, Orange, Putnam, Queens, Richmond, Rockland y Westchester.

Si tiene pensado mudarse fuera del área de servicio, no puede seguir siendo miembro de este plan. Comuníquese con Servicios para los Miembros para saber si tenemos un plan en su nueva área. Si se muda, tendrá un Período de inscripción especial que le permitirá cambiarse a Original Medicare o inscribirse en un plan de salud de Medicare o de medicamentos disponible en su nueva ubicación.

También es importante que llame al Seguro Social si se muda o cambia de dirección postal. Encontrará los números de teléfono y la información de contacto del Seguro Social en la Sección 5 del Capítulo 2.

Sección 2.4 Ciudadanía estadounidense o presencia legal

Los miembros de los planes de salud de Medicare deben ser ciudadanos estadounidenses o estar legalmente presentes en los Estados Unidos. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificará a Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP) si usted no es elegible para seguir siendo miembro según este criterio. Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP) debe cancelar su inscripción si no cumple con este requisito.

SECCIÓN 3 Materiales importantes de membresía que recibirá

Sección 3.1 Tarjeta de membresía del plan

Mientras sea miembro de nuestro plan, debe utilizar la tarjeta de membresía cada vez que obtenga los servicios cubiertos por el plan y para los medicamentos con receta que obtenga en las farmacias de la red. También debe mostrarle su tarjeta de Medicaid al proveedor. A continuación, encontrará un modelo de la tarjeta de membresía para que pueda ver cómo será la suya:

NO utilice su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para los servicios médicos cubiertos mientras sea miembro de este plan. Si usa su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de membresía de Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP), es posible que deba pagar el costo total de los servicios médicos. Guarde su tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Se le puede solicitar que la muestre si necesita servicios hospitalarios o servicios en un hospicio o si participa en estudios de investigación clínica aprobados por Medicare también denominados ensayos clínicos.

Si su tarjeta de miembro del plan se daña, se pierde o se la roban, llame a Servicios para los Miembros de inmediato y le enviaremos una tarjeta nueva.

Sección 3.2 Directorio de proveedores y farmacias

El *Directorio de proveedores y farmacias* enumera nuestros proveedores de la red y los proveedores de equipos médicos duraderos actuales. Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de atención médica, grupos médicos, proveedores de equipos médicos duraderos, hospitales y otros centros de atención médica que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestros pagos y cualquier costo compartido del plan como pago completo.

Debe utilizar los proveedores de la red para obtener atención y servicios médicos, excepto cuando se especifique lo contrario. Si se va a otro lugar sin autorización correcta, deberá pagar en total. Las únicas excepciones corresponden a emergencias, servicios de urgencia cuando la red no está disponible (es decir, cuando se trata de situaciones en las que no es razonable o posible obtener servicios dentro de la red), servicios de diálisis fuera del área y casos en los que Elderplan Plus Long-Term Care HMO-POS D-SNP) autorice el uso de proveedores fuera de la red.

Su plan también ofrece una opción de proveedor del servicio (POS). La opción de proveedor del servicio (POS) es un beneficio adicional que cubre ciertos servicios y beneficios de cualquier proveedor certificado por Medicare que no haya optado por no aceptar Medicare. Para obtener información más específica, consulte el capítulo 3 (Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos). En el capítulo 4, Tabla de beneficios médicos, encontrará detalles de los servicios y beneficios cubiertos.

También puede acceder a la lista más actualizada de proveedores en nuestro sitio web: www.elderplan.org.

Si no tiene una copia del *Directorio de proveedores y farmacias*, puede solicitar una (en formato electrónico o impreso) a través de Servicios para los Miembros. Las solicitudes de copias impresas de los directorios de proveedores se le enviarán dentro de tres días hábiles.

Sección 3.3 La Lista de medicamentos cubiertos *(Formulario)* del plan

El plan cuenta con una *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*. Para abreviar, la denominamos la "Lista de medicamentos". Le informa qué medicamentos con receta de la Parte D tienen cobertura según el beneficio de la Parte D de Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP). Los medicamentos de esta lista son seleccionados por el plan con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista debe cumplir con requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la "Lista de medicamentos" de Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP).

La "Lista de medicamentos" también le informa sobre las normas que restringen la cobertura de sus medicamentos.

Le proporcionaremos una copia de la "Lista de medicamentos". La "Lista de medicamentos" que le proporcionamos incluye información para los medicamentos cubiertos que nuestros miembros utilizan con mayor frecuencia. No obstante, cubrimos medicamentos adicionales que no están incluidos en la Lista de medicamentos proporcionada. Si algún medicamento no está incluido en la Lista de medicamentos, deberá visitar nuestro sitio web o ponerse en contacto con Servicios para los Miembros para averiguar si lo cubrimos). Para obtener la información más completa y vigente sobre los medicamentos cubiertos, puede visitar el sitio web del plan (www.elderplan.org) o llamar a Servicios para los Miembros.

SECCIÓN 4 Sus costos mensuales para Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP)

Sus costos pueden incluir los siguientes:

- Prima del plan (Sección 4.1)
- Prima mensual de la Parte B de Medicare (Sección 4.2)
- Multa por inscripción tardía de la Parte D (Sección 4.3)
- Monto ajustado mensual relacionado con el ingreso (Sección 4.4)

En algunos casos, la prima del plan podría ser menor.

Hay programas que ayudan a las personas con recursos limitados a pagar los medicamentos. Entre estos programas, se incluyen el programa de "Ayuda adicional" y los Programas estatales de asistencia farmacéutica. En la Sección 7 del Capítulo 2 encontrará más información sobre estos programas. Si reúne los requisitos, la inscripción en el programa podría reducir la prima mensual del plan.

Si *ya está inscrito* y está recibiendo ayuda de uno de estos programas, **la información de las primas en esta *Evidencia de cobertura* puede que no se aplique a su caso**. Le enviamos un documento aparte que se denomina *Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs* (Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta), también conocida como Low-Income Subsidy Rider o LIS Rider (Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS), en el que se le informa sobre la cobertura para sus medicamentos. Si no posee este inserto, póngase en contacto con el Servicio para los miembros y solicite la Cláusula adicional LIS.

Las primas de la Parte B y de la Parte D de Medicare varían para las personas con diferentes ingresos. Si tiene preguntas sobre estas primas, revise la sección titulada *Costos de Medicare de 2024* del manual *Medicare & You 2024* (Medicare y Usted 2024). Si necesita una copia, puede descargarla desde el sitio web de Medicare. O bien, puede solicitar una copia impresa por teléfono al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 4.1 Prima del plan

Usted no paga una prima mensual del plan separada para Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP).

Sección 4.2 Prima mensual de la Parte B de Medicare

Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare

Algunos miembros deben pagar otras primas de Medicare. Como se explica en la Sección 2, para poder ser elegible para nuestro plan, debe mantener su elegibilidad para Medicaid y tener la Parte A y la Parte B de Medicare. Para la mayoría de los miembros de Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP), Medicaid paga la prima de la Parte A (si no reúne los requisitos automáticamente) y también la prima de la Parte B.

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

Sección 4.3 Multa por inscripción tardía de la Parte D

Debido a que usted tiene doble elegibilidad, la multa por inscripción tardía (LEP) no se aplica en su caso, siempre y cuando mantenga su estado de doble elegibilidad, pero, si lo pierde, puede incurrir en la LEP. La multa por inscripción tardía de la Parte D es una prima adicional que debe pagar por la cobertura de la Parte D si, en cualquier momento después de que finalice su período de inscripción inicial, hay un período de 63 días consecutivos o más en los que usted no tuvo la Parte D u otra cobertura acreditable para medicamentos con receta. La cobertura para medicamentos con receta acreditable es la cobertura que cumple con los estándares mínimos de Medicare, ya que se espera que cubra, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura estándar para medicamentos con receta de Medicare. El costo de la multa por inscripción tardía depende de cuánto tiempo estuvo sin cobertura de la Parte D u otra cobertura acreditable para medicamentos con receta. Tendrá que pagar esta multa mientras tenga la cobertura de la Parte D.

Usted **no tendrá** que pagarla si:

- Recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos con receta.
- Ha estado menos de 63 días consecutivos sin cobertura acreditable.

- Ha tenido cobertura de medicamentos acreditable a través de otra fuente, como un empleador anterior, sindicato, TRICARE o el Departamento de Asuntos de Veteranos. Su aseguradora o el Departamento de Recursos Humanos le avisarán cada año si su cobertura para medicamentos es una cobertura acreditable. Es posible que esta información se incluya en una carta o en un folleto informativo del plan. Conserve esta información, ya que puede necesitarla si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.
    - **Nota:** Cualquier aviso debe indicar que tenía una cobertura para medicamentos con receta acreditable que se espera que pague el mismo monto que el plan estándar de medicamentos con receta de Medicare.
    - **Nota:** Las siguientes *no* son una cobertura para medicamentos con receta acreditable: las tarjetas de descuento para medicamentos con receta, las clínicas gratuitas y los sitios web de descuentos en medicamentos.

Medicare determina el monto de la multa. Así es como funciona:

- En primer lugar, se cuenta el número de meses completos que se retrasó en la inscripción en un plan de medicamentos de Medicare, después de que fuera elegible para inscribirse. O se cuenta el número de meses completos que no tuvo cobertura acreditable para medicamentos con receta si la interrupción de la cobertura fue de 63 días o más. La multa es del 1% por cada mes que no tuvo cobertura acreditable. Por ejemplo, si pasa 14 meses sin cobertura, la multa será del 14%.
- Luego, Medicare determina el monto de la prima mensual promedio para los planes de medicamentos de Medicare en el país correspondiente al año anterior. Para 2023, el monto promedio de la prima era de $32.74. Este monto puede cambiar para el año 2024.
- Para calcular su multa mensual, usted multiplica el porcentaje de la multa y la prima mensual promedio, y luego redondea el resultado a los 10 centavos más cercanos. En este ejemplo, sería 14% multiplicado por $32.74, lo que es igual a $4.58. Y se redondea en $4.60. Esta suma debe agregarse **a la prima mensual de una persona que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D.**

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

- Primero, **la multa puede cambiar cada año**, ya que la prima mensual promedio puede cambiar cada año.

- Segundo, **seguirá pagando una multa** cada mes durante el tiempo que esté inscrito en un plan que incluya los beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare, incluso si cambia de plan.
- Tercero, si tiene menos de 65 años y actualmente recibe los beneficios de Medicare, la multa por inscripción tardía de la Parte D se reanudará cuando cumpla 65. Después de los 65 años, la multa por inscripción tardía de la Parte D se basará solo en los meses en los que no tenga cobertura después del período de inscripción inicial para envejecer en Medicare.

Si está en desacuerdo con su multa por inscripción tardía de la Parte D, usted o su representante pueden solicitar una revisión. Por lo general, debe solicitar la revisión **en el plazo 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 estaba pagando una multa antes de inscribirse en nuestro plan, es posible que no tenga otra oportunidad para solicitar una revisión de esa multa por inscripción tardía.

Sección 4.4 Monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso

Es posible que algunos miembros deban pagar un cargo adicional, conocido como monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso de la Parte D, también conocido como IRMAA. El cargo adicional se calcula usando su ingreso bruto ajustado modificado, como se informó en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años. Si este monto está por encima de cierto monto, pagará el monto estándar de la prima y el IRMAA adicional. Para obtener más información sobre el monto adicional que debería pagar según su ingreso, visite https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/monthly-premium-for-drug-plans.

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

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

SECCIÓN 5 Más información sobre su multa por inscripción tardía de la Parte D

Sección 5.1 Existen diversas formas para pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D.

Si debe pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D, tiene tres opciones para hacerlo.

Si decide cambiar la forma de pagar la multa, el nuevo método de pago puede tardar hasta tres meses en entrar en vigencia. Mientras procesamos su solicitud para un nuevo método de pago, usted tiene la responsabilidad de asegurarse de que la multa se pague a tiempo.

Opción 1: Pagar con cheque

Si Medicaid no paga la multa por inscripción tardía, Elderplan le enviará a usted una factura todos los meses. Envíe la copia de la factura y el cheque o giro postal pagadero a nombre de Elderplan en el sobre con franqueo pagado que le adjuntamos antes del día 25 del mes en que reciba la factura. Si no puede encontrar el sobre con franqueo pagado, puede solicitar otro a través de Servicios para los Miembros, o bien puede enviarnos su pago por correo a:

Elderplan, Inc.
Premium Payment Unit
PO Box 71401
Philadelphia, PA 19176

No envíe dinero en efectivo. Solo podemos aceptar cheques o giros postales.

Opción 2: puede pagar la multa por inscripción tardía todos los meses por transferencia electrónica de fondos (EFT) o con tarjeta de crédito

Puede pedir que todos los meses le descuenten la multa por inscripción tardía de su cuenta bancaria o que se le cargue a su tarjeta de crédito. Para obtener más información sobre cómo pagar la multa mensual de esta forma, póngase en contacto con Servicios para los Miembros. Con mucho gusto lo ayudaremos a establecer este tipo de pago. (Los números de teléfono de Servicios para los Miembros están impresos en la portada posterior de este folleto).

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

Puede pedir que la multa por inscripción tardía de la Parte D se descuente de su cheque mensual del Seguro Social. Para obtener más información sobre cómo pagar la multa mensual de esta forma, póngase en contacto con Servicios para los Miembros. Con mucho gusto lo ayudaremos a establecer este tipo de pago. (Los números de teléfono de Servicios para los Miembros están impresos en la portada posterior de este folleto).

Cambiar la forma en la que paga su prima. Si decide cambiar la opción por medio de la cual paga la prima, es posible que el nuevo método de pago tarde hasta tres meses en entrar en vigencia. Mientras procesamos su solicitud de un nuevo método de pago, usted es responsable de que la prima del plan se pague a tiempo. Para cambiar el método de pago, llame a Servicios para los Miembros al 1-877-891-6447.

Qué puede hacer si tiene problemas para pagar la *multa por inscripción tardía de la Parte D*

Si debe pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D, deberá hacerlo en nuestra oficina antes del día 25. Si no hemos recibido el pago antes del *día 25*, le enviaremos facturas en las que le informaremos sobre su saldo actual. Si debe pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D, deberá pagarla para conservar su cobertura de medicamentos con receta.

Si tiene problemas para pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D dentro del plazo establecido, póngase en contacto con Servicios para los Miembros para que le recomendemos programas que lo ayudarán a pagar la multa del plan. (Los números de teléfono de Servicios para los Miembros están impresos en la portada posterior de este folleto).

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

No. No podemos cambiar el monto que cobramos por la prima mensual del plan durante el año. Si la prima mensual del plan cambia para el año próximo, se lo comunicaremos en septiembre y el cambio entrará en vigencia a partir del 1 de enero.

Sin embargo, en algunos casos, es posible que pueda dejar de pagar una multa por inscripción tardía, si la adeuda, o bien comenzar a pagarla. Por ejemplo, si resulta ser elegible para el programa de “Ayuda adicional” o si pierde su elegibilidad para el programa de “Ayuda adicional” durante el año.

- Si actualmente paga la multa por inscripción tardía de la Parte D y resulta ser elegible para la “Ayuda adicional” durante el año, podría dejar de pagar la multa.
- Si pierde la Ayuda adicional, es posible que esté sujeto a la multa por inscripción tardía si se queda sin cobertura de la Parte D u otra cobertura acreditable para medicamentos con receta durante 63 días o más.

En la Sección 7 del Capítulo 2, encontrará más información sobre el programa de “Ayuda adicional”.

SECCIÓN 6 Mantener actualizado su registro de membresía del plan

Su registro de membresía contiene información del formulario de inscripción, que incluye 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 del plan deben tener información correcta sobre usted. **Estos proveedores de la red utilizan su registro de membresía para saber cuáles son los servicios y medicamentos que están cubiertos y los montos de costo compartido**. Por esta razón, es muy importante que nos ayude a mantener su información actualizada.

Infórmenos sobre los siguientes cambios:

- Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono.
- Cambios en cualquier otra cobertura de salud que tenga (por ejemplo, de su empleador, del empleador de su cónyuge, un seguro de indemnización por accidentes laborales o Medicaid).
- Si tiene reclamaciones de responsabilidad, como reclamaciones por un accidente automovilístico.
- Si ingresó en un asilo de ancianos.
- Si recibe atención en un hospital o una sala de emergencias fuera del área de cobertura o que no pertenecen a la red

- Si cambia la parte responsable designada por usted (como un cuidador).
- Si participa en un estudio de investigación clínica (**Nota:** No es obligatorio que le informe a su plan acerca de los estudios de investigación clínica en los que participe, pero le recomendamos que lo haga).

Si hay algún cambio en esta información, infórmenos al teléfono de Servicios para los Miembros.

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

SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

Otro seguro

Medicare exige que recopilemos información de usted sobre cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos que tenga. Esto se debe a que debemos coordinar cualquier otra cobertura que tenga con sus beneficios de nuestro plan. Esto se denomina **coordinación de beneficios**.

Una vez por año, le enviaremos una carta que enumera cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos que conozcamos. Lea esta información detenidamente. Si es correcta, no es necesario que haga nada. Si la información es incorrecta o si tiene otra cobertura que no está incluida en la lista, llame a Servicios para los Miembros. Es posible que sus otros aseguradores le requieran el número de identificación de miembro del plan (una vez que haya confirmado su identidad) para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

Cuando usted tiene otro seguro (como cobertura de salud grupal del empleador), hay normas establecidas por Medicare que deciden quién paga en primer lugar, si nuestro plan o su otro seguro. El seguro que paga en primer lugar se denomina pagador primario y paga hasta los límites de su cobertura. El que paga en segundo lugar, denominado pagador secundario, solo paga si quedan costos sin cubrir por la cobertura primaria. Es posible que el pagador secundario no pague todos los costos no cubiertos. Si tiene otro seguro, infórmeselo a su médico, hospital y farmacia.

Estas normas se aplican para el plan de salud grupal del empleador o sindicato:

- Si usted tiene cobertura de jubilados, Medicare paga en primer lugar.

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

Por lo general, estos tipos de cobertura pagan en primer lugar los servicios relacionados con cada tipo de situación:

- Seguro sin culpa (incluido el seguro automovilístico)
- Responsabilidad (incluye seguro de automóviles)
- Beneficios por neumoconiosis

- Compensación laboral

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

CAPÍTULO 2:
Números de teléfono y recursos importantes

SECCIÓN 1 Contactos de Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP)

(Cómo puede ponerse en contacto con nosotros, incluso cómo comunicarse con Servicios para los Miembros).

Cómo comunicarse con Servicios para los Miembros del plan

Para obtener ayuda con las reclamaciones o la facturación, o si tiene alguna pregunta sobre la tarjeta de miembro, llame o escriba a Servicios para los Miembros de Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP). Con gusto lo ayudaremos.

Método	Información de contacto de Servicios para los Miembros
LLAME AL	1-877-891-6447 Las llamadas a este número son gratuitas. De 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana Servicios para los Miembros también ofrece servicios de interpretación gratuitos para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. De 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana.
FAX	718-759-3643
ESCRIBA A	ELDERPLAN ATTN: MEMBER SERVICES 55 WATER STREET, 46th FLOOR NEW YORK, NY 10041
SITIO WEB	www.elderplan.org

Cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura o una apelación sobre su atención médica

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

Método	Información de contacto para decisiones de cobertura sobre la atención médica
LLAME AL	1-877-891-6447 Las llamadas a este número son gratuitas. De 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana.
TTY	711 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana.
FAX	718-759-3643
ESCRIBA A	ELDERPLAN ATTN: MEMBER SERVICES 55 WATER STREET, 46TH FLOOR NEW YORK, NY 10041
SITIO WEB	www.elderplan.org

Método	Información de contacto para apelaciones sobre la atención médica
LLAME AL	1-877-891-6447 Las llamadas a este número son gratuitas. De 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana.
TTY	711 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. De 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana.
FAX	718-765-2027
ESCRIBA A	ELDERPLAN, INC. ATTN: APPEALS & GRIEVANCES 55 WATER STREET, 46TH FLOOR NEW YORK, NY 10041
SITIO WEB	www.elderplan.org

Método	Información de contacto para decisiones de cobertura sobre los medicamentos con receta de la Parte D
LLAME A	1-866-490-2102 Las llamadas a este número son gratuitas. Durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
TTY	711 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
FAX	1-855-633-7673
ESCRIBA A	CVS CAREMARK COVERAGE DETERMINATIONS P.O. BOX 52000, MC109 PHOENIX, AZ 85072-2000
SITIO WEB	www.caremark.com

Método	Información de contacto para apelaciones sobre los medicamentos con receta de la Parte D
LLAME A	1-866-490-2102 Las llamadas a este número son gratuitas, las 24 horas, los 7 días de la semana.
TTY	711 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
FAX	1-855-633-7673
ESCRIBA A	CVS CAREMARK STANDARD/EXPEDITED APPEALS P.O. BOX 52000, MC109 PHOENIX, AZ 85072-2000
SITIO WEB	www.caremark.com

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

Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre alguno de nuestros proveedores de la red o las farmacias, incluidas las quejas sobre la calidad de su atención. Este tipo de queja no incluye las disputas por pagos o cobertura. Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación sobre su atención médica, consulte el capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*).

Método	Información de contacto para quejas sobre la atención médica y los medicamentos con receta de la Parte D
LLAME A	1-877-891-6447 Las llamadas a este número son gratuitas. De 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana.
TTY	711 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. De 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana.
FAX	718-765-2027
ESCRIBA A	ELDERPLAN ATTN: APPEALS & GRIEVANCES 55 WATER STREET, 46TH FLOOR NEW YORK, NY 10041
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja sobre Elderplan Plus Long Term Care (HMO-POS D-SNP) directamente ante Medicare. Para presentar una queja en línea ante Medicare, ingrese en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.

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

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

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

Método	Información de contacto para solicitudes de pago
LLAME A	1-877-891-6447 Las llamadas a este número son gratuitas. De 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana.
TTY	*711* Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. De 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana
FAX	718-759-3643
ESCRIBA A	ELDERPLAN CLAIMS DEPARTMENT P.O. BOX 73111 NEWNAN, GA 30271
SITIO WEB	www.elderplan.org

Método	Información de contacto para solicitudes de pago (reclamaciones de medicamentos con receta)
LLAME AL	1-866-490-2102 Las llamadas a este número son gratuitas. Durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
TTY	*711* Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
FAX	1-855-633-7673
ESCRIBA A	CVS CAREMARK MEDICARE PART D CLAIMS PROCESSING PO BOX 52066 PHOENIX, AZ 85072-2066
SITIO WEB	www.caremark.com

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

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

La agencia federal a cargo de Medicare son los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (a veces denominados CMS). Esta agencia tiene contratos con organizaciones de Medicare Advantage tales como nosotros.

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

Método	Información de contacto de Medicare
SITIO WEB	www.Medicare.gov Este es el sitio web oficial del gobierno para Medicare. Le brinda información actualizada sobre Medicare y temas actuales de Medicare. También contiene información sobre hospitales, asilos de ancianos, médicos, agencias de atención médica en el hogar y centros de diálisis. Incluye los documentos que puede imprimir directamente desde su computadora. También puede encontrar contactos de Medicare de su estado. El sitio web de Medicare también tiene información detallada sobre las opciones de elegibilidad e inscripción con las siguientes herramientas: • **Herramienta de elegibilidad de Medicare:** brinda información sobre el estado de elegibilidad de Medicare. • **Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare):** brinda información personalizada sobre las pólizas disponibles de los planes de medicamentos con receta de Medicare, los planes de salud de Medicare y Medigap (Seguro complementario de Medicare) en su área. Estas herramientas brindan un *valor estimativo* de los costos que podría pagar de su bolsillo en diferentes planes de Medicare.

Método	Información de contacto de Medicare
SITIO WEB (continuación)	También puede utilizar el sitio web para informarle a Medicare sobre cualquier queja que tenga acerca de Elderplan Plus Long Term Care (HMO-POS D-SNP): • **Informe sobre su queja a Medicare:** Puede presentar una queja sobre Elderplan Plus Long Term Care (HMO-POS D-SNP) directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, ingrese en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma muy seriamente sus quejas y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare. Si no tiene una computadora, la biblioteca o el centro para personas de edad avanzada locales pueden ayudarlo a ingresar en el sitio web con sus computadoras. O puede llamar a Medicare y solicitar la información que desea. Ellos buscarán la información en el sitio web y revisarán la información con usted. (Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE [1-800-633-4227], las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

SECCIÓN 3 Programa de Asistencia de Seguro de Salud del Estado

(ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)

El Programa de Asistencia de Seguro de Salud del Estado (SHIP) es un programa del gobierno con asesores capacitados en todos los estados. En New York, el SHIP se denomina Programa de asistencia, asesoría e información sobre seguros de salud (Health Insurance Information, Counseling and Assistance Program, HIICAP) de la Oficina para las Personas de Edad Avanzada.

El HIICAP es un programa estatal independiente (no relacionado con ninguna compañía de seguros ni plan de salud) que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros de salud, a nivel local y en forma gratuita, a las personas que tienen Medicare.

Los asesores del HIICAP pueden ayudarlo a comprender sus derechos de Medicare, a presentar quejas sobre su atención o tratamiento médicos y a solucionar problemas con las facturas de Medicare. Los asesores del HIICAP también pueden ayudarlo con dudas o problemas con Medicare y ayudarlo a comprender sus opciones del plan de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan.

MÉTODO PARA ACCEDER AL SHIP y OTROS RECURSOS:

- Visite https://www.shiphelp.org y haga clic en SHIP LOCATOR (localizador de SHIP) en medio de la página.
- Seleccione su ESTADO en la lista. Esto lo llevará a una página con números de teléfono y recursos específicos de su estado.

Método	Programa de asistencia, asesoría e información sobre seguros de salud (HIICAP) de la Oficina para las Personas de Edad Avanzada: (SHIP) de New York)
LLAME A	1-212-602-4180 si se encuentra dentro de los distritos municipales 1-800-701-0501 si se encuentra fuera de los distritos municipales Condado de Dutchess: (845) 486-2555 Estamos disponibles de 9:00 a.m. a 5:00 p.m., de lunes a viernes. Condado de Nassau: (516) 227-8900 Estamos disponibles de 8:00 a.m. a 4:00 p.m., de lunes a viernes. Condado de Orange: (845) 615-3700 Estamos disponibles de 9:00 a.m. a 5:00 p.m., de lunes a viernes. Condado de Putnam: (845) 808-1700 Disponible de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 4:30 p.m.

Método	Programa de asistencia, asesoría e información sobre seguros de salud (HIICAP) de la Oficina para las Personas de Edad Avanzada: (SHIP) de New York)
LLAME A (continuación)	Condado de Rockland: (845) 364-2110 Estamos disponibles de 9:00 a.m. a 5:00 p.m., de lunes a viernes. Condado de Westchester: (914)-813-6400 Disponible de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5:00 p.m.
TTY	711 o (212) 504-4115 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.

Método	Programa de asistencia, asesoría e información sobre seguros de salud (HIICAP) de la Oficina para las Personas de Edad Avanzada: (SHIP) de New York)
ESCRIBA A	Dutchess County Office for the Aging 114 Delafield Street Poughkeepsie, NY 12601 Nassau County Office for the Aging 60 Charles Lindbergh Blvd. Uniondale, NY 11553-3691 New York City HIICAP 2 Lafayette Street, 9th Floor New York, NY 10007 Orange County Office for the Aging 40 Matthews Street 3rd Floor - Suite 305 Goshen, NY 10924

Método	Programa de asistencia, asesoría e información sobre seguros de salud (HIICAP) de la Oficina para las Personas de Edad Avanzada: (SHIP) de New York)
ESCRIBA A (continuación)	Putnam County Office for Senior Resources 110 Old Route 6, Building #1 Carmel, NY 10512 Rockland County Office for the Aging 50 Sanatorium Road, Bldg B Pomona, NY 10970 Westchester County Department of Senior Programs & Services 9 South First Avenue, 10th Floor Mt. Vernon, NY 10550
SITIO WEB	https://aging.ny.gov/programs/medicare-and-health-insurance

SECCIÓN 4 Organización para la Mejora de la Calidad

Esta es una Organización para la Mejora de la Calidad designada para atender a los beneficiarios de Medicare en cada estado. Para New York, la Organización para la Mejora de la Calidad se denomina Livanta.

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

Si se presenta alguna de las siguientes situaciones, debe ponerse en contacto con Livanta:

- Tiene una queja sobre la calidad de la atención que ha recibido.
- Considera que la cobertura de su hospitalización finaliza demasiado pronto.
- Considera que la cobertura de atención médica en el hogar, en centros de enfermería especializada o los servicios en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Externos (CORF) finalizan demasiado pronto.

Método	Información de contacto de Livanta (Organización para la Mejora de la Calidad de New York)
LLAME AL	1-866-815-5440
TTY	1-866-868-2289 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
ESCRIBA A	Livanta BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
SITIO WEB	https://livantaqio.com/

SECCIÓN 5 Seguro Social

La Administración del Seguro Social es responsable de determinar la elegibilidad y de manejar las inscripciones en Medicare. Los ciudadanos estadounidenses y residentes legales permanentes mayores de 65 años, o quienes tienen una discapacidad o padecen enfermedad renal en etapa final y cumplen con determinadas condiciones, son elegibles para recibir Medicare. Si ya recibe los cheques del Seguro Social, la inscripción en Medicare es automática. Si no recibe los cheques del Seguro Social, tiene que inscribirse en Medicare. Para solicitar Medicare, puede llamar al Seguro Social o visitar su oficina local del Seguro Social.

El Seguro Social también es responsable de determinar quién debe pagar un monto adicional por la cobertura de medicamentos de la Parte D debido a que tiene un ingreso mayor. Si recibió una carta del Seguro Social en la que se le informa que usted debe pagar un monto adicional y tiene preguntas sobre el monto o si sus ingresos disminuyeron debido a un hecho significativo en su vida, puede ponerse en contacto con el Seguro Social para solicitar una reconsideración.

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

Método	Información de contacto del Seguro Social
LLAME A	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m. Puede usar los servicios telefónicos automáticos del Seguro Social para obtener información grabada y hacer gestiones las 24 horas.
TTY	1-800-325-0778 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m.
SITIO WEB	www.ssa.gov

SECCIÓN 6 Medicaid

Las personas con la Parte A o la Parte B de Medicare que tengan ingresos y recursos limitados pueden recibir ayuda del Programa New York State Medicaid para pagar los gastos de su bolsillo. El costo compartido de Medicare incluye las primas de la Parte A y la Parte B y, en algunos casos, también puede pagar el deducible y el coseguro de la Parte A y la Parte B. En el estado de New York, el nombre del programa es New York Medicaid State Plan.

Las personas que reúnen los requisitos para la Parte A o la Parte B de Medicare y que son elegibles para algunos beneficios de Medicaid se conocen como miembros con doble elegibilidad. Estos beneficios con frecuencia se denominan Programas de ahorros de Medicare (MSP). Los miembros con doble elegibilidad reúnen los requisitos para algunos beneficios de Medicaid. Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP) es un Plan de necesidades especiales para miembros con doble elegibilidad que coordina su cobertura de Medicare mientras reúne los requisitos para recibir beneficios adicionales de Medicaid en virtud del Programa Medicaid del estado de New York.

Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP) permite a las personas con doble elegibilidad para Medicare y Medicaid inscribirse en el mismo plan de salud para la mayoría de sus beneficios de Medicare y Medicaid. Elderplan Plus Long Term Care (HMO-POS D-SNP) integra los beneficios de Medicare y Medicaid mediante un contrato estatal para proporcionar un conjunto definido de beneficios integrales capitativos de Medicaid. Estos beneficios de Medicaid están detallados en el Capítulo 4 y sus Declaraciones de beneficios.

La inscripción en Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP) está sujeta a las condiciones de elegibilidad establecidas por los CMS y el Departamento de Salud del estado de New York (NYSDOH). Los CMS son responsables del procesamiento de la inscripción en el plan Medicare Advantage y el Departamento Local de Servicios Sociales, o la entidad designada por el NYSDOH, es responsable del procesamiento de las solicitudes de inscripción para el componente del beneficio de Medicaid.

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

Además, hay programas que se ofrecen a través de 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:

- **Doble elegibilidad total de beneficios (FBDE):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare y otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos). Estas personas también son elegibles para todos los beneficios de Medicaid.
- **Beneficiario calificado de Medicare (QMB+):** ayuda a pagar las primas y otros costos compartidos de la Parte A y la Parte B de Medicare (como deducibles, coseguros y copagos). Estas personas también son elegibles para todos los beneficios de Medicaid.

Si tiene preguntas sobre la ayuda que recibe de Medicaid, comuníquese con su oficina del Departamento de Salud del Estado de New York (Servicios Sociales).

Método	Información de contacto del Departamento de Salud del Estado de New York (Servicios Sociales)
LLAME AL	Línea de ayuda de Medicaid de la HRA: 1-888-692-6116 Condado de Dutchess: (845) 486-3000 Estamos disponibles de 9:00 a.m. a 5:00 p.m., de lunes a viernes. Condado de Nassau: (516) 227-8000 Estamos disponibles de 8:00 a.m. a 4:00 p.m., de lunes a viernes. Ciudad de New York: (718) 557-1399 Estamos disponibles de 9:00 a.m. a 5:00 p.m., de lunes a viernes. Condado de Orange: (845) 291-4000 Estamos disponibles de 9:00 a.m. a 5:00 p.m., de lunes a viernes.

Método	Información de contacto del Departamento de Salud del Estado de New York (Servicios Sociales)
LLAME AL (continuación)	Condado de Putnam: (845) 808-1500 Estamos disponibles de 9:00 a.m. a 5:00 p.m., de lunes a viernes. Condado de Rockland: (845) 364-3040 Estamos disponibles de 9:00 a.m. a 5:00 p.m., de lunes a viernes. Condado de Westchester: (914) 995-3333 Disponible de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5:00 p.m.
TTY	711 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.

Método	Información de contacto del Departamento de Salud del Estado de New York (Servicios Sociales)
ESCRIBA A	Dutchess County DSS 60 Market Street Poughkeepsie, NY 12601 Nassau County DSS 60 Charles Lindbergh Boulevard Uniondale, NY 11553 New York City Human Resources Administration 785 Atlantic Avenue, 1st Floor Brooklyn, NY 11238 Orange County DSS Box Z, 11 Quarry Road Goshen, NY 10924

Método	Información de contacto del Departamento de Salud del Estado de New York (Servicios Sociales)
ESCRIBA A (continuación)	Putnam County DSS 110 Old Route 6 Carmel, NY 10512 Rockland County DSS 50 Sanatorium Road, Building L Pomona, NY 10970 Westchester County DSS 85 Court Street White Plains, NY 10601
SITIO WEB	https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ldss.htm

La Red Independiente de Defensa del Consumidor (Independent Consumer Advocacy Network, ICAN) ayuda a las personas inscritas en Medicaid con problemas relacionados con los servicios o la facturación. Pueden ayudarlo a presentar un reclamo o una apelación ante nuestro plan.

Método	**Información de contacto de la Red Independiente de Defensa del Consumidor (ICAN)**
LLAME A	1-844-614-8800 Estamos disponibles de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 6:00 p.m.
TTY	711 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
ESCRIBA A	ican@cssny.org
SITIO WEB	http://icannys.org/

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

En el sitio web Medicare.gov (https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/costs-in-the-coverage-gap/5-ways-to-get-help-with-prescription-costs) se incluye información sobre cómo reducir los costos de los medicamentos con receta. Para las personas con ingresos limitados, también hay otros programas para ayudar, que se describen a continuación.

Programa de "Ayuda adicional" de Medicare

Debido a que usted es elegible para Medicaid, reúne los requisitos para la "Ayuda adicional" de Medicare (y la está recibiendo) para cubrir los costos del plan para los 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 (solicitudes) 7 días a la semana, 24 horas al día.
- A la Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213, entre las 8:00 a.m. y las 7:00 p.m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

- A la Oficina de Medicaid de su estado (solicitudes) (para obtener información de contacto, consulte la Sección 6 de este capítulo).

Si cree que está pagando un monto incorrecto correspondiente al costo compartido cuando obtiene un medicamento con receta en una farmacia, nuestro plan ha establecido un proceso que le permite solicitar ayuda para conseguir las pruebas que demuestren cuál es su nivel de copago correcto, o que le permite entregarlas si es que ya tiene las pruebas.

- Envíe una copia de uno de los siguientes documentos al Departamento de Servicios para los Miembros como prueba de que reúne los requisitos para recibir Ayuda adicional. La dirección de Servicios para los Miembros se incluye al principio de este capítulo:
    - Carta de aprobación de Ayuda adicional de la Seguridad Social. Una carta de la Administración del Seguro Social (SSA) que contenga información importante que confirme que usted es “elegible automáticamente para recibir Ayuda adicional”.
    - Residentes de asilos de ancianos: la farmacia le proporcionará la evidencia necesaria en su nombre.
    - Al recibirla, confirmaremos su nivel de copago de Ayuda adicional con Medicare.

- Si no puede encontrar la documentación de respaldo, lo ayudaremos a obtener evidencia de esto, que incluye contactar a Medicare en su nombre para determinar el nivel correcto de copago.
- Cuando recibamos las pruebas que demuestren 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 por su copago, se lo reembolsaremos. Le enviaremos un cheque por el monto de su pago en exceso o le compensaremos los copagos futuros. Si la farmacia no le ha cobrado un copago y considera su copago como una deuda de su parte, es posible que hagamos el pago directamente a la farmacia. Si un estado pagó en su nombre, es posible que hagamos el pago directamente al estado. Si tiene alguna pregunta, póngase en contacto con el Servicio para los Miembros.

¿Qué ocurre si tiene cobertura del Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP)?

Muchos estados y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos ofrecen ayuda para pagar las recetas y las primas del plan de medicamentos, además de otros costos de los medicamentos. Si está inscrito en un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP) o en cualquier programa que brinde cobertura de medicamentos de la Parte D (que no sea la "Ayuda adicional"), obtendrá igualmente el 70% de descuento en los medicamentos de marca cubiertos. Además, el plan paga el 5% de los costos de los medicamentos de marca durante el período sin cobertura. El 70% de descuento y el 5% que paga el plan se aplican al precio del medicamento antes que cualquier SPAP u otra cobertura.

¿Qué ocurre si tiene cobertura del Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP)?
¿Qué es el Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP)?

El ADAP ayuda a las personas elegibles para el ADAP que viven con VIH/SIDA a acceder a medicamentos para el VIH esenciales para salvar la vida. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también están en el formulario del ADAP cumplen con los requisitos para la asistencia de costo compartido para medicamentos con receta a través del ADAP.
Nota: Para ser elegible para el ADAP que funciona en su estado, las personas deben cumplir ciertos criterios, que incluyen el comprobante de residencia del estado y estado del VIH, de ingresos bajos según lo definido por el estado y de estado de sin seguro o infraseguro. Si cambia de plan, informe al asistente de inscripción del ADAP local para que pueda continuar recibiendo asistencia. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al ADAP al 1-800-542-2437.

Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica

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

En el estado de New York, el Programa estatal de asistencia farmacéutica es el Programa de cobertura de seguro de productos farmacéuticos para personas mayores (EPIC).

Método	Programa de cobertura de seguro de productos farmacéuticos para las personas mayores (EPIC): información de contacto del Programa de Asistencia Farmacéutica del Estado de New York
LLAME A	1-800-332-3742 De lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5:00 p.m.
TTY	1-800-290-9138 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
ESCRIBA A	EPIC P.O. BOX 15018 Albany, NY 12212
SITIO WEB	http://www.health.ny.gov/health_care/epic/

SECCIÓN 8 Cómo comunicarse con la Junta de Jubilación para Ferroviarios

La Junta de Jubilación para Ferroviarios es una agencia federal independiente que administra programas de beneficios integrales para los trabajadores del sistema ferroviario de la nación y sus familias. Si recibe sus beneficios de Medicare a través de la Junta de Jubilación para Ferroviarios, es importante que les comunique si se muda o cambia su dirección postal. Si tiene preguntas sobre sus beneficios de la Junta de Jubilación para Ferroviarios, comuníquese con la agencia.

Método	Información de contacto de la Junta de jubilación para ferroviarios
LLAME A	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Si presiona “0”, puede hablar con un representante de la RRB de 9:00 a.m. a 3:30 p.m. los lunes, martes, jueves y viernes, y de 9:00 a.m. a 12:00 p.m. los miércoles. Si presiona “1”, puede acceder a la Línea de ayuda automática de la RRB y a información grabada las 24 horas, incluidos los fines de semana y feriados.
TTY	1-312-751-4701 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número *no* son gratuitas.
SITIO WEB	rrb.gov/

CAPÍTULO 3:

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

SECCIÓN 1 Lo que debe saber sobre cómo obtener atención médica y otros servicios como miembro de nuestro plan

En este capítulo, se explica lo que debe saber sobre el uso del plan para obtener atención médica y otros servicios cubiertos. Aquí se ofrecen definiciones de los términos y se explican las normas que deberá cumplir para obtener los tratamientos médicos, servicios, equipos, medicamentos con receta y otra atención médica cubiertos por el plan.

Para obtener información detallada sobre qué tipo de atención médica y otros servicios cubre nuestro plan, utilice la Tabla de beneficios del capítulo siguiente, el Capítulo 4 (*Tabla de beneficios médicos, lo que está cubierto*).

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

- Los **proveedores** son los médicos y otros profesionales de atención médica 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 atención médica, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que han acordado con nosotros aceptar nuestros pagos como pago pleno. 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 visita a un proveedor de la red, no debe pagar los servicios cubiertos.
- Los **servicios cubiertos** incluyen toda la atención médica, los servicios de atención médica, los equipos de suministros y los medicamentos con receta que cubre el plan. Sus servicios cubiertos para la atención médica se detallan en la Tabla de beneficios del capítulo 4. En el Capítulo 5, se analizan sus servicios cubiertos para medicamentos con receta.

Sección 1.2 Normas básicas para obtener la atención médica y otros servicios cubiertos por el plan

Como un plan de salud de Medicare y Medicaid, Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP) debe cubrir todos los servicios cubiertos por Original Medicare y puede ofrecer otros servicios además de los cubiertos por Original Medicare. Consulte la Sección 2.1 del Capítulo 4 para obtener más información sobre los beneficios cubiertos por el plan.

Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP) cubrirá, por lo general, su atención médica, siempre y cuando:

- **La atención que reciba esté incluida en la Tabla de beneficios médicos del plan** (la tabla se encuentra en el Capítulo 4 de este documento).
- **La atención que reciba se considere médicamente necesaria**. Médicamente necesaria significa que los servicios, suministros, equipos o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o tratamiento de su condición médica y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.
- **Tenga un proveedor de atención primaria (PCP) de la red que brinde y supervise su atención.** Como miembro del plan, debe elegir a un PCP de la red (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2.1 de este capítulo).

  - En general, no es necesario que obtenga la aprobación previa de su PCP para consultar con un especialista en la comunidad. Sin embargo, es importante que su PCP tenga esta información, por lo que le recomendamos que hable con su médico sobre los servicios y la atención médica que está recibiendo. Para determinados servicios, como consultas con un médico que no sea su PCP en su domicilio o atención médica a domicilio certificada, necesitará una autorización de nuestro plan (para obtener información sobre los servicios médicos que necesitan autorización, consulte el Capítulo 4). Su PCP puede ayudarle a obtener esas autorizaciones de nuestro plan.
  - Las remisiones de su PCP no son necesarias para la atención de emergencia o los servicios de urgencia. También hay otros tipos de atención que puede recibir sin tener la aprobación por adelantado de su PCP (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2.2 de este capítulo).

- **Usted debe recibir atención de un proveedor de la red** (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2 de este capítulo). En la mayoría de los casos, no se cubrirá la atención que reciba de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no forme parte de la red de nuestro plan). Esto significa que usted deberá pagarle al proveedor el total de los servicios brindados. *Existen cuatro excepciones:*

- El plan cubre la atención de emergencia o de urgencia que usted reciba de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información sobre este tema y ver qué significa atención de emergencia y de urgencia, consulte la sección 3 de este capítulo.
- Si necesita recibir atención médica que Medicare o Medicaid exige que cubra nuestro plan, pero no hay proveedores en nuestra red que brinden esta atención, puede obtener dicha atención de un proveedor fuera de la red al mismo costo compartido que normalmente paga dentro de la red. Se debe obtener autorización del plan por su proveedor antes de recibir atención de proveedores fuera de la red. En este caso, cubriremos estos servicios como si recibiera la atención de un proveedor de la red. Para obtener más información sobre cómo conseguir una aprobación para consultar con un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.4 de este capítulo.

- El plan cubre los servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando está temporalmente fuera del área de servicio del plan o cuando su proveedor para este servicio no está disponible o no es posible comunicarse con ellos temporalmente. El costo compartido que usted paga por diálisis no puede superar el costo compartido en Original Medicare. Si está fuera del área de servicio del plan y obtiene la diálisis de un proveedor que está fuera de la red del plan, su costo compartido no puede exceder el costo compartido que paga dentro de la red. Sin embargo, si su proveedor habitual de la red para diálisis no está disponible temporalmente y usted elige recibir los servicios dentro del área de servicio de un proveedor fuera de la red del plan, el costo compartido para la diálisis puede ser mayor.
- Conforme a la opción de proveedor del servicio (POS), puede usar proveedores fuera de la red para obtener servicios y beneficios limitados de cualquier proveedor certificado por Medicare que no haya optado por no recibir Medicare. No todos los servicios están cubiertos fuera de la red según su opción de proveedor del servicio (POS). Para obtener más información sobre estos servicios y cómo utilizarlos, consulte la sección 2.4 (Cómo puede obtener atención médica de proveedores fuera de la red).

SECCIÓN 2 Use proveedores de la red del plan para obtener su atención médica y otros servicios

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

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

- *¿Qué es un PCP?*
  - Cuando es miembro de Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP), debe elegir a un proveedor del plan para que sea su PCP. El PCP es un proveedor que cumple con determinados requisitos estatales y tiene la formación necesaria para brindar atención médica básica. Como lo explicamos más adelante, obtendrá atención de rutina o básica de su PCP.
- *¿Qué tipos de proveedores pueden ser PCP?*
  - Puede elegir entre varios tipos de proveedores como PCP. Estos incluyen, por ejemplo, internistas y médicos de familia que han aceptado brindar servicios a nuestros miembros en calidad de proveedores de atención primaria.

- *La función de un PCP en su plan.*
  - Su proveedor de atención primaria le brindará la mayoría de los servicios de atención médica de rutina y preventivos.
- *¿Qué función desempeña el PCP en la coordinación de los servicios cubiertos?*
  - El PCP también ayuda a coordinar la atención y los servicios médicos adicionales que puede necesitar, como interconsultas con especialistas, exámenes de diagnóstico y de laboratorio. La "coordinación" de los servicios incluye verificar la atención que recibe y cómo evoluciona, o consultar con otros proveedores del plan sobre esto mismo. Debido a que el PCP brindará y coordinará su atención médica, usted deberá asegurarse de que sus registros médicos anteriores se envíen al consultorio del PCP. Su proveedor de atención primaria mantiene su registro médico completo, que incluye todos sus antecedentes médicos y quirúrgicos, problemas actuales y pasados, medicamentos y documentación de los servicios que recibió de otros proveedores de atención médica.

- *¿Qué función desempeña el PCP en la toma de decisiones o en la obtención de autorización previa (PA), si corresponde?*
    - En algunos casos, el PCP deberá obtener nuestra autorización previa (aprobación previa) para determinados tipos de servicios o suministros cubiertos.

¿Cómo elegir un PCP?

Cuando es miembro de Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP), debe elegir a un proveedor del plan para que sea su PCP. Su PCP es un proveedor que cumple con los requisitos del estado y está capacitado para brindar atención médica básica. Al momento de la inscripción, seleccionará a un PCP de nuestra lista de proveedores de atención primaria participantes. Podemos ayudar a los inscritos a seleccionar o programar una cita con un PCP. Para que Elderplan lo ayude, llame al número de Servicios para los Miembros que se encuentra en su tarjeta de identificación.

Cómo cambiar de PCP

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

Para cambiar de PCP, llame a Servicios para los Miembros. Cuando llame, asegúrese de informar a Servicios para los Miembros si está consultando a algún especialista o está recibiendo otros servicios cubiertos que requieran la autorización o aprobación previa del PCP. Servicios para los Miembros se asegurará de que, cuando cambie de PCP, usted pueda seguir recibiendo la atención de especialistas así como los demás servicios que estuviese recibiendo. También verificará que el nuevo PCP que desea elegir acepte a nuevos pacientes. Servicios para los Miembros anotará el nombre del nuevo PCP en su registro de membresía y le comunicará cuándo entrará en vigencia el cambio. Todos los cambios se realizarán inmediatamente cuando los solicite. También le enviarán una nueva tarjeta de membresía con el nombre y el número de teléfono de su nuevo PCP.

Si su proveedor de atención médica deja la red, el tratamiento en curso puede continuar durante un período de transición de hasta 90 días para determinadas afecciones que reúnan los requisitos si su proveedor acepta el pago de la tarifa del plan, se adhiere a la garantía de calidad y a otras políticas del plan, y le proporciona información médica sobre su atención al plan.

Sección 2.2 ¿Qué tipos de atención médica y otros servicios puede recibir si no tiene 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 para las mujeres, que incluye exámenes de las mamas, mamografías de control (radiografías de las mamas), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre y cuando se atiendan con un proveedor de la red.
- Vacunas antigripales, vacuna contra la COVID-19, vacunas contra la hepatitis B y contra la neumonía, siempre y cuando se las administre un proveedor de la red.
- Servicios de emergencia proporcionados por proveedores de la red o por proveedores fuera de la red.
- Los servicios de urgencia son los servicios cubiertos que no son de emergencia, los cuales se ofrecen cuando los proveedores de la red no están disponibles temporalmente o no se puede acceder a ellos, o cuando el inscrito se encuentra fuera del área de servicio. Por ejemplo, necesita atención inmediata durante el fin de semana. Los servicios deben ser inmediatamente necesarios y médicamente necesarios.

- Servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando está temporalmente fuera del área de servicio del plan. Si es posible, llame a Servicios para los Miembros antes de abandonar el área de servicio, así podremos ayudarlo a coordinar para que reciba la diálisis de mantenimiento mientras se encuentre fuera.
- Consultas a proveedores especialistas.
- Centros de agencias de atención médica pública para la prueba de detección, el diagnóstico y el tratamiento de la tuberculosis.
- Servicios de atención médica reproductiva y planificación familiar
- Clínicas mencionadas en el artículo 28, que están administradas por centros dentales académicos, para obtener servicios odontológicos cubiertos.
- Clínicas mencionadas en el artículo 28, que proporcionan servicios de optometría y que están afiliadas con la College of Optometry (Facultad de Optometría) de la Universidad Estatal de Nueva York para obtener servicios de optometría cubiertos.

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

Un especialista es un médico que brinda servicios de atención médica para una enfermedad o parte del cuerpo específica. Hay muchas clases de especialistas. A continuación, se mencionan algunos ejemplos:

- Los oncólogos atienden a pacientes con cáncer.
- Los cardiólogos atienden a pacientes con afecciones del corazón.
- Ortopedistas: tratan a los pacientes que tienen determinadas afecciones óseas, articulares o musculares.
- *¿Cómo acceder a especialistas y otros proveedores de la red?*
    - Puede encontrar un especialista y otros proveedores de la red mediante nuestro Directorio de proveedores y farmacias en www.elderplan.org.También puede llamar a Servicios para los Miembros (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto).

- *¿Qué función desempeña el PCP (si desempeña alguna) en la remisión de los miembros a especialistas u otros proveedores?*
  - El PCP es la persona más indicada para aconsejarle cuándo debe consultar a un especialista. Si bien usted puede consultar con el especialista participante del plan que usted elija, el PCP le hará una recomendación y le dará consejos como parte de la coordinación de sus necesidades de atención médica.
- *¿Qué debe hacer si necesita autorización previa?*
  - En general, usted obtiene autorización previa a través de su proveedor de atención primaria o especialista. Su médico se comunicará con el Departamento de Autorización Previa del plan para analizar sus necesidades de servicio. El plan le notificará a usted y a su proveedor la determinación. Consulte la Sección 2.1 del Capítulo 4 para obtener información sobre los servicios que requieren autorización previa.
- *¿Para qué servicios el PCP deberá obtener la autorización previa del plan?*
  - Para varios servicios, su PCP puede que tenga que obtener una autorización del plan. Entre ellos se incluyen, entre otros, los servicios prestados por proveedores o centros no participantes, una admisión electiva en el hospital. Consulte la Sección 2.1 del Capítulo 4 para obtener más información sobre los servicios que requieren autorización previa.

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

Durante el año, es posible que realicemos cambios en hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que son parte de su plan. Si su médico o especialista deja su plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Aunque los proveedores de nuestra red puedan cambiar durante el año, Medicare exige que le proporcionemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Le notificaremos cuando su proveedor esté por dejar nuestro plan para que tenga tiempo de elegir un proveedor nuevo.
    - Si su proveedor de atención primaria o proveedor de salud conductual deja nuestro plan, le notificaremos si ha visitado a ese proveedor en los últimos tres años.
    - Si alguno de sus otros proveedores deja nuestro plan, le notificaremos si lo tiene asignado, actualmente recibe atención de este o lo ha visitado dentro de los últimos tres meses.
- Lo ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado dentro de la red al que pueda acceder para seguir recibiendo atención.

- Si actualmente está realizando un tratamiento o terapias médicos con su proveedor actual, tiene derecho a solicitar que el tratamiento o terapia médicamente necesario que está recibiendo continúe, y trabajaremos con usted para garantizarlo.
- Le proporcionaremos información sobre los distintos períodos de inscripción disponibles para usted y las opciones que pueda tener para cambiar de plan.
- Coordinaremos cualquier beneficio médicamente necesario fuera de nuestra red de proveedores, pero en el costo compartido dentro de la red, cuando un proveedor o beneficio dentro de la red no esté disponible o no pueda satisfacer sus necesidades médicas. Si recibe atención de un tipo de proveedor que figura en la sección 2.4 de este capítulo, el proveedor debe llamar al plan para determinar si “se requiere autorización” para el servicio que está recibiendo.
- Si se entera de que su médico o especialista dejará su plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor para que administre su atención.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no está siendo administrada de manera apropiada, tiene derecho a presentar una queja de calidad ante la QIO, una calidad de la atención ante el plan, o ambos. Consulte el Capítulo 9.

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

Este es un plan HMO-POS. La opción de POS le permite obtener ciertos servicios y beneficios de cualquier proveedor certificado por Medicare que no haya optado por no aceptar Medicare. Consulte con su proveedor antes de recibir servicios para verificar que no haya decidido no participar en Medicare. Los proveedores fuera de la red pueden elegir no aceptar a nuestros miembros del plan como pacientes. Si un proveedor fuera de la red se niega a aceptar nuestro plan, le recomendamos que reciba atención de parte de nuestra red de proveedores contratados.

Si un proveedor fuera de la red le envía una factura que usted considera que nosotros debemos pagar, póngase en contacto con Servicios para los Miembros o envíenos la factura para realizar el pago. Le pagaremos a su médico la parte que nos corresponde de la factura y su médico podría facturarle por el monto que deba, si corresponde. Los proveedores fuera de la red que aceptan Medicare no pueden facturar nada más de lo permitido por Original Medicare. Lo más conveniente es pedirle al proveedor fuera de la red que primero nos facture a nosotros, pero si usted ya pagó por los servicios cubiertos, le reembolsaremos la parte de los costos que nos corresponde pagar. Si determinamos que los servicios no se cubrirán o que no son médicamente necesarios, podemos denegarle la cobertura y usted será responsable de la totalidad del costo. Consulte el capítulo 4 para obtener una lista de los servicios cubiertos que se incluyen en el beneficio de POS (fuera de la red) y su costo compartido.

Como miembro de nuestro plan, usted puede elegir recibir atención de proveedores fuera de la red solo para los siguientes servicios:

- Servicios dentales preventivos complementarios
- Servicios dentales integrales complementarios
- Servicios de terapia ocupacional
- Servicios de otros profesionales de salud
- Servicios de patología del habla y del lenguaje y fisioterapia
- Servicios de podiatría cubiertos por Medicare

- Servicios de podiatría de rutina (complementarios)
- Servicios de especialistas

Para algunos tipos de servicios, el médico necesitará la aprobación por adelantado (una "autorización previa") de nuestro plan. Para obtener más información sobre los servicios que "requieren autorización", consulte la Sección 2.1 del Capítulo 4.

Nota: Los miembros tienen derecho a recibir servicios de proveedores fuera de la red para servicios de emergencia o de urgencia. Además, el plan debe cubrir los servicios de diálisis para los miembros con enfermedad renal terminal (ESRD) que hayan viajado fuera del área de servicio de los planes y no puedan acceder a proveedores de servicios para ESRD contratados.

SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios cuando tiene una emergencia o una urgencia, o durante una catástrofe

Sección 3.1 Cómo obtener atención si tiene una emergencia médica

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

Una **emergencia médica** es cuando usted, o cualquier otra persona prudente, con un conocimiento normal sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar que pierda la vida (y, si usted es una mujer embarazada, la pérdida de un niño no nacido), un miembro o la función del miembro, o pérdida o deterioro grave a una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una condición médica que empeore rápidamente.

Si tiene una emergencia médica, haga lo siguiente:

- **Busque ayuda lo más rápido posible.** Llame al 911 para recibir ayuda o vaya a la sala de emergencias u hospital más cercano. Pida una ambulancia por teléfono si la necesita. *No* es necesario que primero obtenga la aprobación o una remisión de su PCP. No es necesario que utilice un médico de la red. Usted puede obtener atención médica de emergencia cubierta cada vez que lo necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios, y de cualquier proveedor con licencia estatal apropiada, incluso si no forman parte de nuestra red.
- **Cuando sea posible, asegúrese de avisar al plan acerca de la emergencia.** Necesitamos hacer el seguimiento de la atención de emergencia que reciba. Usted u otra persona deberá llamarnos para informarnos sobre su atención de emergencia, generalmente en un plazo de 48 horas. Llame a Servicios para los Miembros al número de teléfono que aparece en su tarjeta de identificación.

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

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

Además, nuestro plan proporciona cobertura internacional para emergencias/urgencias o transporte internacional de emergencia cuando lo necesite y por un beneficio máximo de hasta $50,000. Para obtener más información, consulte la Tabla de beneficios en el Capítulo 4 de este documento.

Los médicos que le estén brindando la atención de emergencia decidirán cuándo su afección está estable y si la emergencia médica ya pasó.

Una vez que finaliza la emergencia, usted tiene derecho a recibir atención de seguimiento para garantizar que siga estando estable. Sus médicos seguirán tratándolo hasta que dichos profesionales se comuniquen con nosotros y hagan planes para que reciba atención adicional. El plan cubre la atención de seguimiento. Si recibe atención de emergencia por parte de proveedores fuera de la red, trataremos de que los proveedores de la red se hagan cargo de su atención tan pronto como su afección médica y las circunstancias lo permitan.

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

A veces puede ser difícil saber si tiene una emergencia médica. Por ejemplo, puede pensar que necesita atención de emergencia (porque considera que su salud está en grave peligro) y el médico puede decirle que no se trataba de una emergencia médica. Si resulta que no era una emergencia, siempre que haya pensado razonablemente que su salud estaba en grave peligro, cubriremos su atención.

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

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

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

¿Qué son los servicios de urgencia?

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

Para ubicar proveedores de la red que brinden servicios de urgencia, busque centros de atención de urgencia en el Directorio de proveedores y farmacias, disponible en www.elderplan.org.

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

Nuestro plan tiene cobertura internacional de atención de emergencia y urgencia fuera de los Estados Unidos por un beneficio máximo de hasta $50,000. (Para obtener información más detallada, consulte la Tabla de beneficios en el Capítulo 4).

Sección 3.3 Cómo obtener atención durante un desastre

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

Visite el sitio web www.elderplan.org para obtener información sobre cómo recibir la atención que necesita durante una catástrofe.

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

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

Sección 4.1 Puede solicitarnos que paguemos los servicios cubiertos

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

Sección 4.2 ¿Qué debería hacer si los servicios no están cubiertos por el plan?

Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP) cubre todos los servicios médicamente necesarios según la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4 de este documento. Si usted recibe servicios no cubiertos por nuestro plan o servicios obtenidos fuera de la red y no fueron autorizados, usted es responsable de pagar el costo total de los servicios.

Para los servicios cubiertos que tienen un límite para los beneficios, también pagará el costo total de los servicios que reciba después de haber utilizado la totalidad del beneficio para ese tipo de servicio cubierto. Si usted paga los costos, una vez que se llegue al límite del beneficio, estos costos no se tendrán en cuenta para el monto máximo dentro de la red y fuera de la red combinados que paga de su bolsillo. Puede llamar a Servicios para los Miembros cuando desee saber cuánto ya usó de su límite de beneficios.

SECCIÓN 5 ¿Cómo se cubren los servicios médicos cuando usted participa 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 forma en que los médicos y científicos prueban nuevos tipos de atención médica; por ejemplo, para averiguar la eficacia de un nuevo medicamento contra el cáncer. Ciertos estudios de investigación clínica están aprobados por Medicare. Los estudios de investigación clínica aprobados por Medicare normalmente solicitan voluntarios para participar en el estudio.

Una vez que Medicare apruebe el estudio y usted expresa interés, una persona que trabaja en el estudio se comunicará con usted para explicarle más sobre el estudio y ver si cumple con los requisitos establecidos por los científicos que están llevando a cabo el estudio. Puede participar en el estudio solo si cumple con los requisitos del estudio, *y* si comprende y acepta plenamente lo que implica su participación.

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 informa que está en un ensayo clínico calificado, entonces usted es responsable de los costos compartidos dentro de la red por los servicios que se encuentran en ese ensayo. Si pagó más, por ejemplo, si ya pagó el monto de costo compartido de Original Medicare, le reembolsaremos la diferencia entre lo que pagó y el costo compartido de la red. Sin embargo, deberá presentarnos la documentación para mostrarnos cuánto pagó. Cuando usted participa en un estudio de investigación clínica, puede permanecer inscrito en nuestro plan y seguir obteniendo el resto de su atención (la atención que no está relacionada con el estudio) a través de nuestro plan.

Si quiere participar en cualquier estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* es necesario que nos lo comunique o para obtener nuestra aprobación o 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 del plan. Tenga en cuenta que esto no incluye beneficios para los cuales nuestro plan sea responsable, que incluyan, como componente, un ensayo clínico o registro para evaluar el beneficio. Estos incluyen determinados beneficios especificados según las determinaciones de cobertura nacional (NCD) y los ensayos de dispositivos investigacionales (IDE), y pueden estar sujetos a la autorización previa y a otras normas del plan.

Si bien no es necesario que obtenga la autorización de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica, cubierto para los inscritos en Medicare Advantage, le recomendamos que nos notifique por adelantado cuando elija participar en los ensayos clínicos calificados de Medicare.

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

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

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

- Habitación y alimentación por una hospitalización que Medicare pagaría aunque usted no participara en un estudio.
- Una operación u otro procedimiento médico si es parte del estudio de investigación.
- Tratamiento de los efectos secundarios y las complicaciones de la nueva atención médica.

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

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

- Por lo general, Medicare *no* pagará los nuevos artículos o servicios que se estén evaluando en el estudio, a menos que Medicare cubriera dicho artículo o servicio incluso si usted *no* participara en un estudio.
- Artículos o servicios provistos solamente para recolectar datos y que no se utilizan en la atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no pagaría las tomografías computarizadas mensuales (CT) que se realizan como parte del estudio si su afección médica normalmente exigiera solo una CT.

¿Desea obtener más información?

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

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

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

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

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

Para obtener atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica, debe firmar un documento legal que diga que usted se opone conscientemente a obtener el tratamiento médico **no exceptuado**.

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

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

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

Se aplican límites en la cobertura de la atención para pacientes internados en un hospital de Medicare. (Consulte la Tabla de beneficios en la Sección 2.1 del Capítulo 4).

SECCIÓN 7 Normas para la posesión de equipos médicos duraderos

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

El equipo médico duradero (DME) incluye artículos como equipos y suministros de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, sistemas de colchones eléctricos, muletas, suministros para diabéticos, dispositivos generadores de habla, bombas de infusión intravenosa, nebulizadores y camas de hospital solicitadas por un proveedor para su uso en el hogar. El miembro siempre será propietario de ciertos artículos, como los dispositivos protésicos. En esta sección, hacemos referencia a otros tipos de DME que 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. Sin embargo, como miembro de Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP), no tendrá posesión de los artículos de DME alquilados, independientemente de la cantidad de copagos que haya realizado por el artículo como miembro de nuestro plan, incluso si realizó hasta 12 pagos consecutivos por el artículo de DME en Original Medicare antes de inscribirse en nuestro plan.

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

Si no obtuvo la propiedad del artículo DME mientras estuvo en nuestro plan, deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos luego de que se cambie a Original Medicare a fin de adquirir la propiedad del artículo. Los pagos realizados mientras se inscribe en su plan no se tienen en cuenta.

Ejemplo 1: Realizó 12 o menos pagos consecutivos por el artículo en Original Medicare y luego se unió a nuestro plan. No se tienen en cuenta los pagos que realizó en Original Medicare.

Ejemplo 2: Realizó 12 o menos pagos consecutivos por el artículo en Original Medicare y luego se unió a nuestro plan. Estuvo en nuestro plan, pero no obtuvo la posesión mientras estuvo en nuestro plan. Entonces regresa a Original Medicare. Deberá realizar 13 pagos consecutivos para poseer el artículo una vez que se inscribe en Original Medicare. Todos los pagos anteriores (ya sea a nuestro plan o a Original Medicare) no se tienen en cuenta.

SECCIÓN 7.2 Normas para el equipo de oxígeno, los suministros y el mantenimiento

¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho?

Si reúne los requisitos para la cobertura de equipo de oxígeno de Medicare, Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP) cubrirá lo siguiente:

- Alquiler de equipos de oxígeno
- Provisión de oxígeno y contenidos de oxígeno
- Tubos y accesorios relacionados con el oxígeno para la provisión de oxígeno y contenidos de oxígeno
- Mantenimiento y reparación de equipos de oxígeno

Si abandona Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP) o el equipo de oxígeno ya no es médicamente necesario, deberá devolver el equipo.

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

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

CAPÍTULO 4

Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

SECCIÓN 1 Cómo comprender los servicios cubiertos

En este capítulo, encontrará una Tabla de beneficios médicos que enumera los servicios cubiertos como miembro de Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP). Más adelante en este capítulo, puede encontrar información sobre los servicios médicos que no están cubiertos.

Sección 1.1 Tipos de gastos que paga de su bolsillo que posiblemente deba pagar por los servicios cubiertos

Debido a que obtiene ayuda de Medicaid, usted no paga sus servicios cubiertos siempre que cumpla con las normas de los planes para obtener su atención. (Consulte el Capítulo 3 para obtener más información sobre las normas de los planes para obtener atención).

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

- El **deducible** es el monto que debe pagar por los servicios médicos antes de que el plan comience a pagar la parte que le corresponde. (La Sección 1.2 contiene más información sobre el deducible del plan).

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

Sección 1.2 ¿Cuál es su deducible del plan?

El deducible dentro de la red es de $240. Debido a que nuestros miembros también obtienen asistencia de Medicaid, usted no debe pagar ningún monto para alcanzar el deducible.

El deducible dentro de la red se aplica a los siguientes servicios:

Servicios de rehabilitación cardíaca, servicios intensivos de rehabilitación cardíaca, servicios de rehabilitación pulmonar, servicios de terapia de ejercicios con supervisión (SET) para enfermedad arterial periférica (PAD), hospitalización parcial, servicios de atención médica en el hogar, servicios médicos de atención primaria, servicios de quiropráctica, servicios de terapia ocupacional, servicios de especialistas médicos, servicios grupales e individuales especializados de salud mental, servicios de podiatría, otros profesionales de atención médica, servicios de psiquiatría individual y grupal, fisioterapia y servicios de patología del habla y el lenguaje, servicios adicionales de telemedicina, procedimientos/exámenes/servicios de laboratorio de diagnóstico, servicios de radiología terapéutica, servicios de radiografías para pacientes externos, servicios hospitalarios para pacientes externos, servicios de observación, servicios en un centro quirúrgico ambulatorio (ASC), atención individual y grupal por abuso de sustancias para pacientes externos, servicios de exámenes de sangre para pacientes externos, servicios de ambulancia de transporte terrestre, servicios de ambulancia de transporte aéreo, equipo médico duradero (DME), prótesis, suministros médicos, suministros para diabéticos, zapatos o plantillas para diabéticos, servicios de diálisis, servicios educativos sobre enfermedad renal, prueba de detección de glaucoma, capacitación para el autocontrol de la diabetes.

Sección 1.3 ¿Cuál es el máximo que usted pagará por los servicios médicos cubiertos de las Partes A y B de Medicare?

Nota: Debido a que nuestros miembros también obtienen asistencia de Medicaid, muy pocos alcanzan el monto máximo que pagan de su bolsillo. Usted no es responsable de pagar ningún gasto no cubierto para alcanzar el monto máximo no cubierto por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.

Debido a que está inscrito en un plan Medicare Advantage, hay un límite en el monto total que paga de su bolsillo cada año por los servicios médicos combinados dentro y fuera de la red que están cubiertos por nuestro plan. Este límite se denomina monto máximo que paga de su bolsillo (MOOP) por servicios médicos. Para el año calendario 2024, este monto es de $8,850.

Los deducibles, copagos y coseguros para los servicios cubiertos combinados dentro de la red y fuera de la red se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo. Los montos que paga por las primas de su plan y los medicamentos con receta de la Parte D no se tienen en cuenta para el monto máximo combinado que paga de su bolsillo. Si llega al monto máximo combinado de $8,850 de gastos no cubiertos, ya no deberá pagar más estos gastos durante el resto del año por servicios cubiertos combinados dentro y fuera de la red de la Parte A y la Parte B. No obstante, usted debe seguir pagando la prima de su plan (o la multa por inscripción tardía de la Parte D) y la de la Parte B de Medicare (a menos que la prima de la Parte B la pague Medicaid u otro tercero).

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

Sección 2.1 Sus beneficios médicos y servicios de atención a largo plazo en el hogar y la comunidad como miembro del plan

La Tabla de beneficios médicos de la página siguiente enumera los servicios cubiertos por Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP). La cobertura para medicamentos con receta de la Parte D se encuentra en el Capítulo 5. Los servicios descritos en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos solo cuando se cumple con los siguientes requisitos de cobertura:

- Sus servicios cubiertos de Medicare y Medicaid deben brindarse de acuerdo con las pautas de cobertura establecidas por Medicare y Medicaid.
- Sus servicios (incluidos la atención médica, los servicios, los suministros, los equipos y los medicamentos con receta de la Parte B) *deben* ser médicamente necesarios. Médicamente necesario significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o tratamiento de su condición médica y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.
- Usted recibe su atención de parte de un proveedor de la red. También puede recibir atención de un proveedor fuera de la red. Su plan tiene una opción proveedor del servicio (POS) que brinda cobertura para ciertos servicios y beneficios de proveedores fuera de la red. En el Capítulo 3, se incluye información sobre los requisitos necesarios para utilizar los proveedores de la red y las situaciones en las que cubriremos los servicios prestados por proveedores fuera de la red.
- Usted tiene un proveedor de atención primaria (PCP) que provee y supervisa su atención.

- Algunos de los servicios mencionados en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos *solo* si el médico o los demás proveedores dentro o fuera de la red obtienen nuestra aprobación por adelantado (esto suele denominarse autorización previa). Los servicios cubiertos que necesitan aprobación por adelantado están indicados en la Tabla de beneficios médicos como "Se requiere autorización".

Otros datos importantes sobre nuestra cobertura:

- Usted está cubierto por Medicare y Medicaid. Medicare cubre atención médica y medicamentos con receta. Medicaid cubre su costo compartido para los servicios de Medicare, incluidos los servicios hospitalarios para pacientes internados, tanto agudos como psiquiátricos. Medicaid también cubre los servicios que Medicare no cubre, como los servicios odontológicos preventivos y el transporte que no es de emergencia.
- 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 2024* (Medicare y Usted 2024). También puede consultarlo en línea en www.medicare.gov o solicitar una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

- Para todos los servicios preventivos que están cubiertos sin costo por Original Medicare, nosotros también cubrimos el servicio sin costo para usted.
- Si Medicare agrega cobertura para algún nuevo servicio durante el año 2024, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.
- Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP) ofrece beneficios totalmente integrados de Medicare y Medicaid. Si es elegible para la asistencia con el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, tendrá un costo compartido de $0 para ciertos servicios cubiertos por Medicare. Para obtener una lista de los beneficios cubiertos de Medicare y Medicaid, y el costo compartido correspondiente, consulte la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4.
- Si se encuentra dentro del período de 3 meses de nuestro plan de la continuación de la supuesta elegibilidad, seguiremos proporcionando todos los beneficios cubiertos por Medicare del plan Medicare Advantage. Sin embargo, durante este periodo, también seguiremos cubriendo los beneficios de Medicaid que estén incluidos en este plan. Los montos de costo compartido para los beneficios básicos y complementarios de Medicare no cambian durante este período.

Usted no paga nada por los servicios indicados en la Tabla de beneficios, siempre que cumpla con los requisitos cubiertos que se describen a continuación.

Información importante sobre beneficios para los inscritos con afecciones crónicas

- Si se le diagnostica alguna de las afecciones crónicas que figuran a continuación y cumple con determinados criterios, es posible que sea elegible para los beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas.
    - Alcoholismo crónico y otras farmacodependencias
    - Trastornos autoinmunitarios incluidos, entre otros, los siguientes:
        - Poliarteritis nodosa
        - Polimialgia reumática
        - Polimiositis
        - Artritis reumatoidea
        - Lupus eritematoso sistémico
    - Cáncer
    - Cáncer, incluidos, entre otros los siguientes:
        - Leucemia
        - Linfoma de Hodgkin
    - Trastornos cardiovasculares, incluidos, entre otros, los siguientes:
        - Arritmias cardíacas
        - Enfermedad coronaria arterial
        - Enfermedad vascular periférica

        - Trastorno tromboembólico venoso crónico
    - Insuficiencia cardíaca crónica o enfermedad cardíaca, incluidas, entre otras, las siguientes:
        - Hipertensión
    - Demencia
    - Diabetes, incluidas, entre otras, las complicaciones relacionadas con la diabetes, como las siguientes:
        - Retinopatía diabética
        - Nefropatía diabética
        - Neuropatía diabética
    - Diabetes mellitus
    - Enfermedad hepática terminal
    - Enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) que requiere diálisis
    - Trastornos hematológicos graves, incluidos, entre otros, los siguientes:
        - Anemia aplásica
        - Anemia
        - Hemofilia
        - Púrpura trombocitopénica inmune
        - Síndrome mielodisplásico
        - Anemia falciforme (excluido el rasgo falciforme)
        - Trastorno tromboembólico venoso crónico

    - Policitemia vera
    - Talasemia
    - Trombocitopenia
    - Macroglobulinemia de Waldenstrom
    - Trombocitemia esencial
    - Hemocromatosis
  - VIH/SIDA
  - Trastornos pulmonares crónicos, incluidos, entre otros, los siguientes:
    - Asma
    - Bronquitis crónica
    - Bronquitis
    - Enfisema
    - Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)
    - Fibrosis pulmonar
    - Hipertensión pulmonar
  - Afecciones crónicas y de salud mental incapacitantes, incluidas, entre otras, las siguientes:
    - Trastorno de bipolaridad
    - Trastornos depresivos graves
    - Trastorno de paranoia
    - Esquizofrenia

        - Trastorno esquizoafectivo
    - Trastornos neurológicos, incluidos, entre otros, los siguientes:
        - Enfermedad de Alzheimer y otros tipos de demencia
        - Esclerosis lateral amiotrófica (ALS)
        - Epilepsia
        - Parálisis extendida (es decir, hemiplejía, cuadriplejía, paraplejía, monoplejía)
        - Enfermedad de Huntington
        - Esclerosis múltiple
        - Enfermedad de Parkinson
        - Polineuropatía
        - Estenosis espinal
        - Déficit neurológico relacionado con accidentes cerebrovasculares
    - Accidente cerebrovascular
    - Artritis, incluidas, entre otras, las siguientes:
        - Artritis reumatoidea
    - Enfermedad renal crónica
    - Trastornos alimenticios
    - Hepatitis B
    - Hepatitis C

- Fibrosis quística
- Obesidad
- Osteoporosis
- Síndrome de distrofia simpática refleja (RSD)
- Consumo de tabaco y afecciones relacionadas

Elderplan ofrece un beneficio de alimentos, comidas con entrega a domicilio, pagos de ciertos servicios públicos y asistencia para el pago de alquiler o hipoteca para miembros con determinadas afecciones crónicas. Los miembros confirmarán la elegibilidad después de inscribirse en el plan. Elderplan también revisará los datos de las reclamaciones de los proveedores.

- Para obtener más información, consulte la fila “Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas” en la siguiente Tabla de beneficios médicos.
- Comuníquese con nosotros para averiguar exactamente qué beneficios puede recibir según su elegibilidad.

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

Tabla de beneficios médicos

Sus servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
🍏 **Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal** Una ecografía de detección solo para personas en riesgo. El plan solo cubre esta prueba de detección si usted tiene ciertos factores de riesgo y si recibe una remisión de parte de su médico, auxiliar médico, enfermero practicante o especialista en enfermería clínica.	**Dentro de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para miembros elegibles para esta prueba de detección preventiva.

Sus servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Servicios de acupuntura (no cubiertos por Medicare)	**Dentro de la red** No se requiere coseguro ni copago por consulta. Puede recibir hasta 28 consultas por año para los siguientes servicios: • Acupuntura • Terapia con ventosas/ Moxibustión • Digitopresión • Tui Na • Gua Sha • Reflexología • Terapia de luz infrarroja

Sus servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Acupuntura para el dolor lumbar crónico Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: Los beneficiarios de Medicare están cubiertos para un máximo de 12 consultas en 90 días en las siguientes circunstancias: Para los fines de este beneficio, las siguientes son características del dolor lumbar crónico: • Dura 12 semanas o más. • No es específico, es decir, no existe una causa sistémica identificable (no se asocia a una enfermedad metastásica, inflamatoria, contagiosa, etc.). • No se asocia a una cirugía. • No se asocia al embarazo. Se cubrirán ocho sesiones adicionales para aquellos pacientes que demuestren una mejora. No se pueden administrar más de 20 tratamientos de acupuntura por año.	**Dentro de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para los servicios de acupuntura para el dolor lumbar crónico cubiertos por Medicare.

Sus servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Acupuntura para el dolor lumbar crónico (continuación) Se debe interrumpir el tratamiento si el paciente no mejora o tiene un retroceso. Requisitos del proveedor: Los médicos (según se define en 1861 [r][1] de la Ley del Seguro Social [la Ley]) pueden suministrar la acupuntura de conformidad con los requisitos del estado aplicables. Asistentes médicos (PA), practicantes de enfermería (NP)/especialistas en enfermería (CNS) (según se identifica en 1861[aa] [5] de la Ley) y el personal auxiliar pueden proporcionarle la acupuntura si cumple con todos los requisitos estatales vigentes y tiene: • un máster o doctorado en acupuntura o medicina oriental de una escuela acreditada por la Comisión de acreditación de acupuntura y medicina oriental (ACAOM), y	

Sus servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Acupuntura para el dolor lumbar crónico (continuación) • una licencia actual, plena y activa para practicar la acupuntura en un estado, territorio o Commonwealth (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos o el distrito de Columbia. El personal auxiliar que ofrece acupuntura debe estar en el nivel adecuado de supervisión de un médico, PA o NP/CNS requerido por nuestras regulaciones en las secciones 410.26 y 410.27 del Título 42 del CFR.	

Sus servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Servicios de ambulancia Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sea para una situación de emergencia o no, incluyen servicios de ambulancia terrestre y aérea con aeronaves de ala fija o rotatoria hasta el centro apropiado más cercano que puede brindar atención solo si se trata de un miembro cuya condición médica es tal que cualquier otro medio de transporte podría poner en peligro la salud de la persona o si está autorizado por el plan. Si los servicios de ambulancia cubiertos no son para una situación de emergencia, se debe documentar que la afección del miembro es tal que cualquier otro medio de transporte podría poner en peligro la salud de la persona y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario.	**Dentro de la red** No se requiere coseguro ni copago para los servicios de ambulancia cubiertos por Medicare. Se requiere autorización para los servicios de Medicare que no sean de emergencia.

Sus servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
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. Se cubre una vez cada 12 meses. **Nota**: Su primera consulta anual de bienestar no puede realizarse dentro de los 12 meses de su consulta preventiva Bienvenido a Medicare. Sin embargo, no necesita haber realizado una consulta de Bienvenido a Medicare para tener cobertura para las consultas anuales de bienestar después de haber tenido la Parte B por 12 meses.	**Dentro de la red** No hay ningún coseguro, copago o deducible para la consulta anual de bienestar.

Sus servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Medición de la masa ósea Para las personas que reúnan los requisitos (generalmente, personas en riesgo de pérdida de la masa ósea o de osteoporosis), están cubiertos los siguientes servicios cada 24 meses o con mayor frecuencia si se considera médicamente necesario: procedimientos para identificar la masa ósea, para detectar la pérdida ósea o para determinar la calidad ósea, incluida la interpretación de los resultados por parte de un médico.	**Dentro de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para la medición de la masa ósea cubierta por Medicare.

Sus servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Prueba de detección de cáncer de mama (mamografías) Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Una mamografía inicial entre los 35 y 39 años • Una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres mayores de 40 años • Exámenes clínicos de las mamas una vez cada 24 meses	**Dentro de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para mamografías de control cubiertas.

Sus servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Servicios de rehabilitación cardíaca Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicios, educación y asesoramiento están cubiertos para miembros que cumplen con determinadas condiciones con una orden del médico. El plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca que son habitualmente más rigurosos o intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.	**Dentro de la red** No se requiere coseguro ni copago para los servicios de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare. Se requiere autorización.

Sus servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
🍎 **Consulta para disminuir 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 la consulta, el médico debe analizar el uso de la aspirina (si corresponde), controlarle la presión arterial y darle consejos para asegurarse de que usted esté comiendo de manera saludable.	**Dentro de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo para el tratamiento conductual intensivo de enfermedades cardiovasculares.

Sus servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
🍏 **Análisis 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).	**Dentro de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para el análisis de detección de enfermedades cardiovasculares que se cubre una vez cada 5 años.

Sus servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
🍎 **Prueba de detección de cáncer de cuello de útero y de vagina** Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Para todas las mujeres: Pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses. • Si corre alto riesgo de padecer cáncer de cuello de útero o de vagina, o está en edad de procrear y ha obtenido un resultado anormal en una prueba de Papanicolaou dentro de los últimos 3 años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses.	**Dentro de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos preventivos cubiertos por Medicare.

Sus servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Servicios de quiropráctica Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Solo cubrimos la manipulación manual de la columna para corregir una subluxación.	**Dentro de la red** No se requiere coseguro ni copago para los servicios de quiropráctica cubiertos por Medicare.

Sus servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Prueba de detección de cáncer colorrectal Se cubren los siguientes exámenes de detección: • La colonoscopia no tiene límite mínimo o máximo de edad y se cubre una vez cada 120 meses (10 años) para pacientes que no tengan alto riesgo o 48 meses después de una sigmoidoscopia previa para pacientes que no tengan alto riesgo de cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para pacientes con alto riesgo después de una colonoscopia de detección o enema de bario anteriores.	**Dentro de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para una prueba de detección de cáncer colorrectal cubierta por Medicare. Si su médico encuentra y extirpa un pólipo u otro tejido durante la colonoscopia o sigmoidoscopia flexible, el

Sus servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
🍎 **Prueba de detección de cáncer colorrectal (continuación)** • Sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 120 meses para pacientes que no tengan alto riesgo después de que el paciente recibió una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para pacientes de alto riesgo desde la última sigmoidoscopia flexible o enema de bario. • Análisis de sangre oculta en la materia fecal para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 12 meses. • Multidiana de ADN en heces para pacientes de 45 a 85 años que no cumplen con criterios de alto riesgo. Se cubre una vez cada 3 años. • Pruebas de biomarcadores sanguíneos para pacientes de 45 a 85 años que no cumplen con criterios de alto riesgo. Se cubre una vez cada 3 años.	examen de detección se convierte en un examen de diagnóstico. No hay coseguro ni copago por un enema de bario preventivo cubierto por Medicare.

Sus servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
🍎 **Prueba de detección de cáncer colorrectal (continuación)** • Enema de bario como alternativa a la colonoscopia para pacientes con alto riesgo y luego de 24 meses desde el último enema de bario para la detección o la última colonoscopia de detección. • Enema de bario como alternativa a la sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años o más que no tengan alto riesgo. Una vez al menos 48 meses después del último enema de bario de detección o sigmoidoscopia flexible. Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de seguimiento después de que una prueba de detección de cáncer colorrectal no invasiva cubierta por Medicare devuelva un resultado positivo.	

Sus servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Servicios dentales En general, los servicios dentales preventivos (como limpiezas, exámenes de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Original Medicare. Sin embargo, Medicare paga actualmente los servicios dentales en una serie limitada de circunstancias, específicamente cuando dicho servicio es parte integral del tratamiento específico de una condición médica primaria del beneficiario. Algunos ejemplos incluyen la reconstrucción de la mandíbula después de la fractura o lesión, las extracciones de dientes realizadas en la preparación para el tratamiento de radiación para el cáncer que implican el trasplante de mandíbula o exámenes bucales anteriores al trasplante de riñón. Además, cubrimos lo siguiente:	**Servicios dentales integrales** **Dentro de la red** No se requiere coseguro ni copago para los servicios dentales integrales cubiertos por Medicare.

Sus servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Servicios dentales (continuación) Servicios odontológicos preventivos complementarios: • Exámenes bucales Servicios dentales integrales complementarios: • Servicios de restauración • Prostodoncia, otra cirugía bucal/maxilofacial, otros servicios	Medicare pagará solo determinados servicios dentales integrales que usted reciba mientras está en el hospital. Medicare también pagará estadías en el hospital si necesita un procedimiento de emergencia o procedimiento dental complicado.

Sus servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Servicios dentales (continuación)	**Servicios Dentales preventivos complementarios: Servicios dentro de la red y fuera de la red combinados** La cobertura de servicios dentales preventivos complementarios se limita a determinados códigos de servicio de las categorías que figuran a continuación. Los servicios son combinados dentro y fuera de la red.

Sus servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Servicios dentales (continuación)	No se requiere coseguro, copago ni deducible para lo siguiente: • Exámenes bucales limitados: 1 cada 6 meses

Sus servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Servicios dentales (continuación)	**Servicios dentales integrales complementarios** **Servicios dentro de la red y fuera de la red combinados** No se requiere coseguro, copago ni deducible para lo siguiente: La cobertura de servicios dentales integrales complementarios se limita a determinados códigos de servicio seleccionados de las categorías que figuran a continuación.

Sus servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Servicios dentales (continuación)	La frecuencia de los beneficios puede estar limitada según las pautas de la ADA a 1 servicio por diente/por arco/por cuadrante. <u>Servicios de restauración</u> Determinados códigos de restauración únicamente a un copago de $0, 1 cada 60 meses, por diente.

Sus servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Servicios dentales (continuación)	Servicios de prostodoncia Algunos códigos de pónticos en dentadura postiza parcial fija solo a un copago de $0/1 cada 60 meses, por diente. Algunos códigos de coronas para retenedores en dentaduras postizas parciales fijas por arco solo a un copago de $0, 1 cada 60 meses, por diente.

Sus servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Servicios dentales (continuación)	Para obtener más información sobre qué servicios están cubiertos, póngase en contacto con Servicios para los Miembros.
Prueba de detección de depresión Cubrimos un examen de detección de depresión por año. La prueba de detección debe realizarse en un establecimiento de atención primaria que pueda brindar remisiones y tratamiento de seguimiento.	**Dentro de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para consultas anuales de pruebas de detección de depresión.

Sus servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Prueba de detección de diabetes Cubrimos esta prueba (incluidas pruebas rápidas de glucosa) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), niveles históricos anormales de triglicéridos y colesterol (dislipidemia), obesidad o historial de niveles elevados de azúcar en sangre (glucosa). Es posible que también se cubran los exámenes si cumple con otros requisitos; por ejemplo, sobrepeso y antecedentes familiares de diabetes. De acuerdo con los resultados de estos exámenes, es posible que califique para un mínimo de dos exámenes de detección de diabetes cada 12 meses.	**Dentro de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.

Sus servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
🍎 **Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para pacientes diabéticos** Para todas las personas que tienen diabetes (que usen insulina o no). Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Suministros para controlar la glucosa en sangre: control de glucosa en sangre, tiras reactivas de glucosa en sangre, dispositivos para lancetas y lancetas, soluciones para el control de la glucosa para verificar la exactitud de las tiras reactivas y los controles.	**Dentro de la red** No se requiere coseguro ni copago para la capacitación para el autocontrol de la diabetes, los servicios o suministros para pacientes diabéticos cubiertos por Medicare.

Sus servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
🍎 **Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para pacientes diabéticos (continuación)** • Para las personas con diabetes que tienen la enfermedad de pie diabético grave: un par de zapatos terapéuticos a medida por año calendario (con los zapatos se incluyen las plantillas ortopédicas) y dos pares extra de plantillas ortopédicas, o un par de zapatos profundos y tres pares de plantillas ortopédicas (con los zapatos no se incluyen las plantillas ortopédicas extraíbles que no están hechas a medida). La cobertura incluye la adaptación. • La capacitación para el autocontrol de la diabetes está cubierta en ciertas condiciones.	Las tiras reactivas para la diabetes y los medidores de glucosa en sangre están limitados a determinados fabricantes: Abbott Diabetes Care y Ascensia Diabetes Care.

Sus servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados (En la sección 7 del capítulo 12 y el capítulo 3 de este documento hay una definición de equipo médico duradero). Los artículos cubiertos incluyen, entre otros: sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, camas de hospital solicitadas por un proveedor para uso en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores de habla, equipos de oxígeno, nebulizadores y andadores. Cubrimos todo DME que sea médicamente necesario cubierto por Original Medicare. Si nuestro proveedor en su área no trabaja una marca o fabricante en particular, puede solicitarle que le realice un pedido especial para usted. También puede acceder a la lista más actualizada de proveedores en nuestro sitio web: www.elderplan.org.	**Dentro de la red** No se requiere coseguro ni copago para el equipo médico duradero (DME) y los suministros relacionados cubiertos por Medicare. La autorización solo se requiere para ciertos artículos que son similares, pero no están limitados a equipos o artículos de alto costo, motorizados y personalizados.

Sus servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados (continuación)	No se requiere coseguro ni copago para el equipo de oxígeno, los suministros y el mantenimiento cubiertos por Medicare y Medicaid. Sus costos compartidos no cambiarán luego de estar inscrito durante 36 meses.

Sus servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Atención de emergencia La atención de emergencia hace referencia a los servicios que cumplen con las siguientes características: • Ofrezca un proveedor calificado para suministrar servicios de emergencia • Sean necesarios para evaluar o estabilizar una afección médica 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 atención médica inmediata para evitar que pierda la vida (y, si usted es una mujer embarazada, la pérdida de un niño no nacido), un miembro o la función de un miembro. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una condición médica que empeore rápidamente.	No se requiere coseguro ni copago para la 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 situación de emergencia se estabilice, usted debe regresar a un hospital dentro de

Sus servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Atención de emergencia (continuación) Los costos compartidos para los servicios de emergencia necesarios que se brindan fuera de la red son los mismos que para los mismos servicios que se brindan dentro de la red. **Cobertura internacional de servicios de emergencia/transporte de emergencia/cobertura de urgencia** No se requiere copago ni coseguro para la cobertura internacional de servicios de emergencia/transporte de emergencia/cobertura de urgencia (el monto de beneficio máximo es de $50,000).	la red para que se siga cubriendo su atención, *O bien* si debe recibir atención para pacientes internados en un hospital fuera de la red que el plan autorice, el costo que le corresponde pagar es el mismo costo compartido que debería pagar en un hospital de la red.

Sus servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Tarjeta flex	No se requiere coseguro ni copago para la tarjeta flex. Usted recibirá una asignación de $500 para usar en 2024 en concepto de costos dentales, de la vista, auditivos o servicios de acondicionamiento físico. Cualquier beneficio que no se use en dólares vence al final del año calendario o si cancela su inscripción en el plan.

Sus servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Programas educativos sobre salud y bienestar Programa de entrenamiento de la memoria de BrainHQ® Los miembros tendrán acceso a un programa de entrenamiento de la memoria en línea para mejorar la función cerebral mediante juegos, crucigramas y otros ejercicios divertidos. Para registrarse, visite elderplan.brainhq.com. El número gratuito de BrainHQ® es 888-496-1675 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y está disponible de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 9:00 p.m.	**Dentro de la red** No se requiere coseguro ni copago para BrainHQ®.

Sus servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Servicios auditivos	
Servicios auditivos cubiertos por Medicare: Las evaluaciones auditivas de diagnóstico y las relacionadas con el equilibrio realizadas por su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico se cubren como atención para pacientes externos cuando las realiza un médico, un audiólogo u otro proveedor calificado.	**Dentro de la red** No se requiere coseguro ni copago para exámenes auditivos de diagnóstico cubiertos por Medicare.

Sus servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Servicios auditivos (continuación) **Servicios auditivos que no cubre Medicare (una vez cada tres años):** • Audífonos, incluidos todos los tipos	No se requiere coseguro ni copago para audífonos (todos los tipos) una vez cada tres años. La cobertura de audífonos (todos los tipos) es de hasta $1,300 para ambos oídos combinados cada 3 años. Se requiere de autorización de un médico o especialista.

Sus servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Prueba de detección del VIH Para las personas que solicitan un examen de detección o que tienen alto riesgo de infectarse con el VIH, cubriremos lo siguiente: • Una prueba de detección cada 12 meses. Para las mujeres embarazadas cubriremos lo siguiente: • Hasta tres exámenes de detección durante un embarazo	**Dentro de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para miembros elegibles para pruebas de detección de VIH preventivas cubiertas por Medicare.

Sus servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Atención médica en el hogar Antes de recibir los servicios de atención médica a domicilio, un médico debe certificar que usted necesita estos servicios y solicitará que una agencia de atención médica a domicilio le brinde estos servicios. El requisito es que usted no pueda salir de su hogar, lo que significa que hacerlo implica un gran esfuerzo. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios de enfermería especializada o de auxiliar de atención de la salud en el hogar en forma intermitente o de medio tiempo (se cubrirán en función del beneficio de atención médica a domicilio; los servicios de enfermería especializada y de atención médica a domicilio combinados deben totalizar menos de 8 horas por día y 35 horas por semana).	**Dentro de la red** No se requiere coseguro ni copago para los servicios brindados por agencias de atención de la salud en el hogar cubiertos por Medicare. Se requiere autorización.

Sus servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Atención médica en el hogar (continuación) • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Servicios médicos y sociales • Equipos y suministros médicos	

Sus servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Terapia de infusión intravenosa en el hogar La terapia de infusión intravenosa en el hogar implica la aplicación intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a una persona en su hogar. Los componentes necesarios para realizar la infusión intravenosa en el hogar incluyen el medicamento (por ejemplo, antivirales, inmunoglobulina), equipos (por ejemplo, una bomba) y suministros (por ejemplo, tubos y catéteres). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios de profesionales, incluidos los servicios de enfermería, provistos de acuerdo con el plan de atención. • Capacitación y educación para pacientes no cubiertas de otra forma por el beneficio de equipo médico duradero. • Monitoreo remoto.	**Dentro de la red** No se requiere coseguro ni copago para la terapia de infusión intravenosa en el hogar cubierta por Medicare:

Sus servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Terapia de infusión intravenosa en el hogar (continuación) • Servicios de monitoreo para la terapia de infusión intravenosa en el hogar e infusión de medicamentos suministrada por un proveedor calificado de terapia de infusión intravenosa en el hogar.	• Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare. Algunos medicamentos con receta de la Parte B de Medicare pueden estar sujetos a requisitos de tratamiento escalonado. Es posible que se requiera autorización para ciertos medicamentos.

Sus servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Terapia de infusión intravenosa en el hogar (continuación)	• Equipo médico duradero y suministros relacionados. La autorización solo se requiere para ciertos artículos que son similares, pero no están limitados a equipos o artículos de alto costo, motorizados y personalizados. • Suministros médicos. Se requiere autorización.

Sus servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Terapia de infusión intravenosa en el hogar (continuación)	• Servicios de agencias de atención médica en el hogar. Se requiere autorización. **Dentro y fuera de la red** No se requiere coseguro ni copago para la terapia de infusión intravenosa en el hogar cubierta por Medicare: • Consultas a un especialista.

Sus servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Terapia de infusión intravenosa en el hogar (continuación)	• Otros profesionales de atención médica. Solo se requiere autorización para las consultas en el hogar facturadas por un enfermero practicante o un auxiliar médico directamente.

Sus servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Atención en un hospicio Usted es elegible para el beneficio de hospicio cuando su médico y el director médico del hospicio le hayan dado un diagnóstico terminal que certifique que tiene una enfermedad terminal y 6 meses o menos de vida si su enfermedad sigue su curso normal. Es posible que reciba atención a través de un programa de hospicio certificado por Medicare. Su plan está obligado a ayudarlo a encontrar programas de hospicio certificados por Medicare en el área de servicio del plan, incluidos los que la organización MA posee, controla o en los que tiene un interés financiero. El médico del hospicio puede ser un proveedor de la red o fuera de la red.	Cuando se inscribe en un programa de hospicio certificado por Medicare, a los servicios de hospicio y los servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su diagnóstico terminal los paga Original Medicare, y no Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP).

Sus servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Atención en un hospicio (continuación) Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Medicamentos para el control de síntomas y alivio del dolor • Cuidado de relevo a corto plazo • Atención en el hogar Para los servicios de hospicio y para los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que se relacionan con su diagnóstico de enfermedad terminal: Original Medicare (en lugar de nuestro plan) pagará a su proveedor del hospicio por los servicios relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal. Mientras esté en el programa de hospicio, el proveedor del hospicio facturará a Original Medicare por los servicios que Original Medicare cubra. Se le facturará el costo compartido de Original Medicare.	Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP) pagará una única consulta por asesoramiento antes de que elija el hospicio.

Sus servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Atención en un hospicio (continuación) Para los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare que no se relacionen con su diagnóstico de enfermedad terminal: Si necesita servicios que no sean de emergencia ni de urgencia que estén cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que no estén relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal, el costo de estos servicios depende de si usted utiliza un proveedor de la red de nuestro plan y sigue las normas del plan (como si hay un requisito para obtener autorización previa). • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red y sigue las normas del plan para obtener el servicio, solo paga el monto del costo compartido del plan para los servicios dentro de la red.	

Sus servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Atención en un hospicio (continuación) • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, usted paga el costo compartido según el pago por servicio de Medicare (Medicare Original). Para los servicios cubiertos por Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP), pero que no están cubiertos por las Partes A o B de Medicare: Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP) seguirá cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no estén cubiertos por la Parte A o la Parte B, independientemente de si están relacionados o no con su diagnóstico de enfermedad terminal. Usted paga el monto del costo compartido de su plan por estos servicios.	

Sus servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Atención en un hospicio (continuación) Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por los beneficios de la Parte D del plan: Si estos medicamentos no están relacionados con su afección en un hospicio terminal, usted paga el costo compartido. Si están relacionados con su afección terminal de hospicio, usted paga el costo compartido de Original Medicare. Los medicamentos nunca están cubiertos por el hospicio y nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte la Sección 9.4 del Capítulo 5 (*¿Qué sucede si se encuentra en un hospicio certificado por Medicare?*)	

Sus servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Atención en un hospicio (continuación) **Nota:** si necesita atención no relacionada con un hospicio (atención que no está relacionado con su diagnóstico de enfermedad terminal), debe comunicarse con nosotros para coordinar los servicios. Nuestro plan cubre servicios de consulta de hospicios (solo una vez) para una persona con una enfermedad terminal que no haya elegido el beneficio de hospicios.	

Sus servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Inmunizaciones Los servicios de la Parte B cubiertos por Medicare incluyen los siguientes: • Vacuna contra la neumonía • Vacunas contra la gripe, una vez por temporada de gripe en otoño e invierno, con vacunas contra la gripe adicionales si son médicamente necesarias • Vacuna contra la hepatitis B si tiene un riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B • Vacuna contra la COVID-19 • Otras vacunas si está en riesgo y cumplen con las normas de cobertura de la Parte B de Medicare También cubrimos algunas vacunas según nuestro beneficio de medicamentos con receta de la Parte D.	**Dentro de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, la gripe y la hepatitis B, ni para la vacuna contra la COVID-19.

Sus servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Atención para pacientes internados en un hospital Incluye cuidados agudos para pacientes internados, rehabilitación para pacientes internados, servicios hospitalarios de atención a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes internados. La atención para pacientes internados en un hospital comienza el día en que formalmente ingresa al hospital con una orden del médico. El día antes de recibir el alta es su último día como paciente internado. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario) • Comidas, incluidas las dietas especiales • Servicios de enfermería habitual	**Dentro de la red** No hay coseguro ni copago por la atención para pacientes internados en un hospital cubierta por Medicare ni por los servicios que recibe de los médicos y otros proveedores mientras usted es un paciente internado. Se requiere autorización.

Sus servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Atención para pacientes internados en un hospital (continuación) • Costos de las unidades de atención especial (por ejemplo, unidades de atención intensiva o coronaria) • Drogas y medicamentos • Exámenes de laboratorio • Radiografías y otros servicios de radiología • Suministros quirúrgicos y médicos necesarios • Uso de dispositivos de apoyo, como sillas de ruedas • Costos de la sala de operaciones y de la sala de recuperación • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla o del lenguaje • Servicios de abuso de sustancias para pacientes internados	Nuestro plan cubre 90 días de hospitalización. Además, cubre 60 “días de reserva de por vida”. Estos son días “adicionales” que cubrimos. Si su hospitalización dura más de 90 días, puede usar estos días adicionales. Una vez utilizados estos 60 días adicionales, la cobertura hospitalaria para pacientes internados estará limitada a 90 días.

Sus servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Atención para pacientes internados en un hospital (continuación)	Un período de beneficios comienza el primer día en que usted es internado en un hospital para pacientes internados o centro de enfermería especializada cubiertos por Medicare. El período de beneficios termina cuando se cumplen 60 días consecutivos desde que salió de un hospital o de un SNF. Si va al hospital (o SNF)

Sus servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Atención para pacientes internados en un hospital (continuación)	después de que ha finalizado un período de beneficios, comenzará un nuevo período de beneficios. No hay límite en la cantidad de períodos de beneficios que puede tener.

Sus servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Atención hospitalaria para pacientes internados (continuación)	
• 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, coordinaremos para que uno de los centros de trasplantes aprobados por Medicare revise su caso y decida si usted es un candidato para un trasplante. Los proveedores pueden ser locales o fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de trasplante de la red se encuentran fuera de los patrones comunitarios de atención, puede elegir recibir sus servicios localmente, siempre y cuando los proveedores locales de trasplante estén dispuestos a aceptar la tarifa de Original Medicare.	Si obtiene atención autorizada para pacientes internados en un hospital fuera de la red una vez que se ha estabilizado la afección que causó la emergencia, el costo que le corresponde pagar es el costo compartido que debería pagar en un hospital de la red.

Sus servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Atención hospitalaria para pacientes internados (continuación)	
Si Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP) brinda servicios de trasplante en un centro fuera de sus patrones comunitarios de atención para trasplantes y usted elige recibir el trasplante en este centro alejado, coordinaremos o pagaremos los costos de alojamiento y transporte correspondientes para usted y un acompañante.	

Sus servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Atención hospitalaria para pacientes internados (continuación) • Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre total y de concentrado de glóbulos rojos comienza a partir de la cuarta pinta de sangre que usted necesite; debe pagar por las 3 primeras pintas de sangre que reciba en un año calendario o donar la sangre usted mismo, o pedirle a alguien más que done. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta de sangre utilizada. • Servicios médicos	

Sus servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Atención hospitalaria para pacientes internados (continuación) **Nota:** para ser paciente internado, el proveedor debe hacer una orden por escrito para que lo ingresen de manera formal como paciente internado en el hospital. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente externo. Si no está seguro si es paciente internado o externo, pregúntele al personal del hospital.	

Sus servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Atención hospitalaria para pacientes internados (continuación) También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada *¿Está usted internado o es un paciente externo? Si tiene Medicare, ¡consulte!* Esta hoja de datos se encuentra disponible en línea en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números en forma gratuita, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.	

Sus servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico Los servicios cubiertos incluyen servicios de atención de salud mental que requieren hospitalización. • Tiene cobertura por hasta 190 días de servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico independiente de por vida. • No hay límite en cuanto a la cantidad de períodos de beneficios que usted puede tener cuando recibe atención de salud mental en un hospital general. También puede tener múltiples períodos de beneficios cuando recibe atención en un hospital psiquiátrico.	**Dentro de la red** No hay coseguro ni copago por la atención de la salud mental para pacientes internados cubierta por Medicare ni por los servicios que recibe de los médicos y otros proveedores mientras usted es un paciente internado. Se requiere autorización.

Sus servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico (continuación) • Como miembro de doble elegibilidad, están cubiertos todos los servicios de salud mental para pacientes internados, incluidos ingresos voluntarios o involuntarios para recibir servicios de salud mental que superen el límite de 190 días de Medicare.	Nuestro plan cubre hasta 90 días de hospitalización médica necesaria por cada período de beneficios. Además, cubre hasta 60 días adicionales de reserva de por vida. Se otorgan 90 días para cada período de beneficios, pero los 60 días de reserva de por vida se pueden usar solo una vez durante la vida del beneficiario para la atención

Sus servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico (continuación)	brindada en un hospital de cuidados agudos o en un hospital psiquiátrico. Nuestro plan cubre hasta 40 días adicionales en un hospital psiquiátrico. Los 40 días adicionales en un hospital psiquiátrico se ofrecen una vez durante la vida del beneficiario. El pago no puede hacerse por más de un total de

Sus servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico (continuación)	190 días de atención psiquiátrica para pacientes internados en un hospital psiquiátrico independiente durante la vida del paciente.

Sus servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico (continuación)	Un período de beneficios comienza el día que un beneficiario ingresa como paciente internado en el hospital o SNF. El período de beneficios finaliza cuando el beneficiario no haya recibido atención para pacientes internados en un hospital (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos.

Sus servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico (continuación)	Si a un beneficiario lo internan en un hospital o en un centro de enfermería especializada después de que un período de beneficios ha terminado, comenzará un período de beneficios nuevo. No hay límite en cuanto a la cantidad de períodos de beneficios.

Sus servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Hospitalización de pacientes internados: servicios cubiertos que se reciben en un hospital o un SNF durante una hospitalización no cubierta Si ha agotado sus beneficios como paciente internado o si la hospitalización no es razonable y necesaria, no cubriremos su hospitalización. Sin embargo, en algunos casos, cubriremos ciertos servicios que reciba mientras esté en el hospital o centro de enfermería especializada (SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:	No hay coseguro ni copago por la atención para pacientes internados en un hospital cubierta por Medicare ni por los servicios que recibe de los médicos y otros proveedores durante una hospitalización no cubierta.
• Servicios médicos • Exámenes de diagnóstico (como análisis de laboratorio) • Tratamiento con radiografías, radio e isótopos, incluidos los servicios y materiales de los técnicos • Vendajes quirúrgicos	Dispositivo protésico o suministro médico. Se requiere autorización.

Sus servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Hospitalización de pacientes internados: servicios cubiertos que se reciben en un hospital o un SNF durante una hospitalización no cubierta (continuación) • Tablillas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir las fracturas y dislocaciones • Prótesis y dispositivos ortopédicos (aparte de los dentales) que reemplacen todo o parte de un órgano interno del cuerpo (incluido el tejido contiguo) o toda o parte de la función de un órgano interno del cuerpo que no funcione o funcione mal permanentemente, incluido el reemplazo o las reparaciones de dichos dispositivos	Servicios de terapia ocupacional, fisioterapia o patología del habla/lenguaje. Se requiere autorización. Servicios de radiología de diagnóstico.

Sus servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Hospitalización de pacientes internados: servicios cubiertos que se reciben en un hospital o un SNF durante una hospitalización no cubierta (continuación) • Soportes para piernas, brazos, espalda y cuello; bragueros y piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos ajustes, reparaciones y reemplazos necesarios debidos a la rotura, al desgaste, a la pérdida o a un cambio en el estado físico del paciente • Fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional	Se requiere autorización SOLO para tomografías por emisión de positrones (PET), imágenes por resonancia magnética (MRI), angiografías por resonancia magnética (MRA) y tomografías computarizadas (CT).

Sus servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Tratamiento médico nutricional Este beneficio es para las personas con diabetes o enfermedad renal (del riñón) (pero no con tratamiento de diálisis), o después de un trasplante cuando el médico así lo indique. Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento individual durante el primer año que recibe los servicios de terapia nutricional clínica en virtud de Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier plan Medicare Advantage u Medicare Original) y 2 horas cada año, después de este. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambia, es posible que usted reciba más horas de tratamiento, con la orden de un médico. El médico debe recetar estos servicios y renovar la orden todos los años, en caso de que su tratamiento sea necesario el siguiente año calendario.	**Dentro de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para miembros elegibles para servicios de tratamiento médico nutricional cubiertos por Medicare.

Sus servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP) Los servicios de MDPP (Programa de prevención de la diabetes de Medicare) estarán cubiertos para los beneficiarios elegibles de Medicare en todos los planes de salud de Medicare. El MDPP es una intervención estructurada para el cambio conductual de la salud que proporciona capacitación práctica en cambios alimenticios a largo plazo, aumento de la actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar desafíos con el fin de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.	**Dentro de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio MDPP.

Sus servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Medicamentos con receta 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 los siguientes: • Medicamentos que no suelen ser administrados por el paciente mismo y que se deben inyectar mientras recibe servicios médicos, pacientes externos o servicios en un centro quirúrgico ambulatorio • Insulina suministrada a través de un elemento de equipo médico duradero (por ejemplo, una bomba de insulina médicamente necesaria) • Otros medicamentos que se administran con equipo médico duradero (por ejemplo, nebulizadores) autorizados por el plan.	**Dentro de la red** No se requiere coseguro ni copago para medicamentos con receta de la Parte B de Medicare. Usted paga hasta $35 por los medicamentos con insulina de la Parte B de Medicare.

Sus servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare (continuación) • Factores de la coagulación que se aplica usted mismo mediante una inyección si tiene hemofilia. • Medicamentos inmunosupresores si estaba inscrito en la Parte A de Medicare cuando se le trasplantó el órgano. • Medicamentos inyectables para la osteoporosis si usted no puede salir de su casa, tiene una fractura ósea que el médico confirma que se relacionó con la osteoporosis posmenopáusica y no puede administrarse usted mismo el medicamento. • Antígenos	Algunos medicamentos con receta de la Parte B de Medicare pueden estar sujetos a requisitos de tratamiento escalonado. Es posible que se requiera autorización para ciertos medicamentos.

Sus servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare (continuación) • Determinados medicamentos para diálisis en el hogar, incluidos heparina, el antídoto para la heparina (cuando sea médicamente necesario), anestésicos tópicos y fármacos estimuladores de la eritropoyesis (por ejemplo, Procrit y® Epoetin Alfa) • Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento a domicilio de deficiencias inmunitarias primarias El siguiente enlace lo llevará a una lista de medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos a tratamiento escalonado*: https://www.elderplan.org/prescription-drugs/. * La lista se encuentra en la Lista de tratamiento escalonado en la sección Administración de utilización.	

Sus servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare (continuación) También cubrimos algunas vacunas según nuestro beneficio de medicamentos con receta de la Parte B y la Parte D. El Capítulo 5 explica el beneficio de los medicamentos recetadas de la Parte D, por ejemplo, las normas que usted debe cumplir para que se cubran las recetas. En el Capítulo 6 se explica lo que paga por los medicamentos con receta de la Parte D a través de nuestro plan.	

Sus servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
🍏 **Prueba de detección de la obesidad y tratamiento para promover la pérdida de peso sostenida** Si tiene un índice de masa corporal mayor a 30, cubriremos asesoramiento intensivo para ayudarlo a bajar de peso. Este asesoramiento está cubierto si lo obtiene en un centro de atención primaria, donde se puede coordinar con su plan de prevención integral. Hable con su médico de atención primaria para obtener más información.	**Dentro de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para pruebas de detección de obesidad y tratamientos preventivos.

Sus servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Servicios de tratamiento para dejar los opioides Los miembros de nuestro plan con trastornos por el uso de opioides (OUD) pueden recibir cobertura de servicios para tratar los OUD mediante un tratamiento para dejar los opioides (OTP) que incluye los siguientes servicios: • Medicamentos del tratamiento asistido por medicamentos (MAT) agonistas y antagonistas para dejar los opioides aprobados por la FDA de los EE. UU. • Suministro y administración de medicamentos del MAT (si corresponde). • Asesoramiento sobre el abuso de sustancias • Terapia grupal e individual • Pruebas de toxicología • Actividades sobre el consumo • Evaluaciones periódicas	**Dentro de la red** No se requiere coseguro ni copago para los servicios del programa de tratamiento para dejar los opioides cubiertos por Medicare.

Sus servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Exámenes de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Radiografías • Terapia de radiación (radio e isótopos), incluidos los materiales y servicios de técnicos • Suministros quirúrgicos, como vendajes • Tablillas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir las fracturas y dislocaciones • Exámenes de laboratorio	**Dentro de la red** No se requiere coseguro ni copago para las pruebas de diagnóstico, los servicios y los suministros terapéuticos para pacientes externos cubiertos por Medicare. Dispositivo protésico o suministro médico. Se requiere autorización.

Sus servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Exámenes de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos (continuación) • Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre total y de concentrado de glóbulos rojos comienza a partir de la cuarta pinta de sangre que usted necesite; debe pagar por las 3 primeras pintas de sangre que reciba en un año calendario o donar la sangre usted mismo, o pedirle a alguien más que done. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta de sangre utilizada. Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP) cubre las primeras tres pintas de sangre sin costo para usted en un entorno para pacientes externos.	Servicios de radiología de diagnóstico. Se requiere autorización SOLO para tomografías por emisión de positrones (PET), imágenes por resonancia magnética (MRI), angiografías por resonancia magnética (MRA) y tomografías computarizadas (CT).

Sus servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Exámenes de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos (continuación) • Otros exámenes de diagnóstico para pacientes externos	**Dentro y fuera de la red** No se requiere coseguro ni copago para los servicios de terapia ocupacional, fisioterapia y/o patología del habla y el lenguaje cubiertos por Medicare. Se requiere autorización.

Sus servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Observación hospitalaria para pacientes externos Los servicios de observación son servicios hospitalarios para pacientes externos que se ofrecen para determinar si necesita ingresar al hospital como paciente internado o puede ser dado de alta. Para que los servicios hospitalarios de observación para pacientes externos estén cubiertos, deben cumplir con los criterios de Medicare y ser considerados razonables y necesarios. Los servicios de observación solo se cubren cuando los solicita un médico u otra persona autorizada por las leyes de certificación del estado y los estatutos del personal del hospital para ingresar pacientes en el hospital o solicitar pruebas para pacientes externos.	**Dentro de la red** No se requiere coseguro ni copago para servicios hospitalarios de observación para pacientes externos cubiertos por Medicare.

Sus servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Observación hospitalaria para pacientes externos (continuación) **Nota:** a menos que el proveedor haya dejado por escrito una orden de admisión como paciente internado, usted es un paciente externo y paga los montos del costo compartido por servicios hospitalarios para pacientes externos. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente externo. Si no está seguro si es un paciente externo, pregúntele al personal del hospital.	

Sus servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Observación hospitalaria para pacientes externos (continuación) También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada *¿Está usted internado o es un paciente externo? Si tiene Medicare, ¡consulte!* Esta hoja de datos se encuentra disponible en línea en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números en forma gratuita, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.	

Sus servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Servicios hospitalarios para pacientes externos Cubrimos servicios médicamente necesarios que se le hayan brindado en el departamento de pacientes externos de un hospital para el diagnóstico y el 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 • Exámenes de laboratorio y diagnóstico facturados por el hospital • Atención de salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que sería necesario el tratamiento como paciente internado sin dicho programa	**Dentro de la red** No se requiere coseguro ni copago para los siguientes servicios cubiertos por Medicare: • Servicios hospitalarios para pacientes externos. • Servicios de hospitalización parcial. Se requiere autorización.

Sus servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Servicios hospitalarios para pacientes externos (continuación) • Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital • Suministros médicos, como tablillas y yesos • Ciertos medicamentos y productos biológicos que no puede administrarse por sí mismo **Nota:** a menos que el proveedor haya dejado por escrito una orden de admisión como paciente internado, usted es un paciente externo y paga los montos del costo compartido por servicios hospitalarios para pacientes externos. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente externo. Si no está seguro si es un paciente externo, pregúntele al personal del hospital.	• Servicios de laboratorio y pruebas o procedimientos de diagnóstico para pacientes externos.

Sus servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Servicios hospitalarios para pacientes externos (continuación) También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada *¿Está usted internado o es un paciente externo? Si tiene Medicare, ¡consulte!* Esta hoja de datos se encuentra disponible en línea en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números en forma gratuita, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.	• Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare. Algunos medicamentos con receta de la Parte B de Medicare pueden estar sujetos a requisitos de tratamiento escalonado. Es posible que se requiera autorización para ciertos medicamentos.

Sus servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Servicios hospitalarios para pacientes externos (continuación)	• Servicios de radiografías • Servicios de radiología terapéuticos para pacientes externos • Servicios de radiología de diagnóstico para pacientes externos. Se requiere autorización SOLO para tomografías por emisión de positrones (PET), resonancia magnética

Sus servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Servicios hospitalarios para pacientes externos (continuación)	**Dentro y fuera de la red** No se requiere coseguro ni copago para los servicios de terapia ocupacional, fisioterapia y/o patología del habla y el lenguaje cubiertos por Medicare. Se requiere autorización.

Sus servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
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, un psicólogo clínico, un trabajador social clínico, un especialista en enfermería clínica, un consejero profesional licenciado (LPC), un terapeuta de familia y matrimonio licenciado (LMFT), un enfermero practicante (NP), un auxiliar médico (PA) u otro profesional de atención de salud mental calificado según Medicare, de conformidad con lo permitido por la legislación estatal aplicable.	**Dentro de la red** No se requiere coseguro ni copago para las sesiones individuales o grupales de servicios especializados de salud mental y servicios de psiquiatría para pacientes externos cubiertos por Medicare.

Sus servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
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 se brindan en diversos entornos para pacientes externos, como departamentos de un hospital para pacientes externos, consultorios de terapeutas independientes y Centros de Rehabilitación Integral para Pacientes Externos (CORF).	**Dentro y fuera de la red** No se requiere coseguro ni copago para terapia ocupacional, fisioterapia y terapia del habla/lenguaje cubiertas por Medicare por consulta. Se requiere autorización.

Sus servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Servicios por abuso de sustancias para pacientes externos Estos programas ofrecen tratamiento por abuso de sustancias de manera ambulatoria, en entornos individuales y grupales.	**Dentro de la red** No se requiere coseguro ni copago para los servicios por abuso de sustancias para pacientes externos cubiertos por Medicare.

Sus servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Cirugía para pacientes externos, incluidos los servicios brindados en centros hospitalarios para pacientes externos y centros quirúrgicos ambulatorios **Nota:** Si se va a realizar una cirugía en un centro hospitalario, debe consultar a su proveedor si será como 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 como paciente externo. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente externo.	**Dentro de la red** No se requiere coseguro ni copago para cirugías para pacientes externos en un hospital para pacientes externos o centro quirúrgico ambulatorio cubiertas por Medicare.

Sus servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Productos de venta libre (OTC) Los miembros reciben una tarjeta de productos de venta libre (OTC) con un monto máximo mensual proporcionado por Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP) para comprar productos de OTC elegibles. El beneficio de OTC se debe usar durante el mes. El saldo restante de la tarjeta de OTC no se puede transferir al siguiente mes.	Puede comprar productos de OTC elegibles por un total de hasta $270 por mes. El saldo de la tarjeta de OTC no se puede transferir al siguiente mes.

Sus servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Productos de venta libre (OTC) (continuación) La tarjeta de productos de venta libre no es una tarjeta de débito ni crédito y no se puede canjear por efectivo, ni se puede usar para comprar medicamentos con receta cubiertos por la Parte B o D. Otros beneficios de OTC: • La terapia de reemplazo de nicotina (NRT) que se ofrece no duplica ningún medicamento de OTC de la Parte D ni del formulario.	Para los miembros elegibles, el beneficio de productos de venta libre (OTC) se combina con los Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (SSBCI). Consulte la sección de Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas para obtener más información.

Sus servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Productos de venta libre (OTC) (continuación)	El beneficio de OTC cubre pruebas de COVID 19 y el spray nasal Naloxona en algunas farmacias y/o comercios minoristas.

Sus servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Servicios de hospitalización parcial y servicios intensivos para pacientes externos La hospitalización parcial es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo, suministrado como servicio hospitalario para pacientes externos o por un centro comunitario de salud mental, que es más intenso que la atención recibida en el consultorio del médico o terapeuta y es una alternativa a la hospitalización. El servicio intensivo para pacientes externos es un programa estructurado de tratamiento de terapia conductual (mental) activo que se brinda en un departamento de pacientes externos de un hospital, un centro de salud mental comunitario, un centro de salud federal calificado o una clínica de salud rural. Este tratamiento es más intenso que la atención que recibe en el consultorio de su médico o terapeuta, pero menos intenso que la hospitalización parcial.	**Dentro de la red** No se requiere coseguro ni copago para los servicios de hospitalización parcial cubiertos por Medicare. Se requiere autorización.

Sus servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Servicios médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Servicios quirúrgicos o de atención médica necesarios llevados a cabo en un consultorio médico, centro quirúrgico ambulatorio certificado, departamento para pacientes externos de un hospital o cualquier otra ubicación. • Consulta, diagnóstico y tratamiento por parte de un especialista. • Exámenes básicos auditivos y relacionados con el equilibrio realizados por el PCP *O bien* especialista, si el médico así lo indica para determinar si usted necesita tratamiento médico.	**Dentro de la red** No se requiere coseguro ni copago por visita para recibir los siguientes servicios: • Servicios de proveedores de atención primaria (PCP).

Sus servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios

Servicios médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico (continuación)
• Controles virtuales (por ejemplo, por teléfono o videollamada) con su médico durante 5 a 10 minutos **si ocurre lo siguiente**:
  ○ Usted no es un paciente nuevo.
  ○ El control no está relacionado con una consulta en los últimos 7 días.
  ○ El control no implica una consulta en el consultorio en el plazo de las 24 horas o una cita disponible lo antes posible.
• Evaluación de videos o imágenes que usted le envía a su médico, e interpretación y seguimiento de su médico en el plazo de 24 horas si ocurre lo siguiente:
  ○ Usted no es un paciente nuevo.
	Dentro y fuera de la red
	No se requiere coseguro ni copago por visita para recibir los siguientes servicios:
	• Servicios de proveedores especialistas.

Sus servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Servicios médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico (continuación) ○ La evaluación no está relacionada con una consulta al consultorio en los últimos 7 días. ○ La evaluación no deriva en una consulta en el consultorio dentro de las próximas 24 horas o una cita disponible lo antes posible. • Consulta que su médico tiene con otros médicos por teléfono, Internet o expediente médico electrónico. • Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de una cirugía	• Solo se requiere autorización de otros profesionales de atención médica para las consultas en el hogar facturadas directamente por un enfermero practicante o un auxiliar médico.

Sus servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Servicios médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico (continuación) • Atención dental que no sea de rutina (los servicios cubiertos están limitados a la cirugía de mandíbula o estructuras relacionadas, arreglo de fracturas de mandíbula o huesos faciales, extracción de dientes para preparar la mandíbula para tratamientos de radiación de cáncer neoplásico o servicios que estarían cubiertos cuando son provistos por un médico) • Servicios proporcionados por otros profesionales de atención médica (como auxiliares médicos, enfermeros practicantes, trabajadores sociales, fisioterapeutas y psicólogos)	

Sus servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios

Servicios médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico (continuación)
 	
Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP) también cubre lo siguiente: **Servicios de telesalud**
• Determinados servicios de telesalud, incluidos los siguientes:
  ○ Servicios de urgencia
  ○ Servicios del proveedor de atención primaria
  ○ Servicios de especialistas médicos
  ○ Servicios especializados de salud mental (sesiones individuales y grupales)
  ○ Servicios de psiquiatría (sesiones individuales y grupales)
  ○ Atención por abuso de sustancias para pacientes externos (sesiones individuales y grupales)
	Dentro de la red
	No se requiere coseguro ni copago para cada uno de los siguientes servicios de telesalud:
	• Servicios de proveedores de atención primaria (PCP).
	• Servicios de proveedores especialistas.
	• Servicios de urgencia.

Sus servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Servicios médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico (continuación) • Tiene la opción de obtener estos servicios en persona o a través de telesalud. Si decide recibir uno de estos servicios a través de telemedicina, debe usar un proveedor de la red que ofrezca el servicio a través de telemedicina. • La disponibilidad y los medios de comunicación de telesalud varían y dependen de cada proveedor. Para obtener más información, llame a su proveedor. • Servicios de telesalud para consultas mensuales relacionadas con una enfermedad renal terminal para miembros con diálisis en el hogar en un centro de diálisis renal hospitalario o de acceso crítico hospitalario, o en el hogar del miembro.	• Servicios especializados de salud mental, sesiones individuales y grupales. • Servicios de psiquiatría, sesiones individuales y grupales. • Atención por abuso de sustancias para pacientes externos, sesiones individuales y grupales.

Sus servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios

Servicios 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 los miembros que padecen un trastorno por el consumo de sustancias o un trastorno de salud mental coocurrente, independientemente de su ubicación.
• Servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento de trastornos de salud mental si:
  ○ Tiene una consulta en persona dentro de los seis meses antes de su primera consulta de telemedicina.
  ○ Tiene una consulta en persona cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telemedicina.
	No se requiere coseguro ni copago para los servicios de telesalud con TELADOC.

Sus servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Servicios médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico (continuación) o Se pueden hacer excepciones a lo anterior en ciertas circunstancias. • Servicios de telesalud para consultas de salud mental brindadas por clínicas de salud rurales y centros federales de salud calificados **Servicios de telesalud con TELADOC** • Usted tiene la opción de recibir servicios médicos generales de médicos certificados por la junta a través de Teladoc por teléfono, video seguro a través de su computadora personal o un dispositivo móvil, como una tableta, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.	

Sus servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Servicios médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico (continuación) • Usted tiene la opción de recibir servicios de salud mental de los psiquiatras o psicólogos certificados, o terapeutas autorizados a través de Teladoc mediante los servicios de Teledoc por teléfono, video seguro a través de su computadora personal o con un dispositivo móvil como una tableta, los 7 días de la semana. • Los servicios a través de Teladoc están diseñados para atender problemas médicos que no sean de emergencia y no deben utilizarse si presenta una emergencia médica.	

Sus servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Servicios médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico (continuación) • Si bien este servicio no tiene como objetivo reemplazar a su médico de atención primaria para tratar afecciones comunes o crónicas, a veces una cita virtual con un médico puede ser otra opción cuando el consultorio del médico o el centro de atención de urgencia no están disponibles o abiertos. También se pueden obtener medicamentos con receta cuando sean médicamente necesarios. • Puede llamar a Teladoc para obtener más información sobre el beneficio al 1-800-TELADOC (1-800-895-2362), TTY 1-800-877-8973, los 7 días de la semana, las 24 horas.	

Sus servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Servicios de podiatría	
Los servicios de podiatría cubiertos por Medicare incluyen los siguientes: • 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 miembros con ciertas afecciones médicas que afectan las extremidades inferiores.	**Dentro de la red** No se requiere coseguro ni copago para los servicios de podiatría cubiertos por Medicare.
Los servicios de podiatría complementarios incluyen los siguientes: Hasta 12 consultas de atención para los pies de rutina por año.	No se requiere coseguro ni copago para los servicios de podiatría complementarios (atención para los pies de rutina, hasta 12 consultas por año).

Sus servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Servicios de podiatría (continuación)	**Fuera de la red** No se requiere coseguro ni copago para los servicios de podiatría cubiertos por Medicare. No se requiere coseguro ni copago para los servicios de podiatría complementarios (atención para los pies de rutina, hasta 12 consultas por año).

Sus servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Pruebas de detección de cáncer de próstata Para los hombres de 50 años o más, los servicios cubiertos incluyen los siguientes estudios una vez cada 12 meses: • Tacto rectal • Prueba de antígeno prostático específico (PSA)	**Dentro de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para una prueba de antígeno prostático (PSA). No se requiere coseguro, copago ni deducible para el servicio preventivo de exámenes rectales digitales cubiertos por Medicare.

Sus servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Dispositivos protésicos y suministros relacionados Dispositivos (no dentales) que reemplazan una función o parte del cuerpo parcial o totalmente. Estos incluyen, entre otros, bolsas de colostomía y artículos directamente relacionados con la atención de la colostomía, marcapasos, férulas, zapatos protésicos, miembros artificiales, prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico para después de una mastectomía). Incluye ciertos suministros relacionados con los dispositivos protésicos y la reparación o el reemplazo de dichos dispositivos. Además, también se proporciona cierto grado de cobertura después de la extracción de cataratas o de una cirugía de cataratas (para obtener más información, consulte **Atención de la vista** más adelante en esta sección).	**Dentro de la red** No se requiere coseguro ni copago para los dispositivos protésicos y los suministros médicos cubiertos por Medicare. Se requiere autorización.

Sus servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Servicios de rehabilitación pulmonar Los programas integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para miembros que padecen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a severa y tienen una orden del médico que atiende su enfermedad respiratoria crónica para comenzar una terapia de rehabilitación pulmonar.	**Dentro de la red** No se requiere coseguro ni copago para los servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare. Se requiere autorización.

Sus servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Prueba de detección y asesoramiento para disminuir 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 alcohólicas. 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.	**Dentro de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para beneficios preventivos para pruebas de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol cubiertos por Medicare.

Sus servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
🍎 **Prueba de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT)** Para las personas que reúnen los requisitos, se cubre una LDCT cada 12 meses. **Los miembros elegibles deben cumplir con los siguientes requisitos**: tener entre 50 y 77 años y no tener signos o síntomas de cáncer de pulmón, pero tener antecedentes como fumadores de tabaco por al menos 20 paquetes-años; y ser fumadores actualmente o haber dejado de fumar en los últimos 15 años y recibir una orden por escrito de parte de un médico o un profesional no médico calificado para realizarse una LDCT durante una consulta para el asesoramiento sobre la prueba de detección de cáncer de pulmón y de la toma de decisiones compartidas que cumplan con los criterios de Medicare para dichas consultas.	**Dentro de la red** 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.

Sus servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
🍎 **Prueba de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT) (continuación)** *Para poder realizarse una prueba de detección de cáncer de pulmón después de una prueba de detección inicial con una LDCT:* el miembro debe 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.	

Sus servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
🍎 **Prueba de detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) y asesoramiento para prevenirlas** Cubrimos las pruebas de detección de ETS como clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas de detección están cubiertas para las mujeres embarazadas y para ciertas personas que se encuentran en un mayor riesgo de infecciones por ETS cuando el proveedor de atención primaria las solicita. Cubrimos estos exámenes una vez cada 12 meses o en ciertos momentos durante el embarazo.	**Dentro de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para beneficios preventivos para pruebas de detección de ITS y asesoramiento sobre estas, cubiertos por Medicare.

Sus servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
🍎 **Prueba de detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) y asesoramiento para prevenirlas (continuación)** También cubrimos hasta dos sesiones personales súper intensivas de asesoramiento conductual de 20 a 30 minutos por año para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual (ETS). Solo cubriremos estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo si las suministra un proveedor de atención primaria y se realizan en un centro de atención primaria, como el consultorio de un médico.	

Sus servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Servicios para tratar enfermedades renales Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Servicios de educación sobre la enfermedad renal para enseñar sobre el cuidado del riñón y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas sobre su cuidado. En el caso de las personas con enfermedad renal crónica en la etapa IV, cuando son remitidas por su médico, cubrimos hasta seis sesiones de servicio educativo sobre la enfermedad renal de por vida.	**Dentro de la red** No se requiere coseguro ni copago para los servicios para tratar enfermedad renal cubiertos por Medicare: • Servicios de diálisis

Sus servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Servicios para tratar enfermedades renales (continuación) • Tratamientos de diálisis para pacientes externos (incluidos los tratamientos de diálisis cuando usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio, como se explica en el Capítulo 3 o cuando su proveedor para este servicio no está disponible o no es posible comunicarse con dicho profesional temporalmente). • Tratamientos de diálisis para pacientes internados (si lo ingresan como paciente internado en un hospital para recibir atención especial). • Preparación para autodiálisis (incluye su preparación y la de cualquier otra persona que lo ayude con los tratamientos de diálisis en su hogar). • Equipos y suministros para diálisis en el hogar.	• Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados cubiertos por Medicare. La autorización solo se requiere para ciertos artículos que son similares, pero no están limitados a equipos o artículos de alto costo, motorizados y persona-lizados.

Sus servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Servicios para tratar enfermedades renales (continuación) • Determinados servicios de apoyo a domicilio (por ejemplo, cuando sea necesario, recibir visitas por parte de trabajadores capacitados y especializados en diálisis para verificar cómo va con la autodiálisis en su hogar, para ayudar en casos de emergencia y para revisar su equipo para diálisis y el suministro de agua). Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos por su beneficio de medicamentos de la Parte B de Medicare. Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte B, consulte la sección **Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare**.	• Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare. Algunos medicamentos con receta de la Parte B de Medicare pueden estar sujetos a requisitos de tratamiento escalonado. Es posible que se requiera autorización para ciertos medicamentos.

Sus servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Servicios para tratar enfermedades renales (continuación)	• Servicios educativos sobre la enfermedad renal. • Servicios de agencias de atención médica en el hogar. Se requiere autorización.

Sus servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Servicios en un centro de enfermería especializada (SNF) (En el Capítulo 12 de este documento, encontrará una definición de servicios en un centro de atención de enfermería especializada, que suele denominarse SNF). El plan cubre hasta 100 días por cada período de beneficios. No se requiere una hospitalización previa de 3 días como mínimo. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesario) • Comidas, incluidas las dietas especiales • Servicios de enfermería especializada • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla	**Dentro de la red** No se requiere coseguro ni copago para la atención en un centro de enfermería especializada (SNF) cubierta por Medicare.

Sus servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Servicios en un centro de enfermería especializada (SNF) (continuación) • Medicamentos administrados como parte del plan de atención (esto incluye sustancias naturalmente presentes en el organismo, como los factores de la coagulación de la sangre). • Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y de concentrado de glóbulos rojos comienza a partir de la cuarta pinta de sangre que usted necesite; debe pagar por las tres primeras pintas de sangre que reciba en un año calendario, donar sangre o pedirle a alguien más que done. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta de sangre utilizada. • Suministros médicos y quirúrgicos normalmente provistos por los SNF	Un período de beneficios comienza el día que ingresa como paciente internado y finaliza cuando no haya recibido atención para pacientes internados en un hospital (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos.

Sus servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Servicios en un centro de enfermería especializada (SNF) (continuación) • Exámenes de laboratorio normalmente provistos por los SNF • Radiografías y otros servicios de radiología que habitualmente se realizan en los SNF. • Uso de dispositivos de apoyo, como sillas de ruedas normalmente provistos por los SNF • Servicios médicos o profesionales	Si lo internan en un hospital o en un centro de enfermería especializada después de que un período de beneficios ha terminado, comenzará un período de beneficios nuevo.
En general, usted obtendrá la atención de SNF en centros de la red. Sin embargo, en ciertas condiciones que se mencionan a continuación, usted podría recibir la atención en un centro que no sea proveedor de la red, si dicho centro acepta los montos de nuestro plan para el pago.	Se requiere autorización.

Sus servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Servicios en un centro de enfermería especializada (SNF) (continuación) • Un asilo de ancianos o una comunidad de atención continua para jubilados en donde usted estuviera viviendo antes de ingresar al hospital (siempre y cuando el lugar provea la atención de un centro de enfermería especializada). • Un SNF en donde su cónyuge esté viviendo en el momento en el que usted salga del hospital.	

Sus servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Servicios para dejar de fumar y consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco) Si consume tabaco, pero no tiene signos o síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco: Cubrimos dos tentativas de orientación para dejarlo dentro de un período de 12 meses como un servicio preventivo sin costo para usted. Cada tentativa de orientación incluye hasta cuatro consultas personales. Si consume tabaco y se le ha diagnosticado una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando algún medicamento que puede resultar afectado por el tabaco: Cubrimos servicios de asesoramiento para abandonar el hábito. Cubrimos dos tentativas de orientación para dejarlo, dentro de un período de 12 meses; no obstante, pagará el costo compartido aplicable. Cada tentativa de orientación incluye hasta cuatro consultas personales.	**Dentro de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para beneficios preventivos para programas para dejar de fumar y de consumir tabaco cubiertos por Medicare.

Sus servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas Los miembros elegibles para los Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (SSBCI) recibirán un beneficio combinado de cobertura de productos de venta libre y medicamentos sin receta para cubrir lo siguiente: • determinados alimentos, que solo se puede usar en algunas farmacias o comercios minoristas selectos; • comidas entregadas a domicilio, que pueden solicitarse en línea o por teléfono, • y ciertas facturas de servicios públicos (como Internet). • Asistencia para el pago de alquiler o hipoteca que solo puede usarse para empresas que aceptan tarjetas prepagas.	No se requiere coseguro ni copago para los Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas.

Sus servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (continuación) Los miembros que no son elegibles para los Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (SSBCI) solo recibirán la cobertura de productos de venta libre y medicamentos sin receta. La cobertura combinada de OTC de hasta $270 por mes estará disponible mensualmente. Los beneficios que no se utilicen no se transferirán al siguiente período. Comuníquese con el plan para obtener una lista completa de los artículos elegibles y una lista de redes de farmacias o comercios minoristas selectos.	Este beneficio de SSBCI se combina con el beneficio de OTC para cubrir determinados alimentos, comidas con entrega a domicilio y pagos de servicios públicos, incluido Internet, y asistencia para el alquiler o la hipoteca como parte de la asignación mensual de OTC.

Sus servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Terapia de ejercicio supervisado (SET) La SET está cubierta para los miembros con enfermedad arterial periférica sintomática (PAD). Se cubren hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa SET. El programa SET debe: • Consistir de sesiones de 30-60 minutos de duración, que comprenden un programa terapéutico de entrenamiento con ejercicios para PAD en pacientes con claudicación. • Llevarse a cabo en un entorno hospitalario para pacientes externos o en un consultorio médico • Ser proporcionado por personal auxiliar calificado, necesario para asegurar que los beneficios superen los daños, y que estén capacitados en terapia de ejercicios para PAD.	**Dentro de la red** No se requiere coseguro ni copago para la terapia de ejercicio supervisado (SET) cubierta por Medicare. Se requiere autorización.

Sus servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Terapia de ejercicio supervisado (SET) (continuación) • Estar bajo la supervisión directa de un médico, auxiliar médico o profesional de enfermería/especialista en enfermería clínica que debe estar capacitado en técnicas básicas y avanzadas de soporte vital. SET puede estar cubierto más allá de 36 sesiones durante 12 semanas por 36 sesiones adicionales durante un período prolongado si un proveedor de atención médica lo considera médicamente necesario.	

Sus servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Servicios de urgencia	
Los servicios de urgencia se brindan para tratar una enfermedad, lesión o afección médica imprevista, que no es de emergencia y que requiere atención médica inmediata, pero, dadas sus circunstancias, no es posible o razonable obtener servicios de proveedores de la red. Si, debido a sus circunstancias, no es razonable obtener atención médica de un proveedor de la red de inmediato, su plan cubrirá los servicios de urgencia de un proveedor fuera de la red. Los servicios deben ser inmediatamente necesarios y médicamente necesarios. Ejemplos de servicios de urgencia que el plan debe cubrir fuera de la red si ocurre lo siguiente: Usted está temporalmente fuera del área de servicio del plan y requiere servicios médicamente necesarios para una afección imprevista, pero no es una emergencia médica; o no es razonable,	No se requiere coseguro ni copago para los servicios de urgencia cubiertos por Medicare.

Sus servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Servicios de urgencia (continuación) dadas las circunstancias, para obtener atención médica inmediata de un proveedor de la red. Los costos compartidos para los servicios de urgencia que se brindan fuera de la red son los mismos que para dichos servicios brindados dentro de la red. **Se proporciona cobertura internacional de servicios de emergencia/transporte de emergencia/cobertura de urgencia.** No se requiere copago ni coseguro para la cobertura internacional de servicios de emergencia/transporte de emergencia/cobertura de urgencia (el monto de beneficio máximo es de $50,000).	

Sus servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Atención de la vista Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Servicios médicos para pacientes externos para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones oculares, incluido el tratamiento para la degeneración macular relacionada con la edad. Original Medicare no cubre exámenes de la vista de rutina (refracciones de la vista) para anteojos/lentes de contacto.	**Dentro de la red** No se requiere coseguro ni copago para la atención de la vista cubierta por Medicare. Copago de $0 para un par de anteojos o lentes de contacto cubiertos por Medicare luego de una cirugía de cataratas.

Sus servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Atención de la vista (continuación) • Para las personas con alto riesgo de glaucoma, cubriremos una prueba de detección de glaucoma cada año. Las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma incluyen las siguientes: personas con antecedentes familiares de glaucoma, personas diabéticas, afroamericanos de 50 años o más e hispanoamericanos de 65 años o más. • Para las personas con diabetes, se cubre una única prueba de detección de retinopatía diabética por año.	Copago de $0 para **anteojos** no cubiertos por Medicare (máximo anual de $350 por año calendario), incluidos lentes de contacto o anteojos (lentes y monturas).

Sus servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Atención de la vista (continuación) • Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluye la inserción de una lente intraocular (si se realiza dos operaciones de cataratas por separado, no puede reservar el beneficio luego de la primera cirugía y comprar dos pares de anteojos después de la segunda cirugía). **Otros servicios cubiertos incluyen lo siguiente:** • Anteojos, incluidos anteojos con receta o lentes de contacto Se limita a un máximo anual de $350 por año calendario.	

Sus servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Consulta preventiva "Bienvenido a Medicare" El plan cubre una consulta preventiva única **Bienvenido a Medicare**. La consulta incluye una revisión de su salud, educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita (incluidas ciertas pruebas de detección y vacunas) y remisiones a otro tipo de atención si fuera necesario. **Importante:** Cubrimos la consulta preventiva **Bienvenido a Medicare** solo dentro de los primeros 12 meses en los que tenga la Parte B de Medicare. Cuando programe la cita, infórmele al personal del consultorio del médico que desea programar su consulta preventiva **Bienvenido a Medicare**.	**Dentro de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta preventiva **Bienvenido a Medicare**. No se requiere coseguro, copago ni deducible para un electrocardiograma preventivo cubierto por Medicare luego de una consulta de bienvenida.

Beneficios dentales complementarios limitaciones y exclusiones

Como miembro de nuestro plan, el plan cuenta con limitaciones y exclusiones dentales, incluidas, entre otras, las siguientes:

- Nuestro plan dental ofrece cobertura dental dentro y fuera de la red, y todos los servicios cubiertos tienen un copago de $0.
  - Usted paga un copago de $0 para los servicios dentales integrales complementarios.
  - Usted paga un copago de $0 para los servicios dentales preventivos complementarios.
  - Los beneficios recibidos fuera de la red **están sujetos a cualquier máximo de beneficios, a las limitaciones o a las exclusiones dentro de la red**.
- Si desea obtener más información sobre cómo su cobertura dental está relacionada con el tratamiento dental propuesto y los costos, puede solicitarle a su dentista que obtenga un cálculo de costos de previo al tratamiento de Elderplan. Si el proveedor tiene preguntas sobre cómo obtener esta información, pueden ponerse en contacto con HealthPlex usando el número que figura en la parte posterior de su tarjeta de identificación de miembro.

- Los odontólogos dentro de la red han aceptado brindar servicios a una tarifa negociada. Si consulta a un dentista dentro de la red, no recibirá una factura por un monto superior a la estructura tarifaria negociada para los servicios cubiertos (el máximo anual sigue aplicando).
    - Cuando un dentista de la red le haya proporcionado servicios dentales cubiertos, le enviará la reclamación en su nombre.
- Los odontólogos pueden pedirle que firme un documento de consentimiento informado que detalla los riesgos, los beneficios, los costos y las alternativas a todos los tratamientos recomendados.
- Los odontólogos fuera de la red no están contratados para aceptar el pago del plan como pago completo, por lo que podrían cobrarle más de lo que el plan paga, incluso para los servicios mencionados que incluyen un copago de $0.
    - Cuando consulte a un odontólogo fuera de la red, a menudo el odontólogo le enviará una reclamación en su nombre. Si no lo hacen, usted puede enviarla directamente usando las siguientes instrucciones:
    - La presentación de la reclamación debe contener la siguiente información:
        - El nombre completo del miembro y el número de identificación del miembro
        - El nombre completo y la dirección del proveedor
        - La lista de los servicios dentales brindados con los códigos ADA correspondientes.

        - Comprobante de pago en forma de un recibo detallado que refleja el pago y un saldo de paciente nulo
    - Se debe enviar toda la información de reclamación requerida dentro de los 365 días a partir de la fecha de servicio a:

      Healthplex Dental Claims
      PO BOX 30605
      Salt Lake City, UT 84130-0605
        - o por fax al 248-733-6372
    - El pago se enviará a la dirección que aparece en su cuenta. Para actualizar su dirección o para obtener ayuda para presentar las reclamaciones, comuníquese con Servicios para los Miembros.
    - Las reclamaciones dentales se pagan dentro de los 30 días y la Explicación de pago (EOP) acompañará el pago del cheque.
- Otras limitaciones o exclusiones de la cobertura dental del plan son:
    - Procedimientos utilizados por motivos solo cosméticos (blanqueamiento dental, laminados, recontorneado gingival), ortopédicos, mantenimiento del espacio, impuestos sobre las ventas, cargos por no acudir a las citas, administración de casos dentales, cargos dentales relacionados con la prueba de detección de COVID, pruebas y vacunas y procedimientos no especificados por informe.

  - Servicios o suministros provistos junto con servicios no cubiertos o en preparación o como resultado de este.
  - Gastos dentales en los que se incurrió en relación con cualquier procedimiento dental comenzado antes de la fecha de entrada en vigencia de la cobertura.
  - Servicios relacionados con anomalías congénitas.
- Los cargos asociados con los servicios no cubiertos son su responsabilidad

Beneficios de Medicaid	
Categoría de servicio	**Descripción de los servicios cubiertos** Nota: La capitación de Medicaid Advantage Plus cubrirá todos los costos compartidos de la Parte C de Medicare del inscrito, incluidos todos los montos de los deducibles, copagos y coseguros, y todas las primas de suscripción de Medicare. Esto no incluye los beneficios complementarios cubiertos por el plan.

Beneficios de Medicaid	
Atención para pacientes internados en un hospital, incluidos servicios por abuso de sustancias y servicios de rehabilitación	Hasta 365 días por año (366 en un año bisiesto). **Servicios de tratamiento para pacientes internados con trastornos por uso de sustancias** (incluidos, entre otros, el control de la desintoxicación y la abstinencia, los servicios residenciales a corto plazo, los servicios en centros de tratamiento residenciales y el tratamiento asistido con medicamentos con metadona).
Atención de salud mental para pacientes internados	Cuidado médicamente necesario, incluyendo los días que excedan el máximo de 190 días de por vida que cubre Medicare.

Beneficios de Medicaid	
Atención de salud mental para pacientes internados (continuación)	**Atención de salud mental para pacientes internados** (servicios de salud mental a largo plazo, incluidos los servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico o general, la unidad psiquiátrica de un hospital de cuidados agudos, un centro de atención a corto plazo (STCF) o un hospital de acceso crítico). Todos los miembros están cubiertos por el plan por hospitalización en un hospital general a causa de un caso agudo, independientemente del diagnóstico o tratamiento en el momento de la admisión. Excepto en una emergencia, su proveedor de atención médica debe informarle al plan de su admisión hospitalaria.

Beneficios de Medicaid	
Centro de atención de salud residencial	Atención cubierta por Medicare y Medicaid brindada en un centro de atención de médica residencial. No se requiere una hospitalización previa.
Atención médica a domicilio	Atención intermitente de enfermería especializada médicamente necesaria, servicios de un auxiliar de atención de la salud en el hogar y servicios de rehabilitación. También incluye servicios de atención médica a domicilio que no presta Medicare (p. ej., servicios de un auxiliar de atención de la salud en el hogar para pacientes médicamente inestables bajo la supervisión de enfermería).
Consultas en el consultorio de un PCP	Consultas en el consultorio de un proveedor de atención primaria.
Consultas a un especialista.	Consultas a un especialista.

Beneficios de Medicaid	
Quiropráctica	Manipulación manual de la columna vertebral provista por quiroprácticos u otros proveedores calificados para corregir la subluxación.
Podiatría	La atención médicamente necesaria de los pies, incluida la atención de afecciones médicas que comprometen las extremidades inferiores. Hasta cuatro (4) consultas por año para la atención para los pies de rutina.

Beneficios de Medicaid	
Atención de salud mental para pacientes externos	Consulta para terapia individual o de grupo. El inscrito debe poder autorremitirse para una evaluación de un proveedor de la red en un período de doce (12) meses. La atención de salud mental de rehabilitación para pacientes externos adultos también incluye lo siguiente: • Tratamiento asertivo comunitario (ACT) • Servicios de rehabilitación y tratamiento de salud mental para pacientes externos (MHOTRS) • Servicios personalizados orientados a la recuperación (PROS)

Beneficios de Medicaid	
Atención de salud mental para pacientes externos (continuación)	Los servicios de salud mental para adultos incluyen los siguientes: • Programa Integral para Emergencias Psiquiátricas (CPEP) • Programas residenciales para crisis **Atención de salud mental para pacientes externos** (incluidos, entre otros, asesoramiento clínico y terapia, apoyo de pares, rehabilitación psicosocial, manejo de medicamentos, psicoeducación familiar y modelos intensivos de atención para pacientes externos).

Beneficios de Medicaid	
Atención de salud mental para pacientes externos (continuación)	Los servicios pueden ser prestados por cualquier agencia proveedora autorizada, designada o aprobada por la Oficina de Salud Mental (OMH), o por un psiquiatra o médico autorizado por el estado, un psicólogo clínico, un trabajador social clínico, un especialista en enfermería clínica, un enfermero, un asistente médico, un psiquiatra de la red de profesionales independientes (IPN), un psicólogo o enfermero de práctica avanzada (APN) u otro profesional de la salud mental calificado, según lo permitan las leyes estatales aplicables.

Beneficios de Medicaid	
Atención por abuso de sustancias para pacientes externos	Consultas individuales y grupales. El inscrito debe poder autorremitirse para una evaluación de un proveedor de la red en un período de doce (12) meses. **Servicios de tratamiento para pacientes externos con trastornos por uso de sustancias** (incluidos, entre otros, el control de la desintoxicación y la abstinencia, los servicios residenciales a corto plazo, los servicios en centros de tratamiento residenciales y el tratamiento asistido con medicamentos con metadona).

Beneficios de Medicaid	
Servicios móviles para crisis (para la crisis de salud mental o relacionadas con el uso de sustancias)	Servicios móviles para crisis (evaluación por teléfono o respuesta del equipo móvil para crisis); estabilización residencial de crisis a corto plazo (para crisis de salud mental). Cualquier proveedor de servicios móviles o residenciales para casos de crisis aprobado del estado de New York.

Beneficios de Medicaid	
Servicios comunitarios orientados a la recuperación y rehabilitación (CORE) (para afecciones de salud mental o trastornos por uso de sustancias)	Servicios comunitarios orientados a la recuperación y rehabilitación (CORE) (que son apoyos móviles de salud conductual orientados a la persona y a la recuperación. Los servicios CORE crean habilidades y autoeficacia que promueven y facilitan la participación en la comunidad y la independencia). Los servicios CORE también incluyen lo siguiente: • Rehabilitación psicosocial (PSR) • Servicios y apoyo de psiquiatría de la comunidad (CPST) • Servicios de empoderamiento: apoyos de pares • Apoyo y capacitación familiar (FST)

Beneficios de Medicaid	
Servicios comunitarios orientados a la recuperación y rehabilitación (CORE) (continuación)	Estos servicios están disponibles para los miembros que cumplen con determinados requisitos clínicos. Cualquier persona puede ser remitida o autorremitirse a los servicios CORE.
Cirugía para pacientes externos	Consultas médicamente necesarias a un centro quirúrgico ambulatorio o a uno hospitalario para pacientes externos.

Beneficios de Medicaid	
Ambulancia	Servicios de transporte brindados por una ambulancia, incluido el servicio de ambulancia aérea. Transporte de emergencia para el inscrito que sufre de una afección grave, que es potencialmente mortal discapacitante y que necesita la prestación de servicios de emergencia mientras es trasladado con el fin de recibir servicios hospitalarios. Incluye el traslado a una sala de emergencias de un hospital cuando se llama al “911”.
Departamento de Atención de Emergencia	Atención proporcionada en una sala de emergencias de un hospital sujeta a la norma de la persona prudente. Esto también puede incluir emergencias de salud mental en Programas Integrales para Emergencias Psiquiátricas (CPEP).

Beneficios de Medicaid	
Atención de urgencia	Atención de urgencia cuando el inscrito se encuentra fuera del área de servicio del plan.
Rehabilitación para pacientes externos (terapia ocupacional, fisioterapia y terapia del habla)	Los servicios de rehabilitación para pacientes externos, como fisioterapia (PT), terapia ocupacional (OT) y terapia del habla y el lenguaje (ST), indicados por un médico u otro profesional certificado, están cubiertos por ser médicamente necesarios (sin límites en la cantidad de consultas).

Beneficios de Medicaid	
Equipo médico duradero (DME)	Equipo médico duradero (DME) cubierto por Medicare y Medicaid, incluidos dispositivos y equipos, que no sean calzado ortopédico, protésico ni ortésico, indicados por un médico para el tratamiento de una afección médica específica. Entre ellos se encuentran el equipo médico y las baterías para audífonos. No es requisito previo que usted no pueda salir de su casa e incluye equipos médicos duraderos que no cubre Medicare, pero que están cubiertos por Medicaid (por ejemplo, taburete para baño, barras para baño).

Beneficios de Medicaid	
Suministros médicos o quirúrgicos, fórmulas parenterales y enterales, y suplementos nutricionales	Por lo general, estos artículos son considerados artículos consumibles de uso único, pagados rutinariamente de acuerdo con la categoría de equipo médico duradero (DME) del Programa de pago por servicio de Medicaid. La cobertura de la fórmula enteral y los suplementos nutricionales se limita solo a la cobertura de alimentación por sondas nasogástricas, de yeyunostomía o gastrostomía. La cobertura de la fórmula enteral y los suplementos nutricionales se limita a las personas que no pueden obtener nutrición a través de ningún otro medio, y a personas que se encuentran en una de las siguientes condiciones:

Beneficios de Medicaid	
Suministros médicos o quirúrgicos, fórmulas parenterales y enterales, y suplementos nutricionales (continuación)	1) personas alimentadas a través de sondas que no pueden masticar o tragar alimentos y deben recibir nutrición a través de una fórmula utilizando una sonda;

Beneficios de Medicaid	
Suministros médicos o quirúrgicos, fórmulas parenterales y enterales, y suplementos nutricionales (continuación)	2) personas que tienen enfermedades metabólicas congénitas raras que requieren fórmulas médicas específicas para brindarles los nutrientes esenciales que no pueden recibir mediante ningún otro medio, y 3) niños que requieren fórmulas médicas debido a factores atenuantes del crecimiento y desarrollo. La cobertura de ciertas enfermedades hereditarias del metabolismo de aminoácidos y ácidos orgánicos debe incluir productos alimenticios sólidos modificados que tengan un bajo contenido de proteínas o que contengan proteínas modificadas.
Dispositivos protésicos	Calzado ortopédico, protésico y ortésico cubierto por Medicare y Medicaid.

Beneficios de Medicaid	
Control de la diabetes	Capacitación y suministros para el autocontrol y administración de la diabetes, incluida la cobertura para glucómetros, tiras reactivas y lancetas. Los suministros para la diabetes, como almohadillas de gasa de 2x2, almohadillas/hisopos para alcohol, jeringas y agujas para insulina, están cubiertos por la Parte D.
Exámenes de diagnóstico	Exámenes de diagnóstico, radiografías, servicios de laboratorio y servicios de radiología.
Medición de la masa ósea	Medición de la masa ósea para personas en riesgo.
Pruebas de detección de cáncer colorrectal	Pruebas de detección de cáncer colorrectal para personas de 50 años o más.

Beneficios de Medicaid	
Inmunizaciones	Vacunas contra la influenza (gripe) y la enfermedad neumocócica, y vacuna contra la hepatitis B para personas en entornos de alto riesgo.
Mamografías	Exámenes anuales para personas de 40 años y más. No se necesita remisión.
Exámenes pélvicos y prueba de Papanicolaou	Pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos
Prueba de detección de cáncer de próstata	Pruebas de detección de cáncer de próstata para hombres de 50 años y más.
Medicamentos para pacientes externos	Todos los medicamentos con receta y otros medicamentos cubiertos por la Parte B de Medicare recetados por un proveedor y administrados en el consultorio de un médico o en una clínica que están cubiertos por Medicaid. (No medicamentos de la Parte D).

Beneficios de Medicaid	
Servicios auditivos	Servicios y productos médicamente necesarios para aliviar una discapacidad causada por la pérdida o el deterioro de la audición cubiertos por Medicare y Medicaid. Los servicios incluyen la selección, adaptación y entrega de audífonos; las verificaciones de los audífonos después de la entrega, las evaluaciones de ajuste y las reparaciones de los audífonos; servicios de audiología, incluso exámenes y pruebas, evaluaciones y recetas de audífonos; y productos de ayuda para la audición, incluidos audífonos, moldes auriculares, accesorios especiales y piezas de repuesto.

Beneficios de Medicaid	
Audífonos	La cobertura para audífonos es de $600 por oído, con un máximo de $1,200 cada 3 años. Se incluye 1 año de suministro de baterías con la compra y se enviará junto con el audífono. Se requiere de autorización de un médico o especialista para los audífonos. Todos los servicios están cubiertos una vez cada tres años.

Beneficios de Medicaid	
Servicios de atención de la vista	Servicios de optometristas, oftalmólogos y ópticas que incluyen anteojos, lentes de contacto y lentes de policarbonato médicamente necesarios, ojos artificiales (común y corrientes o hechos a la medida), dispositivos de ayuda para visión escasa y servicios para la visión escasa. La cobertura también incluye reparaciones y repuestos. También se cubren los exámenes de diagnóstico y el tratamiento de defectos visuales o enfermedades oculares. Los exámenes de refracción se limitan a uno cada dos (2) años, a menos que se justifique lo contrario por ser médicamente necesario. No es necesario cambiar los anteojos con mayor frecuencia que cada dos (2) años, a menos que sea médicamente necesario o en caso de pérdida, daño o destrucción de los anteojos.

Beneficios de Medicaid	
1 examen físico de rutina por año	Hasta un examen físico de rutina por año.
Atención de enfermería privada	Servicios de atención de enfermería privada médicamente necesarios de acuerdo con el plan de tratamiento por escrito del médico que indica los servicios, el auxiliar médico titulado o el enfermero practicante diplomado.

Beneficios de Medicaid	
Transporte que no sea de emergencia	Transporte fundamental para un inscrito para obtener atención y servicios médicamente necesarios de acuerdo con los beneficios del plan o pago por servicio de Medicaid. Esto incluye ambulancia, vehículo para minusválidos, taxi, alquiler de automóviles, transporte público y otros medios adecuados para las afecciones médicas del inscrito y un asistente de transporte para acompañar a la persona inscrita, si es necesario.

Beneficios de Medicaid	
Servicios dentales	Medicaid cubre servicios dentales que incluyen atención odontológica preventiva, profiláctica y de rutina de otro tipo, servicios y suministros de prótesis dentales para aliviar una afección médica grave. Los servicios de cirugía odontológica para pacientes internados o externos están sujetos a autorización previa.
Servicios dentales preventivos	No se requiere coseguro ni copago para los siguientes servicios dentales preventivos cubiertos por Medicare: • Exámenes bucales • Profilaxis (limpiezas) • Radiografías dentales

Beneficios de Medicaid	
Servicios de cuidado personal	Incluye asistencia médicamente necesaria con actividades de la vida diaria (ADL), actividades instrumentales de la vida diaria (IADL) y tareas relacionadas con la salud, a través de asistencia, supervisión o instrucciones.
Nutrición	Evaluación del estado nutricional o de las necesidades nutricionales, elaboración y evaluación de planes de tratamiento, educación sobre la alimentación, educación en el lugar de trabajo, incluidos aspectos culturales.
Servicios médicos y sociales	Evaluación, coordinación y prestación de ayuda para problemas sociales relacionados con el mantenimiento de un paciente en el hogar.

Beneficios de Medicaid	
Apoyos sociales y ambientales	Servicios y artículos para dar apoyo a la necesidad médica del miembro. Puede incluir tareas de mantenimiento del hogar, servicios de empleada/tareas domésticas y cuidado de relevo.
Entrega de comidas a domicilio y comidas en lugares de congregación	Comidas entregadas en el hogar o servidas en un lugar de congregación (por ejemplo, un centro para personas de edad avanzada) a personas que no pueden prepararse las comidas o hacer que se las preparen.

Beneficios de Medicaid	
Atención médica diurna para adultos	Incluye servicios médicos, de enfermería, de alimentación y nutrición, servicios sociales, terapia de rehabilitación, actividades de ocio, servicios dentales y farmacéuticos, y otros servicios auxiliares. Servicios prestados en un RHCF aprobado o centro de extensión aprobado.
Atención diurna social	Programa integral y estructurado que ofrece socialización, supervisión, control, cuidado personal y nutrición en un ambiente protegido.
Servicios personales de respuesta ante emergencias (PERS)	Dispositivo electrónico que permite que personas obtengan ayuda en caso de una emergencia física, emocional o ambiental.

Beneficios de Medicaid	
Beneficio para medicamentos con receta de la Parte D de Medicare aprobado por los CMS	El inscrito es responsable de los copagos.
Puede haber otros servicios disponibles para usted a los que puede acceder a través del pago por servicio de Medicaid.	

SECCIÓN 3 ¿Qué servicios están cubiertos fuera de Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP)?

Sección 3.1 Servicios no cubiertos por Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP)

Los siguientes servicios no están cubiertos por Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP), pero están disponibles a través de Medicaid:

Hay algunos servicios de Medicaid que Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP) no cubre. Puede acceder a estos servicios a través de cualquier proveedor que acepte Medicaid con su tarjeta de beneficios de Medicaid. Llame a Servicios para los Miembros al 1-877- 891-6447 (TTY 711) si tiene alguna pregunta acerca de si un beneficio está cubierto por Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP) o por Medicaid. Algunos de los servicios cubiertos por Medicaid con su tarjeta de beneficios de Medicaid son los siguientes:

Servicios cubiertos por el pago por servicio de Medicaid.

- Servicios de planificación familiar fuera de la red según las disposiciones de acceso directo
- Beneficios de farmacia de Medicaid permitidos por la ley estatal (categorías de medicamentos seleccionados que se excluyen del beneficio de la Parte D de Medicare)
- Servicios de rehabilitación brindados a miembros de residencias comunitarias (CR) con licencia de la Oficina de Salud Mental (OMH) y programas de tratamiento basados en la familia
- Servicios de la Oficina para personas con discapacidades del desarrollo
- Administración completa de casos de Medicaid
- Exenciones a los servicios basados en el hogar y la comunidad
- Observación directa de la terapia antituberculosa
- Programa de vivienda asistida

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

Sección 4.1 Servicios *no* cubiertos por el plan (exclusiones de Medicare) NI por Medicaid

En esta sección, se describen los servicios que se excluyen de Medicare.

La tabla a continuación describe algunos servicios y artículos que no están cubiertos por el plan en ninguna circunstancia o están cubiertos por el plan solo en situaciones específicas.

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

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubiertos solo en situaciones específicas
Cirugía o procedimientos cosméticos		✓ • Se cubren en casos de lesión accidental o para mejorar el funcionamiento de un miembro deformado. • Se cubren todas las etapas de reconstrucción de mama después de una mastectomía, así como también la de la mama no afectada, para producir una apariencia simétrica.

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubiertos solo en situaciones específicas
Cuidado asistencial El cuidado asistencial es la atención personal que no requiere de la atención continua de personal médico o paramédico capacitado; es decir, el cuidado que lo ayuda con las actividades de la vida cotidiana como bañarse o vestirse.		✓ Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP) puede cubrirlo como un beneficio de Medicaid.

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubiertos solo en situaciones específicas
Procedimientos, equipos y medicamentos experimentales y quirúrgicos. Los procedimientos y artículos experimentales son aquellos artículos y procedimientos que Original Medicare determina que no son aceptados, generalmente, por la comunidad médica.		✓ Original Medicare puede cubrirlos en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o su plan. (Consulte la Sección 5 del Capítulo 3 para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica).
Los cargos cobrados por atención a sus familiares inmediatos o miembros de su hogar.		✓ Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP) puede cubrirlo como un beneficio de Medicaid.

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubiertos solo en situaciones específicas
Atención de enfermería de tiempo completo en su hogar.		✓ Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP) puede cubrirlo como un beneficio de Medicaid.
Comidas a domicilio		✓ Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP) puede cubrirlo como un beneficio de Medicaid.
Servicios de empleada doméstica, incluidos asistencia básica del hogar, como servicio doméstico o preparación de comidas livianas.		✓ Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP) puede cubrirlo como un beneficio de Medicaid.

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubiertos solo en situaciones específicas
Zapatos ortopédicos o dispositivos de apoyo para los pies.		✓ • Zapatos que forman parte de un soporte de pierna y que están incluidos en el costo del soporte de pierna. Zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con enfermedad de pie diabético. Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP) también puede cubrirlos como un beneficio de Medicaid.

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubiertos solo en situaciones específicas
Artículos personales en su habitación en un hospital o centro de enfermería especializado, como un teléfono o televisor.	✓	
Habitación privada en el hospital.		✓ • Solo se cubre cuando es médicamente necesario.
Reversión de procedimientos de esterilización o suministros anticonceptivos sin receta.	✓	

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubiertos solo en situaciones específicas
Atención quiropráctica de rutina		✓ • Se cubre la manipulación manual de la columna para corregir una subluxación.
Queratotomía radial, cirugía LASIK y otros dispositivos de ayuda para baja visión.		✓ Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP) puede cubrir los dispositivos de ayuda para visión disminuida como un beneficio de Medicaid.
Servicios considerados no razonables ni necesarios, según las normas de Original Medicare.	✓	

CAPÍTULO 5:

Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

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

Debido a que usted es elegible para Medicaid, reúne los requisitos para la "Ayuda adicional" de Medicare (y la está recibiendo) para cubrir los costos del plan de medicamentos con receta. Debido a que participa en el programa de "Ayuda adicional", **es posible que haya información sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D en esta *Evidencia de cobertura* que no aplique para usted.** Le enviamos un inserto separado que se denomina Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta (también conocida como Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS), en el que se le informa sobre la cobertura para sus medicamentos. Si no tiene este inserto, llame a Servicios para los Miembros y solicite la "Cláusula adicional LIS". (Los números de teléfono de Servicios para los Miembros están impresos en la portada posterior de este documento).

SECCIÓN 1 Introducción

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

Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, usted tiene cobertura a través de los beneficios de Medicaid para algunos medicamentos con receta.

Para obtener más información sobre el Programa de Farmacias de New York State Medicaid, visite https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/program/pharmacy.htm .

Las personas que residen en la ciudad de New York pueden ponerse en contacto con la Línea de ayuda de la Administración de Recursos Humanos de la Ciudad de New York al 1-888-692-6116 para obtener información más actualizada y precisa sobre los beneficios.

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

Generalmente, el plan cubrirá sus medicamentos, siempre y cuando usted cumpla con estas normas básicas:

- Debe pedirle a un proveedor (médico, odontólogo u otra persona autorizada a dar recetas) que escriba una receta que debe ser válida según la ley estatal aplicable.
- La persona autorizada a dar recetas no debe estar en las Listas de exclusión o preclusión de Medicare.

- Por lo general, debe utilizar una farmacia de la red para obtener sus medicamentos con receta. (Consulte la Sección 2, *Obtenga sus medicamentos con receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan*).
- Su medicamento debe estar en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan (nosotros la denominamos "Lista de medicamentos" para abreviarla). (Consulte la Sección 3, *Sus medicamentos deben estar en la "Lista de medicamentos" del plan*).
- Su medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. Una "indicación médicamente aceptada" es el uso de un medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o respaldado por ciertas referencias. (Si desea obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada, consulte la Sección 3).

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

Sección 2.1 Utilice una farmacia de la red

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

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

Sección 2.2 Farmacias de la red

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

Para encontrar una farmacia de la red, puede consultar el Directorio de proveedores y farmacias, visitar nuestro sitio web (www.elderplan.org) y/o llamar a Servicios para los Miembros.

Puede acudir a cualquiera de las farmacias de nuestra red.

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

Si la farmacia que ha estado usando abandona la red del plan, tendrá que buscar una farmacia nueva que pertenezca a la red. Para encontrar otra farmacia en su área, puede obtener ayuda a través de Servicios para los Miembros o buscar en el Directorio de proveedores y farmacias. También puede encontrar información en nuestro sitio web: www.elderplan.org.

¿Y si necesita una farmacia especializada?

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

- Farmacias que suministran medicamentos para la terapia de infusión en el hogar. Consulte el Directorio de proveedores y farmacias para encontrar en su área un proveedor de farmacia para el tratamiento de infusión en el hogar. Para obtener más información, llame a Servicios para los Miembros al 1-877-891-6447.
- Farmacias que proveen medicamentos para las personas que residen en un centro de atención a largo plazo (LTC). Por lo general, los centros de LTC (por ejemplo, un asilo de ancianos) tienen su propia farmacia. Si tiene dificultad para acceder a sus beneficios de la Parte D en un centro de LTC, comuníquese con Servicios para los Miembros.

- Farmacias que atienden al Servicio de Salud Indígena/Tribal/Urbana (no disponible en Puerto Rico). Excepto en emergencias, solo los Nativos estadounidenses o nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias de nuestra red.
- Farmacias que suministran medicamentos que están restringidos por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) para ciertos lugares o que demandan un manejo especial, la coordinación del proveedor o el aprendizaje sobre su uso. (**Nota:** esta situación rara vez se produce).

Para encontrar una farmacia especializada, busque en su *Directorio de proveedores y farmacias* o llame a Servicios para los Miembros.

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

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

El servicio de pedido por correo del plan le permite solicitar **un suministro para 90 días como máximo.**

Para obtener los formularios de pedido e información sobre cómo obtener sus medicamentos con receta por correo, visite www.elderplan.org o comuníquese con Servicios para los Miembros. Si acude a una farmacia de pedidos por correo que no pertenece a la red del plan, su medicamento con receta no estará cubierto.

Por lo general, el pedido a la farmacia de pedidos por correo se le enviará en 5 a 7 días como máximo. Sin embargo, a veces puede haber demoras. Si su proveedor le indica que comience a tomar el medicamento, puede obtener otra receta de su proveedor y adquirir un suministro para 30 días en una farmacia local. Usted deberá pagar el costo compartido que se aplique o el costo compartido tanto para el medicamento con receta que obtenga en la farmacia de pedidos por correo como para el suministro del medicamento con receta para 30 días que obtenga en la farmacia local. Póngase en contacto con Servicios para los Miembros para actualizar su información de contacto de manera que la farmacia pueda contactarlo para confirmar su pedido antes de enviarlo.

Recetas nuevas que la farmacia recibe directamente del consultorio de su médico.
La farmacia surtirá y le entregará, de manera automática, medicamentos con receta nuevos que reciba de proveedores de atención médica, sin verificarlo primero, si ocurre lo siguiente:

- Usted usó servicios de pedidos por correo con este plan en el pasado.
- Usted se inscribe para la entrega automática de todos los medicamentos con receta nuevos recibidos directamente de proveedores de atención médica. Puede solicitar la entrega automática de todos los nuevos medicamentos con receta en cualquier momento iniciando sesión en su cuenta de Caremark.com o llamando a Servicios para los Miembros.

Si recibe una receta que no quiere automáticamente por correo, y no se le contactó para determinar si lo quería antes de enviarlo, es posible que sea elegible para un reembolso.

Si usó el pedido por correo en el pasado y no quiere que la farmacia surta y envíe automáticamente cada receta nueva, póngase en contacto con nosotros iniciando sesión en su cuenta de Caremark.com o llamando a Servicios para los Miembros.

Si nunca utilizó nuestra entrega de pedidos por correo o decide dejar de recibir el surtido automático de los medicamentos con receta nuevos, la farmacia se comunicará con usted cada vez que reciba una receta nueva de un proveedor de atención médica para consultarle si desea obtener el medicamento y enviárselo inmediatamente. Es importante que responda cada vez que la farmacia lo contacte para informar si desea recibir, retrasar o cancelar el nuevo medicamento con receta.

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

Si opta por no usar un programa de resurtido automático, pero quiere que la farmacia de pedidos por correo le envíe su medicamento con receta, comuníquese con su farmacia 29 días antes de que se acabe su receta actual. Esto asegurará que su pedido se envíe en tiempo y forma.

Para cancelar su inscripción al programa de resurtido automático que prepara resurtidos por correo automáticamente, póngase en contacto con nosotros llamando a CVS Caremark al 1-866-490-2102 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), las 24 horas, los 7 días de la semana.

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

Sección 2.4 ¿Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo?

Cuando obtiene un suministro de medicamentos a largo plazo, el costo compartido puede ser menor. El plan ofrece dos maneras de obtener un suministro a largo plazo (también denominado suministro extendido) de medicamentos de mantenimiento en la Lista de medicamentos del plan. (Los medicamentos de mantenimiento son los que toma con regularidad para una condición médica crónica o prolongada).

1. Algunas farmacias minoristas de nuestra red le permitirán obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. En el *Directorio de proveedores y farmacias*, se incluyen las farmacias de la red que proporcionan suministros a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Para obtener más información, también puede llamar al Servicios para los Miembros.

2. También puede recibir medicamentos de mantenimiento a través de nuestro programa de pedidos por correo. Consulte la Sección 2.3 para obtener más información.

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

En determinadas circunstancias, su medicamento con receta puede estar cubierto

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

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

- Medicamentos con receta que obtiene como consecuencia de una emergencia médica.

- Cubriremos los medicamentos con receta que se obtengan en una farmacia fuera de la red si estos se relacionan con la atención de una emergencia o urgencia médica. En ese caso, cuando obtenga los medicamentos deberá pagar el costo total (en lugar de abonar su copago/coseguro solamente) al surtir la receta. Puede enviarnos una solicitud de pago. Cuando nos envíe una solicitud de pago, la analizaremos y decidiremos si debemos cubrir el medicamento. Esto se denomina tomar una "decisión de cobertura". Si decidimos que debemos brindar la cobertura, pagaremos la parte que nos corresponde del costo del medicamento. Si denegamos su solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión. En el Capítulo 9 de este folleto (Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)) se incluye información sobre cómo presentar una apelación.

- Cómo acceder a la cobertura cuando se encuentra de viaje o lejos del área de servicio del plan:

Si toma un medicamento con receta de forma regular y se encuentra viajando, asegúrese de comprobar el suministro del medicamento antes de salir. Siempre que sea posible, lleve todos los medicamentos que necesitará con usted. Es posible que pueda pedir los medicamentos con receta con anticipación a través de una farmacia de la red o de una farmacia minorista de la red que proporcione suministros extendidos. Si viaja dentro de los Estados Unidos, pero estará fuera del área de servicio del plan, y se enferma, pierde los medicamentos con receta o se le acaban, cubriremos los medicamentos con receta que obtenga en una farmacia fuera de la red si usted cumple con todas las demás normas de cobertura detalladas en este documento y no hay disponible una farmacia dentro de la red. En estos casos, primero consulte con Servicios para los Miembros para ver si hay alguna farmacia de la red cerca.

También cubriremos los medicamentos con receta adquiridos en una farmacia fuera de la red si se presenta al menos alguna de las siguientes situaciones:

- Si no puede obtener un medicamento cubierto en forma oportuna dentro del área de servicio porque no hay farmacias de la red que atiendan las 24 horas dentro de una distancia razonable en automóvil.

- Si trata de obtener un medicamento con receta cubierto en forma oportuna y este medicamento cubierto en particular (por ejemplo, un medicamento huérfano u otro de una especialidad farmacéutica que envía directamente el fabricante o proveedor especial) no está en el inventario habitual de las farmacias accesibles de la red o que brindan el servicio de pedido por correo.

  En estos casos, **primero consulte con Servicios para los Miembros** para ver si hay alguna farmacia de la red cerca. (Los números de teléfono de Servicios para los Miembros están impresos en la contraportada de este documento). Es posible que usted 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.

¿Cómo solicitar un reembolso al plan?

Si debe utilizar una farmacia fuera de la red, generalmente deberá pagar el costo total del medicamento con receta (en lugar de pagar la parte que le corresponde del costo compartido normal) cuando lo obtenga. Puede solicitar que le reembolsemos la parte que nos corresponde del costo. (En la Sección 2 del Capítulo 7 se explica cómo puede solicitar un reembolso al plan).

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

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

El plan cuenta con una *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*. En esta *Evidencia de cobertura*, **la denominamos "Lista de medicamentos" para abreviarla**.

Los medicamentos de esta lista son seleccionados por el plan con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista cumple con los requisitos de Medicare y ha sido aprobada por Medicare.

La "Lista de medicamentos" incluye los medicamentos que están cubiertos por la Parte D de Medicare. Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, usted tiene cobertura a través de los beneficios de Medicaid para algunos medicamentos con receta.

Para obtener más información sobre el Programa de Farmacias de New York State Medicaid, visite https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/program/pharmacy.htm.

Las personas que residen en la ciudad de New York pueden ponerse en contacto con la Administración de Recursos Humanos de la Ciudad de New York al 1-888-692-6116 para obtener información más actualizada y precisa sobre los beneficios.

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

- esté aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos para el diagnóstico o la afección para la cual se le receta;
- *o bien*, esté respaldado por determinadas referencias, como American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de Información DRUGDEX.

La “Lista de medicamentos” incluye medicamentos de marca y medicamentos genéricos.

Un medicamento de marca es un medicamento con receta que se vende con un nombre registrado propiedad del fabricante de medicamentos. Los medicamentos de marca que son más complejos que los medicamentos típicos (por ejemplo, medicamentos que se basan en una proteína) se denominan productos biológicos. En la "Lista de medicamentos", cuando hacemos referencia a los "medicamentos", puede que se haga referencia a 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. Por lo general, los genéricos funcionan igual que los medicamentos de marca y, generalmente, cuestan menos. Existen medicamentos genéricos sustitutos disponibles para muchos medicamentos de marca.

Lo que *no* se incluye en la "Lista de medicamentos"

Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP) no incluye los medicamentos cubiertos por Medicaid en la Lista de medicamentos. New York State Medicaid continúa proporcionando cobertura para determinados medicamentos del beneficio de la Parte D de Medicare, como algunas vitaminas con receta y algunos medicamentos sin receta.

Para obtener más información sobre el Programa de farmacias de New York State Medicaid, visite https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/program/pharmacy.htm.

Las personas que residen en la ciudad de New York pueden ponerse en contacto con la Administración de Recursos Humanos de la Ciudad de New York al 1-888-692-6116 para obtener información más actualizada y precisa sobre los beneficios.

El 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 sobre este tema, consulte la Sección 7.1 de este capítulo).
- En otros casos, hemos decidido no incluir un medicamento en particular en la Lista de medicamentos. En algunos casos, es posible que pueda obtener un medicamento que no figura en la “Lista de medicamentos”. Para obtener más información, consulte el Capítulo 9.

Sección 3.2 ¿Cómo puede averiguar si un medicamento específico está en la "Lista de medicamentos"?

Hay *3* formas de averiguarlo:

1. Revise la "Lista de medicamentos" más reciente que le enviamos de manera electrónica. (Tenga en cuenta lo siguiente: La Lista de medicamentos que proporcionamos incluye información para los medicamentos cubiertos que son más comúnmente utilizados por nuestros miembros. No obstante, cubrimos medicamentos adicionales que no están incluidos en la Lista de medicamentos proporcionada. Si algún medicamento no está incluido en la "Lista de medicamentos", deberá visitar nuestro sitio web o ponerse en contacto con Servicios para los Miembros para averiguar si lo cubrimos).
2. Visite el sitio web del plan (Elderplan.org). La Lista de medicamentos del sitio web siempre es la más actualizada.
3. Llame a Servicios para los Miembros para averiguar si un medicamento en particular está en la Lista de medicamentos del plan o para solicitar una copia de la lista.

4. Use la "Herramienta de beneficios en tiempo real" del plan (www.caremark.com) o llame a Servicios para los Miembros. Con esta herramienta, puede 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.

SECCIÓN 4 Hay restricciones respecto de la cobertura de algunos medicamentos

Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?

Para ciertos medicamentos con receta, existen normas especiales que restringen cómo y cuándo el plan los cubre. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrollaron estas normas para 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 toma o que desea tomar, consulte la Lista de medicamentos. Si un medicamento seguro y de bajo costo funciona médicamente tan bien como un medicamento de mayor costo, las normas del 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 según la dosis, la cantidad o la forma de un medicamento recetado por su proveedor de atención médica, y es posible que se apliquen diferentes restricciones o costos compartidos a las diferentes versiones del medicamento (por ejemplo, 10 mg frente a 100 mg, uno por día frente a dos por día, comprimido frente a líquido).

Sección 4.2 ¿Qué tipos de restricciones?

En la siguiente sección se brinda información adicional sobre los tipos de restricciones que usamos para ciertos medicamentos.

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

Restricción de medicamentos de marca cuando hay una versión genérica disponible

Un medicamento **genérico** suele tener el mismo efecto que un medicamento de marca y, por lo general, es más económico. **Cuando una versión genérica de un medicamento de marca se encuentre disponible, nuestras farmacias de la red le proporcionarán la versión genérica en lugar del medicamento de marca.** Sin embargo, si el proveedor ha escrito "sin sustitución" (No substitutions) en la receta para un medicamento de marca, O BIEN, nos ha informado el motivo por el cual ni el medicamento genérico ni otros medicamentos cubiertos que tratan la misma afección funcionarán en su caso, entonces sí cubriremos el medicamento de marca. (La parte que le corresponde del costo puede ser mayor para el medicamento de marca que para el medicamento genérico).

Cómo obtener la aprobación del plan por adelantado

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

Cómo probar un medicamento diferente primero

Este requisito lo alienta a probar medicamentos menos costosos que, generalmente, son igual de eficaces antes de que el plan le brinde cobertura para otro medicamento. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma afección médica, y el medicamento A cuesta menos, el plan puede requerir que pruebe el medicamento A primero. Si el medicamento A no le da ningún resultado, el plan cubrirá el medicamento B. Este requisito de probar primero con otro medicamento se denomina **tratamiento escalonado**.

Límites de cantidades

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

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

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

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

- El medicamento puede no estar cubierto en absoluto. O quizás una versión genérica del medicamento esté cubierta, pero la versión de marca que desea tomar no lo está.
- El medicamento está cubierto, pero se aplican normas o restricciones adicionales respecto de la cobertura de ese medicamento, como se explica en la Sección 4.
- Hay algunas cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera que usted querría que lo estuviera.
- Si su medicamento no está en la “Lista de Medicamentos” o si está restringido, consulte la Sección 5.2 para saber qué puede hacer.

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

Si su medicamento no está en la "Lista de medicamentos" o está restringido, existen opciones:

- Es posible que pueda obtener un suministro temporal del medicamento.
- Puede cambiarlo por otro medicamento.
- Puede solicitar una excepción y pedir al plan que cubra el medicamento o elimine las restricciones del medicamento.

Puede obtener un suministro temporal

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

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

- **Si es un miembro nuevo,** cubriremos un suministro temporal del medicamento durante los primeros **90 días** de su membresía en el plan.

- **Si perteneció al plan el año pasado,** cubriremos un suministro temporal del medicamento durante los primeros **90 días** del año calendario.
- Este suministro temporal será para un máximo de 30 días. Si su receta está indicada para menos días, permitiremos obtener varias veces los medicamentos hasta llegar a *un suministro para 30 días* como máximo del medicamento. El medicamento con receta debe obtenerse en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo puede proporcionarle el medicamento en menores cantidades por vez para evitar el uso indebido).
- **Para los que han sido miembros del plan por más de *90 días* y son residentes en un centro de atención a largo plazo y necesitan un suministro de inmediato:**

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

  - Si usted ingresa en un centro de atención a largo plazo (LTC) y provenía de un lugar (hogar) como paciente externo, de un hospital o de otro centro de LTC, cubriremos un suministro de transición temporal para 31 días (a menos que tenga una receta para menos días) para cada uno de los medicamentos que no estén incluidos en nuestro Formulario o que tengan restricciones o límites de cobertura.

- Si deja el centro de LTC o el hospital y regresa a su hogar como paciente externo, cubriremos un suministro temporal para 30 días (a menos que tenga una receta para menos días) después del alta, para cada uno de los medicamentos que no estén incluidos en nuestro formulario o que tengan restricciones o límites de cobertura. Tenga en cuenta que nuestra política de transición se aplica únicamente a aquellos medicamentos que se incluyen como “medicamentos de la Parte D” y que se surten en una farmacia de la red.

Tenga en cuenta que nuestra política de transición se aplica únicamente a aquellos medicamentos que se incluyen como “medicamentos de la Parte D” y que se surten en una farmacia de la red.

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

Durante el tiempo que use un suministro temporal de un medicamento, deberá hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se acabe su suministro temporal. Tiene dos opciones:

1) Puede cambiar a otro medicamento

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

2) Puede solicitar una excepción

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

Si es actualmente un miembro y el medicamento que está tomando se retira del formulario o tiene algún tipo de restricción el próximo año, se lo informaremos antes del año nuevo. Los miembros actuales pueden solicitar una excepción antes del próximo año y le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibir su solicitud (o declaración que respalda su solicitud por parte de la persona autorizada a dar recetas). Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura antes de que el cambio entre en vigencia.

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

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

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

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

- **Agregar o quitar medicamentos de la Lista de medicamentos**.
- **Agregar o quitar una restricción en la cobertura para un medicamento.**
- **Reemplace un medicamento de marca por una versión genérica del medicamento.**

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

Sección 6.2 ¿Qué sucede si se modifica la cobertura de un medicamento que estoy tomando?

Información sobre cambios en la cobertura de medicamentos

Cuando se producen cambios en la Lista de medicamentos, publicamos la información sobre esos cambios en nuestro sitio web. También actualizamos nuestra Lista de medicamentos en línea de manera regular. A continuación, le indicamos los momentos en que recibiría un aviso directo si se realizan cambios en un medicamento que está tomando.

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

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

- Es posible que eliminemos el medicamento de marca de la Lista de medicamentos de inmediato si lo reemplazamos con una nueva versión genérica aprobada del mismo medicamento. El medicamento genérico aparecerá en el mismo nivel de costo compartido o en uno inferior y con las mismas o menos restricciones. Podemos decidir conservar el medicamento de marca en la Lista de medicamentos, pero lo pasaremos de inmediato a un nivel de costo compartido superior o agregaremos restricciones nuevas, o ambos cuando se agregue el nuevo genérico.
- Es posible que no le informemos con anticipación antes de hacer ese cambio, incluso si usted está tomando actualmente el medicamento de marca. Si está tomando un medicamento de marca en el momento en que realizamos el cambio, le proporcionaremos información sobre los cambios específicos. Esto también incluirá información sobre los pasos que puede seguir para solicitar una excepción para cubrir el medicamento de marca. Es posible que no reciba este aviso antes de realizar el cambio.
- Usted o la persona autorizada a dar recetas pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento de marca. Para obtener más información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9.

- **Medicamentos inseguros y otros medicamentos en la "Lista de medicamentos" que se retiran del mercado**
  - A veces, un medicamento puede considerarse inseguro o puede ser retirado del mercado por algún otro motivo. Si esto sucede, podemos quitar el medicamento de la Lista de medicamentos de inmediato. Si está tomando ese medicamento, se lo informaremos de inmediato.
  - La persona autorizada a dar recetas también estará enterada de este cambio y puede ayudarlo a encontrar otro medicamento para tratar su afección.
- **Otros cambios a los medicamentos en la Lista de medicamentos**
  - Es posible que hagamos otros cambios una vez que el año haya comenzado que afecten los medicamentos que está tomando. Por ejemplo, podemos agregar un medicamento genérico que no sea nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca en la "Lista de medicamentos", cambiar el nivel de costo compartido o agregar restricciones nuevas al medicamento de marca, o ambos. También podríamos hacer cambios basados en las advertencias en caja de la FDA o nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare.

- Para estos cambios, debemos darle un aviso sobre el cambio con al menos 30 días de anticipación, o darle un aviso sobre el cambio y darle un resurtido de 30 días del medicamento que está tomando en una farmacia de la red.
- Después de recibir el aviso sobre el cambio, usted deberá trabajar con la persona autorizada a dar recetas para cambiarse a un medicamento diferente que cubramos o para satisfacer cualquier nueva restricción sobre el medicamento que está tomando.
- Usted o la persona autorizada a dar recetas pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento. Para obtener más información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9.

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

Es posible que hagamos ciertos cambios en la Lista de medicamentos que no se describen anteriormente. En estos casos, el cambio no se aplicará a su caso si usted toma el medicamento cuando se realiza el cambio; sin embargo, estos cambios probablemente lo afectarán el 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 actual del plan son:

- Imponemos una nueva restricción para el uso de su medicamento.
- Retiramos el medicamento de la “Lista de medicamentos”.

Si tiene lugar alguno de estos cambios con respecto a un medicamento que usted toma (excepto por el retiro del mercado, un medicamento genérico que reemplace a un medicamento de marca, u otro cambio que se indica en las secciones anteriores), entonces el cambio no afectará su uso o lo que usted paga como su parte del costo hasta el 1 de enero del próximo año. Hasta esa fecha, probablemente no verá ningún aumento en sus pagos ni ninguna restricción adicional a su uso del medicamento.

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 está disponible durante el período de inscripción abierta) para saber si hay cambios en los medicamentos que está tomando que lo afectarán durante el próximo año del plan.

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

Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos

En esta sección se describen los tipos de medicamentos con receta que **se excluyen**. Esto significa que Medicare no paga estos medicamentos.

Si apela y el medicamento solicitado se considera que no se excluye de acuerdo con la Parte D, lo pagaremos o lo cubriremos. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión, consulte el Capítulo 9). Si el medicamento está excluido, usted debe pagarlo.

A continuación, se mencionan tres normas generales sobre los medicamentos que los planes de medicamentos de Medicare no cubrirán a través de la Parte D:

- La cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que estaría cubierto por la Parte A o la Parte B de Medicare.
- Nuestro plan no puede cubrir un medicamento que se haya comprado fuera de los Estados Unidos o sus territorios.

- Nuestro plan, por lo general, no puede cubrir el uso para una indicación no autorizada. El uso para una indicación no autorizada es cualquier uso distinto al indicado en la etiqueta de un medicamento aprobado por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA).
- La cobertura para la indicación no autorizada está permitida únicamente cuando el uso está respaldado por determinadas referencias, como American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de Información DRUGDEX.

Además, por ley, las siguientes categorías de medicamentos que figuran a continuación no están cubiertas por Medicare. Sin embargo, algunos de estos medicamentos pueden estar incluidos en su cobertura de medicamentos de Medicaid.

Para obtener más información sobre el Programa de farmacias de New York State Medicaid, visite: https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/program/pharm acy.htm.

Las personas que residen en la ciudad de New York pueden ponerse en contacto con la Línea de ayuda de la Administración de Recursos Humanos de la Ciudad de New York al 1-888-692-6116 para obtener información más actualizada y precisa sobre los beneficios.

- 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 resfrío.
- Medicamentos para fines estéticos o para promover el crecimiento del cabello
- Vitaminas y productos minerales recetados, excepto las vitaminas prenatales y las preparaciones de flúor.
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil.
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la anorexia, la pérdida de peso o el aumento de peso
- Medicamentos para pacientes externos cuyo fabricante pretenda exigir como condición de venta que los exámenes asociados o servicios de supervisión se compren exclusivamente al fabricante.

Si recibe "Ayuda adicional" para pagar sus medicamentos con receta, el programa de "Ayuda adicional" no pagará los medicamentos que no están cubiertos normalmente. No obstante, si tiene una cobertura para medicamentos a través de Medicaid, el programa Medicaid de su estado pueden cubrir algunos medicamentos con receta que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos con receta de Medicare. Póngase en contacto con el programa Medicaid de su estado para determinar la cobertura para medicamentos disponible para usted. (Encontrará los números de teléfono y la información de contacto de Medicaid en la Sección 6 del Capítulo 2).

SECCIÓN 8 Cómo obtener un medicamento con receta

Sección 8.1 Proporcione su información de membresía

Para surtir una receta, proporcione su información de membresía del plan, que se puede encontrar en su tarjeta de membresía, en la farmacia de la red que elija. La farmacia de la red automáticamente le facturará al plan la parte que nos corresponde pagar por su medicamento. Usted le deberá pagar a la farmacia *su* parte del costo cuando retire el medicamento con receta.

Sección 8.2 ¿Qué sucede si no tiene la información de membresía?

Si no tiene la información de su membresía del plan en el momento de surtir una receta, usted o la farmacia pueden llamar al plan para obtener la información necesaria, o puede pedir que la farmacia busque su información de inscripción del plan.

Si la farmacia no recibe la información necesaria, **es posible que usted deba pagar el costo total del medicamento con receta cuando lo retire**. (Puede **solicitar que le reembolsemos** la parte que nos corresponde. Consulte la Sección 2 del Capítulo 7 para obtener información sobre cómo solicitar un reembolso al plan).

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

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

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

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

Normalmente, un centro de atención a largo plazo (LTC) (como un asilo de ancianos) tiene su propia farmacia o usa una farmacia que suministra medicamentos para todos sus residentes. Si usted es residente de un centro de LTC, puede obtener sus medicamentos con receta a través de la farmacia del centro o la que utiliza, siempre y cuando sea parte de nuestra red.

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

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

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

Sección 9.3 ¿Qué sucede si se encuentra en un hospicio certificado por Medicare?

El hospicio y nuestro plan no cubren el mismo medicamento al mismo tiempo. Si usted está inscrito en un hospicio de Medicare y requiere determinados medicamentos (por ejemplo, medicamento contra las náuseas, laxantes, analgésicos o ansiolíticos) que no están cubiertos por su hospicio porque no están relacionado con su enfermedad terminal o sus afecciones relacionadas, nuestro plan debe ser notificado por la persona que le da la receta o por su proveedor del hospicio que el medicamento no está relacionado antes de que nuestro plan pueda cubrir el medicamento. Para evitar demoras en la recepción de estos medicamentos que debería cubrir nuestro plan, solicite a su proveedor del hospicio o a la persona que le da la receta que le brinden una notificación antes de que se surta su medicamento con 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, lleve la documentación a la farmacia para verificar su revocación o alta.

SECCIÓN10 Programas sobre la seguridad y el manejo de los medicamentos

Sección 10.1 Programas para ayudar a los miembros a utilizar los medicamentos en forma segura

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

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

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

- Cantidades inseguras de medicamentos opioides para el dolor.

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

Sección 10.2 Programa de manejo de medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a usar de forma segura sus medicamentos opioides

Tenemos un programa que ayuda a garantizar que los miembros usen de forma segura los opioides con receta y otros medicamentos de los que se abusa con frecuencia. Este programa se llama Programa de manejo de medicamentos (DMP). Si usa medicamentos opioides que obtiene de varios médicos o farmacias, o si tuvo una sobredosis de opioides hace poco, es posible que hablemos con sus médicos para asegurarnos de que su uso de los medicamentos opioides sea adecuado y médicamente necesario. Si, al trabajar con sus médicos, decidimos que su uso de medicamentos opioides o benzodiazepinas con receta puede no ser seguro, podemos limitar cómo puede obtener esos medicamentos. Si lo colocamos en nuestro DMP, las siguientes pueden ser algunas de las limitaciones:

- Exigirle que obtenga todas sus recetas de medicamentos opioides o benzodiazepinas de una determinada farmacia.

- Exigirle que obtenga todas sus recetas de medicamentos opioides o benzodiazepinas de determinados médicos.
- Limitar la cantidad de medicamentos opioides o benzodiazepinas que cubriremos.

Si planeamos limitar cómo puede obtener estos medicamentos o la cantidad, le enviaremos una carta por adelantado. En la carta, se le indicará si limitaremos la cobertura de estos medicamentos en su caso o si usted deberá obtener los medicamentos con receta solo de un médico o una farmacia en específico. Tendrá la oportunidad de contarnos qué médicos o farmacias prefiere usar, y cualquier otra información que, en su opinión, es importante que sepamos. Después de que usted tenga la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos, le enviaremos otra carta en la que se confirme la limitación. Si cree que cometimos un error o si está en desacuerdo con nuestra decisión o con la limitación, usted y la persona autorizada a dar recetas tienen derecho a apelar. Si presenta una apelación, revisaremos su caso y le comunicaremos una decisión nueva. Si continuamos denegando alguna parte de su solicitud relacionada con las limitaciones que se aplican a su acceso a los medicamentos, enviaremos automáticamente su caso a un revisor independiente ajeno a nuestro plan. Para obtener información sobre cómo solicitar una apelación, consulte el Capítulo 9.

No se lo colocará en nuestro DMP si posee ciertas afecciones médicas, como dolor activo o anemia falciforme, o si está recibiendo cuidados de hospicio, paliativos o para el final de la vida, o vive en un centro de atención a largo plazo.

Sección 10.3 Programa de Manejo del Tratamiento Farmacológico (MTM) para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos

Tenemos un programa que puede ayudar a nuestros miembros que tienen necesidades de salud complejas. Nuestro programa se denomina Programa de Manejo del Tratamiento Farmacológico (MTM). Este programa es voluntario y gratuito. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrollaron el programa para nosotros, para ayudarnos garantizar que nuestros miembros obtengan el mayor beneficio de los medicamentos que toman.

Algunos miembros que toman medicamentos para diferentes afecciones médicas y tienen costos elevados de los medicamentos o están en un DMP para ayudar a los miembros a usar sus opioides con seguridad pueden recibir servicios a través de un programa de MTM. Si califica para el programa, un farmacéutico u otro profesional de la salud le brindarán una revisión integral de todos sus medicamentos. Durante la revisión, puede hablar sobre sus medicamentos, sus costos y cualquier problema o pregunta que tenga sobre sus medicamentos con receta y de venta libre. Recibirá un resumen escrito que incluye los pasos que debe seguir para obtener los mejores resultados de sus medicamentos. Además, recibirá una lista de medicamentos con todos los medicamentos que esté tomando, la cantidad, el momento y el motivo por el cual los toma. Además, los miembros del programa MTM recibirán información sobre la eliminación segura de medicamentos con receta que son sustancias controladas.

Es una buena idea hablar con su médico sobre su lista de pasos y su lista de medicamentos. Lleve el resumen a su consulta o siempre que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica. Además, guarde su lista de medicamentos actualizada con usted (por ejemplo, con su identificación) en caso de que vaya al hospital o a la sala de emergencias.

Si contamos con un programa que se ajuste a sus necesidades, automáticamente lo inscribiremos en él y le enviaremos información. Si decide no participar, avísenos y lo retiraremos. Si tiene alguna pregunta sobre este programa, comuníquese con Servicios para los Miembros.

CAPÍTULO 6

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

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

Debido a que usted es elegible para Medicaid, reúne los requisitos para la "Ayuda adicional" de Medicare (y la está recibiendo) para cubrir los costos del plan de medicamentos con receta. Debido a que participa en el programa de "Ayuda adicional", **es posible que haya información sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D en esta *Evidencia de cobertura* que no aplique para usted.** Le enviamos un inserto separado que se denomina Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta (también conocida como Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS), en el que se le informa sobre la cobertura para sus medicamentos. Si no posee este inserto, póngase en contacto con el Servicio para los miembros y solicite la Cláusula adicional LIS.

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

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Utilice este capítulo junto con la demás documentación que explique la cobertura para medicamentos

Este capítulo se centra en lo que usted paga por los medicamentos con receta de la Parte D. Para simplificar las cosas, en este capítulo usamos el término **medicamento** para referirnos a un medicamento con receta de la Parte D. Tal como se explicó en el Capítulo 5, no todos los medicamentos están cubiertos por la Parte D; algunos medicamentos están excluidos de la cobertura de la Parte D por ley. Algunos de los medicamentos excluidos de la cobertura de la Parte D están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare, o por Medicaid.

Para comprender la información de pago, debe saber qué medicamentos están cubiertos, dónde obtener sus medicamentos con receta y cuáles son las normas que debe seguir cuando obtiene sus medicamentos cubiertos. Las Secciones 1 a 4 del Capítulo 5 explican estas normas. Cuando usa la Herramienta de beneficios en tiempo real del plan para consultar la cobertura de los medicamentos (consulte la Sección 3.3 del Capítulo 3), el costo que se muestra en tiempo real significa que el costo que ve en la herramienta refleja un momento en el tiempo para proporcionar un valor estimativo de los gastos no cubiertos que se espera que pague. También puede obtener información proporcionada por la "Herramienta de beneficios en tiempo real" llamando a Servicios para los Miembros.

Sección 1.2 Tipos de gastos que paga de su bolsillo que posiblemente deba pagar por los medicamentos cubiertos

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

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

- El **coseguro** es un porcentaje del costo total que paga cada vez que obtiene un medicamento con receta.

Sección 1.3 Cómo calcula Medicare los gastos no cubiertos

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

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

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

- El monto que paga por los medicamentos cuando está en cualquiera de las siguientes etapas de pago de medicamentos:
  - La Etapa del deducible.
  - La Etapa de cobertura inicial.
  - La Etapa del período sin cobertura.

- Cualquier pago que efectuó durante este año calendario como miembro de otro plan de medicamentos con receta de Medicare diferente antes de inscribirse en nuestro plan.

Es importante quién paga:

- Si hace estos pagos **usted mismo**, se incluyen en los costos que paga de su bolsillo.
- Estos pagos *también se incluyen* en los gastos no cubiertos si los efectúan **determinadas personas u organizaciones** en su nombre. Esto incluye los pagos por sus medicamentos realizados por un amigo o familiar, por la mayoría de las organizaciones benéficas, programas de asistencia de medicamentos para el SIDA, un Programa estatal de asistencia farmacéutica calificado por Medicare o el Servicio de Salud para Indígenas. También se incluyen los pagos realizados por el Programa de "Ayuda adicional" de Medicare.
- Algunos pagos realizados por el Programa de Descuentos para el Período Sin Cobertura de Medicare se incluyen en los gastos no cubiertos. Se incluye el monto que el fabricante paga por los medicamentos de marca. Pero no se incluye el monto que el plan paga por sus medicamentos genéricos.

Paso a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas:

Cuando usted (o los que pagan en su nombre) haya pagado un total de $8,000 por gastos no cubiertos en el año calendario, pasará de la Etapa de cobertura inicial O de la Etapa del período sin cobertura a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

Estos pagos no se incluyen en los gastos no cubiertos

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

- Su prima mensual.
- Medicamentos que compra fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Medicamentos que no cubre nuestro plan.
- Medicamentos que obtiene en una farmacia fuera de la red y que no cumplen los requisitos del plan para cobertura fuera de la red.
- Los medicamentos que no sean de la Parte D, incluidos los medicamentos con receta cubiertos por las Parte A y B, y otros medicamentos excluidos de la cobertura de Medicare.
- Pagos que usted realiza por medicamentos recetados que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos recetados de Medicare.

- Pagos que realiza el plan por sus medicamentos genéricos o de marca mientras se encuentra en la Etapa sin cobertura.
- Pagos por sus medicamentos que realizan los planes de salud grupal, incluidos los planes de salud del empleador.
- Pagos de sus medicamentos hechos por ciertos planes de seguro y programas de salud financiados por el gobierno, como TRICARE y Asuntos de Veteranos.
- Los pagos por sus medicamentos que realiza un tercero con la obligación legal de pagar los costos de los medicamentos con receta (por ejemplo, un seguro de indemnización por accidentes laborales).

Recordatorio: Si cualquier otra organización, como las mencionadas anteriormente, paga parte o la totalidad de los costos de sus medicamentos que paga de su bolsillo, debe informar a nuestro plan llamando a Servicios para los Miembros.

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

- **Nosotros le ayudaremos**. El informe de la Explicación de los beneficios (EOB) de la Parte D que recibe incluye el monto actual de los gastos no cubiertos. Cuando este monto llegue a $8,000, este informe le dirá que ha pasado de la Etapa de cobertura inicial O la Etapa del período sin cobertura a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos**. En la Sección 3.2 se explica qué puede hacer para asegurarse de que nuestros registros de lo que ha gastado estén completos y actualizados.

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

Sección 2.1 ¿Cuáles son las etapas de pago de medicamentos para los miembros de *Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP)*?

Hay cuatro etapas de pago de los medicamentos para su cobertura de medicamentos con receta de la Parte D de Medicare conforme a Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP). El monto que usted paga depende de la etapa en que se encuentre cuando surte o resurte una receta. En las Secciones 4 a 7 de este capítulo, encontrará más detalles de cada etapa. Las etapas son:

Etapa 1: Etapa del deducible anual

Etapa 2: Etapa de cobertura inicial

Etapa 3: Etapa del período sin cobertura

Etapa 4: Cobertura en situaciones catastróficas

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

Sección 3.1 Le enviamos un resumen mensual llamado *Explicación de beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D)

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

- Llevamos un registro de cuánto ha pagado. Esto se denomina **gastos no cubiertos**.
- Llevamos un registro de sus **costos totales de medicamentos**. Esta es la cantidad que paga de su bolsillo o que otros pagan en su nombre más la cantidad pagada por el plan.

Si ha obtenido uno o más medicamentos con receta a través del 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 brinda los detalles de pago sobre las recetas que surtió durante el mes anterior. Muestra el total de costos de los medicamentos, lo que el plan pagó y lo que usted y otros pagaron en su nombre.
- **Los totales para el año desde el 1 de enero.** A esto se lo denomina información del año hasta la fecha. Muestra los costos totales de los medicamentos y los pagos totales por sus medicamentos desde que comenzó el año.
- **Información sobre los precios de los medicamentos.** Esta información mostrará el precio total de los medicamentos e información sobre los aumentos en los precios desde el primer surtido para cada reclamo de receta de la misma cantidad.
- **Medicamentos con receta alternativos de menor costo disponibles.** Esto incluirá información sobre otros medicamentos disponibles con costos compartidos más bajos para cada reclamación de medicamentos con receta.

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

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

- **Muestre su tarjeta de membresía cada vez que obtenga un medicamento con receta.** Esto nos ayuda a asegurarnos de que sabemos acerca de los medicamentos que está surtiendo y lo que está pagando.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** Es posible que, en ocasiones, usted deba pagar el costo total de un medicamento con receta. En estos casos, no obtendremos automáticamente la información que necesitamos para llevar un registro de los costos que paga de su bolsillo. Para ayudarnos a mantener un registro de los gastos no cubiertos, puede darnos copias de estos recibos. Estos son 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 utilizando una tarjeta de descuento que no sea parte del beneficio de nuestro plan.
    - Cuando realiza un copago por los medicamentos que se proporcionan en virtud de un programa de asistencia del fabricante del medicamento para el paciente.
    - Cuando haya comprado medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red o en otras ocasiones en las que haya pagado 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 la Sección 2 del Capítulo 7.

- **Envíenos la información sobre los pagos que terceros hayan realizado por usted.** Los pagos realizados por otras personas u organizaciones también se tienen en cuenta en los costos que paga de su bolsillo. Por ejemplo, para los costos que paga de su bolsillo, se tienen en cuenta los pagos realizados por un Programa estatal de asistencia farmacéutica, un Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP), el Servicio de Salud para Indígenas y la mayoría de las organizaciones benéficas. Lleve un registro de estos pagos y envíenoslo para que podamos hacer un seguimiento de sus costos.
- **Revise el informe que le enviamos por escrito.** Cuando reciba la EOB de la Parte D, revísela para asegurarse de que la información sea correcta y esté completa. Si cree que falta algo o si tiene preguntas, llame a Servicios para los Miembros. Asegúrese de guardar estos informes.

SECCIÓN 4 Durante la Etapa del deducible, usted paga el costo total de los medicamentos

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

Consulte el documento aparte (Cláusula para subsidio por bajos ingresos o Cláusula LIS) para obtener información sobre el monto del deducible.

Si no recibe "Ayuda adicional", la Etapa del deducible es la primera etapa de pago de la cobertura para medicamentos. Esta etapa comienza cuando surte su primera receta del año. Cuando se encuentra en esta etapa de pago, **debe pagar el costo total de los medicamentos** hasta que llegue al monto del deducible del plan, que es de $545 para 2024. El deducible no se aplica a las inyecciones de insulina cubiertas y la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, incluidas las vacunas contra el herpes y el tétanos, y las vacunas para viajes. El **costo total** suele ser inferior al precio total normal del medicamento, puesto que el plan ha negociado costos más bajos para la mayoría de los medicamentos en las farmacias de la red.

Una vez que haya pagado $545 por los medicamentos, sale de la Etapa del deducible y pasa a la Etapa de cobertura inicial.

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

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

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

Sus opciones de farmacia

El monto que paga por un medicamento depende del lugar donde lo surte:

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

Para obtener más información sobre las opciones de farmacias y la obtención de los medicamentos con receta, consulte el Capítulo 5 y el Directorio de proveedores y farmacias del plan.

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

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

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

Costo compartido Nivel 1	**Costo compartido minorista estándar (dentro de la red)** (suministro para *30 días* como máximo)[Ω]	**Costo compartido de atención a largo plazo (LTC)** (suministro para *31* días como máximo)[Ω]	**Costo compartido fuera de la red** (La cobertura se limita a ciertas situaciones; consulte el Capítulo 5 para obtener más información). (Suministro para 30 días como máximo)[Ω]
Para los medicamentos genéricos (incluso los medicamentos de marca considerados genéricos)	Según su "Ayuda adicional" Usted paga: copago de $0 o copago de $1.55 o copago de $4.50 o 25% del costo.	Según su "Ayuda adicional" Usted paga: copago de $0 o copago de $1.55 o copago de $4.50 o 25% del costo.	Según su "Ayuda adicional" Usted paga: copago de $0 o copago de $1.55 o copago de $4.50 o 25% del costo
Para todos los demás medicamentos	Según su "Ayuda adicional" Usted paga: copago de $0 o copago de $4.60 o copago de $11.20 o 25% del costo.	Según su "Ayuda adicional" Usted paga: copago de $0 o copago de $4.60 o copago de $11.20 o 25% del costo.	Según su "Ayuda adicional" Usted paga: copago de $0 o copago de $4.60 o copago de $11.20 o 25% del costo.
[Ω] No pagará más de $35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de costo compartido, incluso si no ha pagado el deducible.			

Consulte la Sección 9 de este capítulo para obtener más información sobre los costos compartidos de las vacunas de la Parte D para las vacunas de la Parte D.

Si recibe "Ayuda adicional" para pagar sus medicamentos, consulte la cláusula adicional para "Subsidio por bajos ingresos" (LIS).

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

Por lo general, el monto que paga por un medicamento con receta cubre un suministro para un mes completo. Es posible que, en ocasiones, usted o su médico deseen que usted tenga un suministro de un medicamento para menos de un mes (por ejemplo, cuando prueba por primera vez un medicamento). También puede pedirle a su médico que le recetará, y a su farmacéutico que le resurte, el suministro de sus medicamentos para menos de un mes completo, si esto lo ayudará a resurtir mejor las fechas de resurtido del plan para diferentes recetas.

Si recibe un suministro de determinados medicamentos para menos de un mes completo, no deberá pagar el suministro para un mes completo.

- Si es responsable de pagar un coseguro, paga un *porcentaje* del costo total del medicamento. Debido a que el coseguro se basa en el costo total del medicamento, su costo será menor debido a que el costo total del medicamento será menor.

- Si usted es responsable de pagar un copago por el medicamento, solo pagará la cantidad de días del medicamento que recibe en lugar de un mes completo. Calcularemos la cantidad que paga por día por su medicamento (el "costo compartido diario") y lo multiplicaremos por la cantidad de días del medicamento que recibe.

Sección 5.4 Tabla que muestra sus costos por un suministro de un medicamento *a largo plazo* (de hasta 90 días)

Para algunos medicamentos, puede obtener un suministro a largo plazo (también denominado "suministro extendido"). Un suministro a largo plazo es un suministro para hasta 90 días.

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

Su parte del costo cuando recibe un suministro a *largo plazo* de un medicamento con receta cubierto de la Parte D:

Nivel	**Costo compartido minorista estándar (dentro de la red)** (Hasta 90 días de suministro)*†Ω	**Costo compartido de servicio de pedidos por correo** (Hasta 90 días de suministro)*†Ω
Para los medicamentos genéricos (incluso los medicamentos de marca considerados genéricos)	Según su "Ayuda adicional" Usted paga: copago de $0 o copago de $1.55 o copago de $4.50 o 25% del costo	Según su "Ayuda adicional" Usted paga: copago de $0 o copago de $1.55 o copago de $4.50 o 25% del costo
Para todos los demás medicamentos	Según su "Ayuda adicional" Usted paga: copago de $0 o copago de $4.60 o copago de $11.20 o 25% del costo	Según su "Ayuda adicional" Usted paga: copago de $0 o copago de $1.55 o copago de $4.50 o 25% del costo
* También está disponible un suministro para 60 días para el costo minorista estándar.		
†NDS: suministro no extendido. Ciertos medicamentos especializados estarán limitados a un suministro para 30 días como máximo por surtido.		
-No pagará más de $35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, independientemente del costo compartido de los medicamentos de la Parte B y la Parte D, incluso si no ha pagado el deducible.		

No pagará más de $70 por un suministro de hasta dos meses o $105 por un suministro de hasta tres meses de cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de costo compartido, incluso si no pagó el deducible.

Si recibe "Ayuda adicional" para pagar sus medicamentos, consulte la cláusula adicional para "Subsidio por bajos ingresos" (LIS).

Sección 5.5 Permanecerá en la Etapa de cobertura inicial hasta que los costos totales anuales de sus medicamentos alcancen los $5,030

Permanecerá en la Etapa de cobertura inicial hasta que el monto total para los medicamentos con receta que ha obtenido alcance el **límite de $5,030 para la Etapa de cobertura inicial**.

La EOB de la Parte D que recibe lo ayudará a llevar un registro de cuánto gastó, el plan y cualquier tercero que haya gastado en su nombre durante el año. Muchas personas no llegan al límite de $5,030 en un año.

Le informaremos cuando llegue a este monto. Si llega a este monto, saldrá de la Etapa de cobertura inicial y pasará a la Etapa del período sin cobertura *O* a la Etapa de la cobertura en situaciones catastróficas. Consulte la Sección 1.3 de cómo Medicare calcula los costos que paga de su bolsillo.

SECCIÓN 6 Costos en la Etapa del período sin cobertura

Cuando se encuentra en la Etapa del período sin cobertura, el Programa de descuentos durante el período sin cobertura de Medicare ofrece descuentos del fabricante para medicamentos de marca. Usted pagará el 25% del precio negociado y una parte del costo de suministro de los medicamentos de marca. Tanto el monto que usted paga como el monto descontado por el fabricante se tienen en cuenta para los gastos que paga de su bolsillo como si usted hubiera pagado esa cantidad y lo desplaza a lo largo del período sin cobertura.

También recibe cierto grado de cobertura para los medicamentos genéricos. No paga más del 25% del costo de los medicamentos genéricos y el plan paga el resto del costo. Solo el monto que usted paga es considerado y lo desplaza a lo largo del período sin cobertura.

Usted sigue pagando estos costos hasta que los pagos que paga de su bolsillo alcancen el monto máximo que ha fijado Medicare. Cuando llegue a este monto ($8,000), saldrá de la Etapa del período sin cobertura y pasará a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

Medicare tiene normas acerca de lo que cuenta y lo que *no* cuenta para los costos que paga de su bolsillo (Sección 1.3).

Los requisitos de coseguro de la Etapa del período sin cobertura no se aplican a las vacunas de insulina cubiertas en la Parte D y la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, incluidas vacunas con tetanus y viajes.

No pagará más de $35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de costo compartido.

Consulte la Sección 9 de este capítulo para obtener más información sobre las vacunas de la Parte D y los costos compartidos de las vacunas de la Parte D.

SECCIÓN 7 Durante la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, el plan paga el costo total de los medicamentos de la Parte D cubiertos

- Usted ingresa en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas cuando los gastos no cubiertos hayan alcanzado el límite de $8,000 para el año calendario. Una vez que ingresa en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, permanecerá en esta etapa de pago hasta que finalice el año calendario.
- Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de los medicamentos de la Parte D cubiertos. Usted no paga nada.

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

Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas: algunas vacunas se consideran beneficios médicos. Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas en la "Lista de medicamentos" del plan. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo para usted incluso si no ha pagado el deducible. Consulte la "Lista de medicamentos" de su plan o comuníquese con Servicios para los Miembros para obtener información sobre la cobertura y el costo compartido de vacunas específicas.

Nuestra cobertura de vacunas de la Parte D comprende dos partes:

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

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

1. **Si la vacuna es recomendada para adultos por una organización denominada Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP).**
   - La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos son recomendadas por el ACIP y no tienen costo para usted.
2. **Dónde obtiene la vacuna.**
   - La vacuna en sí puede ser suministrada por una farmacia o provista por el consultorio del médico.
3. **Quién le administra la vacuna.**
   - Un farmacéutico u otro proveedor pueden administrarle la vacuna en la farmacia. Alternativamente, un proveedor puede administrarla en el consultorio del médico.

Lo que usted paga en el momento de recibir la vacuna de la Parte D puede variar según las circunstancias y la **Etapa de pago de medicamentos** en la que esté.

- A veces, cuando recibe una vacuna, debe pagar el costo total tanto de la vacuna en sí como el costo del proveedor para administrarlo. Puede solicitar a nuestro plan el reembolso de la parte que nos corresponde del costo. Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, esto significa que se le reembolsará el costo total que pagó.

- Otras veces, cuando recibe una vacuna, pagará solo su parte del costo según su beneficio de la Parte D. Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, no pagará nada.

A continuación, se mencionan tres ejemplos de formas en las que podría recibir una vacuna de la Parte D.

Situación 1: Se le administra la vacuna de la Parte D en la farmacia de la red. (La disponibilidad de esta opción depende del lugar donde viva. Algunos estados no permiten que las farmacias brinden ciertas vacunas).

- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, no pagará nada.
- Para otras vacunas de la Parte D, usted le pagará a la farmacia el coseguro *O* el copago por la vacuna. Este pago incluye el costo de la administración de la vacuna.
- Nuestro plan paga el resto de los costos.

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

- Cuando usted recibe la vacuna, es posible que deba pagar el costo total de la vacuna en sí y el costo del proveedor para que la administre.

- Entonces podrá pedirle al plan que le pague la parte que nos corresponde del costo mediante los procedimientos que se describen en el Capítulo 7.
- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, se le reembolsará el monto total que pagó. Para otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará el monto que usted pagó y se restará cualquier coseguro *O* copago para la vacuna (incluida la administración).

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

- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, no pagará nada por la vacuna en sí.
- Para otras vacunas de la Parte D, pagará a la farmacia el coseguro *O* copago por la vacuna en sí.
- Cuando su médico le administre la vacuna, es posible que usted deba pagar el costo total de este servicio.
- Entonces, podrá pedirle al plan que le pague la parte que nos corresponde del costo a través de los procedimientos descritos en el Capítulo 7.

- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, se le reembolsará el monto total que pagó.

CAPÍTULO 7:

Cómo solicitarnos que paguemos una factura que recibió en concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos

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

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos los servicios o medicamentos cubiertos

Los proveedores de nuestra red le facturan directamente al plan los servicios y medicamentos cubiertos. Si recibe una factura por la atención médica o los medicamentos que recibió, debe enviarnos la factura para que podamos realizar el reembolso. Cuando nos envíe la factura, la analizaremos y decidiremos si debemos cubrir los servicios. Si decidimos que debemos cubrirlos, le pagaremos al proveedor directamente.

Si usted ya pagó un servicio o artículo de Medicare cubierto por el plan, puede solicitar a nuestro plan que le devuelva el dinero (la acción de devolver el dinero, con frecuencia, se denomina **reembolso**). Es su derecho que nuestro plan le reembolse cada vez que usted haya pagado más del monto que le corresponde de los costos de servicios médicos o medicamentos que están cubiertos por el plan. Es posible que deba cumplir con los plazos para obtener el reembolso. Consulte la Sección 2 de este capítulo. Cuando nos envíe una factura que ya pagó, la analizaremos y decidiremos si debemos cubrir los servicios o medicamentos. Si decidimos que debemos cubrirlos, le rembolsaremos los costos de los servicios o medicamentos.

También habrá veces en las que reciba una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que recibió o posiblemente por más de su parte del costo compartido según se comentó en el documento. Primero, intente resolver la factura con el proveedor. Si eso no funciona, envíenos la factura en lugar de pagarla. Examinaremos la factura y decidiremos si los servicios deben ser cubiertos. Si decidimos que debemos cubrir los servicios, le pagaremos al proveedor directamente. Si decidimos no pagarlo, le notificaremos al proveedor. No debe pagar más que el costo compartido permitido por el plan. Si este proveedor tiene contrato, aún tiene derecho a tratamiento.

Estos son ejemplos de situaciones en las que puede que necesite solicitarle al plan que le reembolse o que pague una factura que ha recibido.

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

Usted puede recibir servicios de emergencia o de urgencia de cualquier proveedor, ya sea que el proveedor forme parte de nuestra red o no. En estos casos, pregúntele al proveedor que le facture al plan.

- Si usted paga el importe total al momento de recibir la atención, debe solicitarnos el reembolso. Envíenos la factura, junto con la documentación de cualquier pago que haya efectuado.
- Es posible que reciba una factura del proveedor en la que le pide pagar un monto que usted considera que no debe. Envíenos la factura, junto con la documentación de cualquier pago que ya haya efectuado.
  - Si se le adeuda dinero al proveedor, nosotros le pagaremos al proveedor directamente.
  - Si ya pagó por el servicio, le reembolsaremos el importe.

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 al plan directamente. Sin embargo, a veces, cometen errores y le solicitan que pague los servicios que le prestan.

- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red, envíenosla. Nos comunicaremos directamente con el proveedor y resolveremos el problema de facturación.
- Si ya ha pagado una factura a un proveedor de la red, envíenos la factura, junto con la documentación de cualquier pago que haya efectuado. Debe solicitarnos que le reembolsemos los servicios cubiertos.

3. Si está inscrito retroactivamente en nuestro plan

A veces, la inscripción de una persona en el plan es retroactiva. (Esto significa que el primer día de la inscripción ya ha pasado. La fecha de la inscripción puede incluso ser del año anterior).

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

4. Cuando utilice una farmacia fuera de la red para obtener 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 deberá pagar el costo total de sus medicamentos con receta.

Guarde el recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso de la parte que nos corresponde del costo. Recuerde que solo cubrimos farmacias fuera de la red en circunstancias limitadas. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para ver un análisis sobre estas circunstancias.

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

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

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

Es posible que usted pague el costo total de la receta porque se da cuenta de que, por algún motivo, el medicamento no está cubierto.

- Por ejemplo, el medicamento puede no estar en la *Lista de medicamento*s del plan; o podría tener un requisito o restricción que usted no conocía o que no cree que debería aplicarse a usted. Si decide comprar el medicamento de inmediato, es posible que usted deba pagar el costo total de dicho medicamento.

- Guarde el recibo y envíenos una copia cuando nos solicite el rembolso. En algunas situaciones, puede ser necesario obtener más información de su médico para reembolsarle la parte que nos corresponde del costo del medicamento.

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 brindar la cobertura, pagaremos la parte que nos corresponde del costo del servicio o medicamento. Si denegamos su solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión. En el Capítulo 9 de este documento, se incluye información sobre cómo presentar una apelación.

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

Puede solicitarnos que le reembolsemos el dinero mediante una solicitud por escrito. Si envía una solicitud por escrito, envíe su factura y la documentación de cualquier pago que haya efectuado. Es buena idea que haga una copia de su factura y sus recibos para sus registros. **Debe presentarnos la reclamación dentro de los 365 días** posteriores a 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 llenar nuestro formulario de reclamamos para solicitar su pago.

- No tiene que utilizar el formulario, pero nos será útil para procesar la información de manera más rápida.
- Descargue una copia del formulario de nuestro sitio web (www.elderplan.org) o llame a Servicios para los Miembros y pida el formulario.

Reclamaciones médicas (para servicios o artículos)

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

Elderplan, Inc.
Claims Department
P.O. Box 73111 Newnan, GA 30271

Reclamaciones de medicamentos con receta de la Parte D

Debe presentarnos la reclamación dentro de los 3 años a partir de la fecha en que recibió el medicamento.

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

CVS Caremark Medicare Part D Claims Processing
P.O. Box 52066
Phoenix, Arizona 85072-2066

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

Sección 3.1 Comprobamos si debemos cubrir el servicio o el medicamento

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

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento están cubiertos y que usted ha seguido todas las normas, pagaremos el servicio. Si ya ha pagado por el servicio o medicamento, le enviaremos por correo su reembolso. Si aún no ha pagado por el servicio o el medicamento, le enviaremos el pago directamente al proveedor.

- Si tomamos la decisión de *no* cubrir el medicamento o la atención médica o si usted *no* cumplió con todas las normas, no pagaremos la atención ni el medicamento. Le enviaremos una carta en la que se le explicarán las razones por las que no le estamos enviando el pago y sus derechos para apelar esa decisión.

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

Si cree que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago o el monto que pagamos, puede presentar una apelación. Si presenta una apelación, significa que nos está pidiendo que modifiquemos la decisión que tomamos al rechazar su solicitud de pago. El proceso de apelaciones es un proceso formal que consta de procedimientos detallados y plazos importantes. Para obtener detalles sobre cómo presentar esta apelación, consulte el Capítulo 9 de este documento.

CAPÍTULO 8

Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales como miembro del plan

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

Su plan debe asegurarse de que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se brinden de una manera culturalmente competente y sean accesibles a todos los inscritos, incluidos los que tienen deficiencias en el inglés, habilidades de lectura limitadas, habilidades auditivas, o las que tienen diversos antecedentes culturales y étnicos. Entre los ejemplos de cómo un plan puede cumplir con estos requisitos de accesibilidad, se incluyen, entre otros, la prestación de servicios de traducción, servicios de interpretación, los teletipos, o la conexión de TTY (teléfono de texto o teléfono de teletipo).

Nuestro plan cuenta con servicios de interpretación gratuitos disponibles para responder las preguntas de los miembros que no hablan inglés. Este documento está impreso en letra grande y está disponible gratuitamente en español y chino. Si lo necesita, también podemos proporcionarle información en braille, en tamaño de letra grande o en otros formatos alternativos sin costo alguno. Puede visitar nuestro sitio web, www.elderplan.org, en cualquier momento para ver los documentos de su plan. Debemos proporcionarle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y adecuado a su caso. Para recibir información de nosotros de una manera conveniente, llame a Servicios para los Miembros.

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

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

Si tiene algún problema para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted, presente una queja a Elderplan Plus Long Term Care (HMO POS D SNP) llamando a Servicios para los Miembros al 1-877-891-6447, TTY 711, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana. También puede presentar una queja ante Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

También puede presentar una queja ante Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

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

Nuestro plan tiene servicios de interpretación gratuitos disponibles para responder preguntas de los miembros que no hablan inglés. Este documento está en letra grande y está disponible de forma gratuita en español y chino. También podemos brindarle información en braille, en letra grande sin costo alguno si lo necesita. Siempre puede visitar nuestro sitio web en www.elderplan.org para ver los materiales de su plan. Estamos obligados a brindarle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted. Para obtener información de nosotros de una manera que funcione para usted, llame a Servicios para miembros.

Se requiere que nuestro plan brinde a las mujeres inscritas la opción de acceso directo a un especialista en salud de la mujer dentro de la red para los servicios de atención médica preventiva y de rutina de la mujer. Si los proveedores de la red del plan para una especialidad no están disponibles, es responsabilidad del plan ubicar proveedores especializados fuera de la red que le brinden la atención necesaria. En este caso, solo pagará el costo compartido dentro de la red. Si se encuentra en una situación en la que no hay especialistas en la red del plan que cubran un servicio que necesita, llame al plan para obtener información sobre dónde ir para obtener este servicio con costos compartidos dentro de la red.

Si tiene algún problema para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted, presente una queja a Servicios para Miembros de Elderplan Plus Long Term Care llamando al 1-877-891-6447, TTY 711, de 8:00 a.m. a 8: p.m., los 7 días de la semana. También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente a la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

您的計劃必須確保所有服務（包括臨床和非臨床服務）都以符合文化要求的方式提供，並且所有參與者都可以使用，包括英語水平有限、閱讀能力有限、聽力障礙或具有不同文化背景和種族背景的參與者。計劃如何滿足這些無障礙要求的示例包括但不限於提供筆譯服務、口譯服務、電傳打字機或TTY（文本電話或電傳打字機電話）連接。

我們的計劃提供免費口譯服務，可以回答非英語會員的問題。為了您的方便，本文檔以大字體印刷，並以西班牙語和中文免費提供。如果您需要，我們還可以免費為您提供盲文和大字體信息。您可以隨時訪問我們的網站 www.elderplan.org 查看您的計劃材料。我們需要以適合您的可獲取格式向您提供有關計劃福利的信息。要以適合您的方式從我們這裡獲取信息，請致電會員服務部。

我們的計劃需要讓女性參保者可以選擇直接訪問網絡內的女性健康專家，以獲得女性常規和預防性醫療保健服務。

如果計劃網絡中的專業提供者不可用，則計劃有責任找到網絡之外的專業提供者，他們將為您提供必要的護理。在這種情況下，您只需支付網絡內費用分攤。如果您發現自己處於計劃網絡中沒有涵蓋您需要的服務的專家的情況下，請致電計劃以獲取有關在網絡內分攤費用的情況下獲取該服務的信息。

如果您在以適合您的格式從我們的計劃中獲取信息時遇到任何問題，請致電會員服務部 1-877-891-6447，TTY 711， 服務時間：每週 7 天，早上 8 點至晚上 8 點， 向 Elderplan Plus Long Term Care 提出申訴。您也可以致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 向 Medicare 聯邦醫療保險提出投訴或直接致電民權辦公 室 1-800-368-1019 或 TTY 1-800-537-7697。

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

Usted tiene derecho a elegir un proveedor de atención primaria (PCP) de la red del plan para que le brinde y coordine sus servicios cubiertos. También tiene derecho a consultar con un especialista en salud de la mujer (como un ginecólogo) sin necesidad de una remisión. No exigimos que obtenga una remisión para poder visitar a los proveedores de la red.

Usted tiene derecho a programar las citas con los proveedores de la red del plan y a recibir los servicios cubiertos que le brinden *dentro de un plazo razonable*. Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunos de los especialistas cuando necesite dicha atención. También tiene derecho a que sus recetas sean surtidas o vueltas a surtir en cualquier farmacia de nuestra red sin sufrir largas demoras.

Si usted considera que no está recibiendo su atención médica o los medicamentos de la Parte D en un plazo razonable de tiempo, 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 los **datos personales** que nos suministró cuando se inscribió en este plan, así como sus registros médicos y otra información médica y de salud.
- Usted tiene derechos relacionados con su información y control sobre 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 su información médica.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información de salud?

- Nos aseguramos de que personas no autorizadas no vean ni cambien sus registros.
- Salvo por las circunstancias que se señalan a continuación, si le brindamos su información de salud a otra persona que no le brinda atención médica o paga por su atención, *estamos obligados a pedirle su autorización por escrito o a alguien a quien usted le haya dado el poder legal de tomar decisiones por usted primero.*
- Hay ciertas excepciones que no nos exigen que obtengamos su autorización escrita primero. Estas excepciones están permitidas o son estipuladas por ley.
  - Debemos divulgar información de salud a las agencias gubernamentales que verifiquen la calidad de la atención.
  - Como usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, se nos requiere proporcionarle a Medicare su información de salud, incluida la información acerca de sus medicamentos con receta de la Parte D. Si Medicare divulga su información para investigación u otros usos, esto se hará de acuerdo con los estatutos y reglamentos federales; normalmente, esto requiere que la información que identifica de manera única que usted no es compartido.

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

Usted tiene derecho a ver sus registros médicos, que el plan conserva sobre usted, y a obtener una copia de estos. 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 la manera en que se ha compartido la información sobre su 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.

Aviso sobre prácticas de privacidad de Elderplan, Inc.

FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA: 9/1/2020

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SU INFORMACIÓN DE SALUD PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA, Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. REVÍSELO DETENIDAMENTE.

Este aviso resume las prácticas de privacidad de Elderplan Inc. (el "Plan"), su fuerza laboral, el personal médico y otros profesionales de la salud. Es posible que compartamos su información protegida de salud ("PHI" o "Información de salud") entre nosotros para los fines descritos en este aviso, incluidas las actividades administrativas del Plan.

El Plan se compromete a proteger la privacidad de la PHI de nuestros miembros. La PHI es información que: (1) lo identifica (o puede ser utilizada de manera razonable para identificarlo), y (2) que está relacionada con su afección o estado de salud física o mental, la prestación o el pago de su atención médica.

NUESTRAS OBLIGACIONES

- La ley nos exige mantener la privacidad y seguridad de su PHI.
- Le informaremos de inmediato si se produce una violación que pueda haber comprometido la privacidad o la seguridad de su información.
- Debemos cumplir con las obligaciones y las prácticas de privacidad que se describen en este aviso, y otorgarle una copia de este.
- No utilizaremos ni compartiremos su información de manera distinta a la descrita en este documento, a menos que usted lo autorice por escrito. Si nos autoriza, puede cambiar de parecer en cualquier momento. Infórmenos por escrito si esto sucede.

CÓMO PODEMOS USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN DE SALUD

A continuación, las categorías describen las diferentes maneras en que podemos usar y divulgar su información de salud. No se enumeran todas las formas de uso o divulgación autorizadas de una categoría, pero las categorías proporcionan ejemplos de usos y las divulgaciones permitidas por ley.

Pago. Podemos usar y divulgar información de salud, procesar y pagar las reclamaciones presentadas a nosotros por usted o por médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica por los servicios proporcionados a usted. Por ejemplo, otros pagos pueden incluir el uso de la información de salud para determinar la elegibilidad para beneficios, la coordinación de beneficios, el cobro de primas y la necesidad médica. También podemos compartir su información con otro plan de salud que le proporcione o le haya proporcionado cobertura a usted para pagos o para detectar o prevenir fraude y abuso de la atención médica.

Actividades de atención médica. Podemos usar y divulgar la información de salud para las actividades de atención médica que son las actividades administrativas que participan en las operaciones del Plan. Por ejemplo, podemos usar la información de salud para operar y manejar nuestras actividades comerciales relacionadas con proporcionar y administrar su cobertura de atención médica o resolver reclamos.

Tratamiento. Podemos divulgar su información de salud con su proveedor de atención médica (farmacias, médicos, hospitales, etc.) para que el proveedor pueda brindarle atención. Por ejemplo, si usted está en el hospital, podemos divulgar la información que su médico nos haya enviado.

Recordatorios de citas, alternativas de tratamiento y beneficios y servicios relacionados con la salud. Podemos usar y divulgar información de salud para ponernos en contacto con usted con el fin de recordarle que tiene una cita/consulta con nosotros o su proveedor de atención médica. También podemos usar y divulgar información de salud para contarle sobre nuestras opciones de tratamientos, alternativas, beneficios relacionados con la salud o servicios que puedan interesarle.

Al proporcionarnos cierta información, usted acepta expresamente que el Plan y sus socios comerciales pueden usar cierta información (como su número de teléfono particular/laboral/de celular y su correo electrónico) para contactarlo sobre distintos asuntos, como citas de seguimiento, cobro de montos adeudados y otras cuestiones operativas. Usted acepta que puede ser contactado por medio de la información que nos proporcionó y por mensajes pregrabados/con voz artificial y mediante el uso de un sistema de marcado automático/predictivo.

Personas que participan de su atención médica o el pago de su atención médica. Podemos divulgar información de salud a una persona, como un miembro de la familia o un amigo, que participe de su atención médica o que ayude con el pago de esta. También podemos notificarles a esas personas sobre su ubicación o condición general, o divulgar dicha información a una entidad que se encuentre ayudando en caso de desastre. En estos casos, solo compartiremos la información de salud que sea directamente relevante para la participación de la persona en su atención médica o en el pago relacionado con su atención médica. Representantes personales. Podemos divulgar su información de salud a su representante personal, si lo hubiese. Un representante personal posee autoridad legal para actuar en su nombre en la toma de decisiones relacionadas con su atención médica o el pago de esta. Por ejemplo, podemos divulgar su información de salud a una persona con un poder de representación duradero o a un tutor legal.

Investigación. En determinadas circunstancias, como organización que realiza investigaciones, podemos usar y divulgar la información de salud con fines de investigación. Por ejemplo, un proyecto de investigación puede incluir comparar la salud y recuperación de todos los miembros que recibieron un medicamento o tratamiento con aquellos que recibieron otro para la misma afección. Antes de usar o divulgar la información de salud para investigación, el proyecto pasará por un proceso especial de aprobación. Este proceso evalúa un proyecto de investigación propuesto y su uso de la información de salud para equilibrar los beneficios de la investigación con la necesidad de privacidad de la información de salud. También podemos permitir que los investigadores consulten registros para ayudarlos a identificar a los miembros que pueden estar incluidos en su proyecto de investigación o para otros fines similares.

Actividades de recaudación de fondos. Podemos usar o divulgar su información demográfica (por ejemplo, nombre, dirección, números de teléfono y otra información de contacto), las fechas en las que se le brindó atención médica, el estado de su atención médica, el departamento y los médicos que le proporcionaron los servicios, y la información de los resultados del tratamiento para contactarlo en un esfuerzo para recaudar fondos para apoyar al Plan y otras entidades sin fines de lucro con las que estemos realizando un proyecto conjunto de recaudación de fondos. También podemos divulgar su información de salud a una fundación relacionada o a nuestros socios comerciales para que lo puedan contactar con el fin de recaudar fondos para nosotros. Si realmente usamos o divulgamos su información de salud para fines de recaudación de fondos, usted será informado sobre sus derechos para que lo saquen de la lista para no recibir más comunicaciones de recaudación de fondos.

CIRCUNSTANCIAS ESPECIALES

Además de lo mencionado anteriormente, podemos usar y divulgar información de salud en las siguientes circunstancias especiales. Debemos cumplir con muchas condiciones requeridas por la ley antes de poder compartir su información para estos fines. Para obtener más información, consulte: https://www.hhs.gov/hipaa/for-individuals/guidance-materials for-consumers/index.html.

Según lo exija la ley. Divulgaremos su información de salud cuando así lo exija la ley internacional, federal, estatal o local.

Para impedir una amenaza grave a la salud o la seguridad. Podemos usar y divulgar información de salud cuando sea necesario para evitar o disminuir una amenaza grave a su salud o seguridad, o la salud y seguridad pública o de otra persona. Sin embargo, toda divulgación se hará a una persona que creamos que pueda ayudar a evitar la amenaza.

Socios comerciales. Podemos divulgar información de salud a los socios comerciales a los que nos unimos para proporcionar servicios en nuestro nombre si se necesita la información para tales servicios. Por ejemplo, podemos usar otra empresa para que preste los servicios de facturación en nuestro nombre. Nuestros socios comerciales están obligados, por contrato con nosotros, a proteger la privacidad de su información y no tienen permitido usar o divulgar ninguna información que no sea la especificada en nuestro contrato con ellos.

Donación de órganos y tejidos. Si usted es donante de órganos, podemos divulgar información de salud a las organizaciones que administran la obtención de órganos o el trasplante de órganos, ojos o tejidos, o a un banco de donación de órganos, según sea necesario, para facilitar la donación y el trasplante de órganos y tejidos.

Militares y veteranos. Si usted es miembro de las fuerzas armadas, podemos divulgar información de salud según lo exijan las autoridades de mando militar. También podemos divulgar información de salud a la autoridad militar extranjera correspondiente si usted es un miembro de un ejército extranjero.

Compensación laboral. Podemos divulgar información de salud que se autorice y en la medida en que sea necesaria para cumplir con las leyes relacionadas con la indemnización por accidentes laborales u otros programas similares establecidos por ley. Estos programas brindan beneficios por enfermedades o lesiones relacionadas con el trabajo.

Riesgos relacionados con la salud pública. Podemos divulgar información de salud para actividades de salud pública. Estas actividades generalmente incluyen divulgaciones para prevenir o controlar una enfermedad, lesión o discapacidad; informar nacimientos o muertes; informar abuso o abandono de menores; informar reacciones a medicamentos o problemas con los productos; notificar a las personas sobre el retiro de productos del mercado que puedan estar utilizando; rastrear ciertos productos y controlar su uso y efectividad y si está autorizado por ley; notificar a una persona que pudo haber estado expuesta a una enfermedad o pueda estar en riesgo de contraer o contagiar una enfermedad o afección; y realizar tareas de supervisión médica de nuestros centros médicos en ciertas circunstancias limitadas con respecto a enfermedades o lesiones en el lugar de trabajo. También podemos divulgar información de salud a una autoridad gubernamental si creemos que un miembro ha sido víctima de abuso, abandono o violencia doméstica; sin embargo, solo divulgaremos esta información si el miembro está de acuerdo o cuando lo exija o autorice la ley.

Actividades de supervisión de la salud. Podemos divulgar información de salud a una agencia de supervisión de la salud para actividades autorizadas por ley. Estas actividades de supervisión incluyen, por ejemplo, auditorías, investigaciones, inspecciones y certificación profesional de nuestros centros médicos y proveedores. El gobierno necesita estas actividades para controlar el sistema de atención médica, los programas gubernamentales y el cumplimiento de leyes de derechos civiles.

Demandas y acciones legales. También podemos divulgar información de salud en respuesta a una orden judicial o administrativa, a una citación, solicitud de presentación de pruebas u otro proceso legal que realiza otra persona involucrada en la acción legal, pero solo si se realizaron los esfuerzos necesarios para notificarle a usted acerca de este pedido o para obtener una orden de protección para la información solicitada.

Cumplimiento de la ley. Podemos divulgar información de salud si lo solicitara un oficial del cumplimiento de la ley de la siguiente manera: (1) en respuesta a una orden judicial, citación, notificación o proceso similar; (2) información limitada para identificar o ubicar a una persona sospechosa, fugitiva, testigo importante o persona desaparecida; (3) acerca de una víctima de un crimen, si en determinadas circunstancias limitadas, no

podemos obtener el consentimiento de la persona; (4) acerca de una muerte que consideramos que ocurrió debido a una conducta criminal; (5) acerca de evidencia de conducta criminal en nuestras instalaciones; y (6) en circunstancias de emergencia para informar un crimen, la ubicación del crimen o de las víctimas, o la identidad, descripción o ubicación de la persona que cometió el crimen.

Médicos forenses, examinadores médicos y directores de funerarias. Podemos divulgar información de salud a médicos forenses o examinadores médicos. En algunas circunstancias, esto puede ser necesario, por ejemplo, para determinar la causa de muerte. También podemos divulgar información de salud a directores de funerarias según sea necesario para que puedan realizar sus tareas.

Actividades de seguridad e inteligencia nacional. Podemos divulgar información de salud a funcionarios federales autorizados de inteligencia, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional autorizadas por ley.

Servicios de protección del presidente y otras personas. Podemos divulgar información de salud a funcionarios federales autorizados para que protejan al Presidente, a otras personas autorizadas o a jefes de estado extranjeros, o para que realicen investigaciones especiales.

Personas presas u otras personas en custodia. En el caso de las personas presas en un instituto correccional o bajo custodia de un oficial del cumplimiento de la ley, podemos divulgar información de salud al instituto correccional o al oficial de cumplimiento de la ley. Esta divulgación se hará solo si fuese necesaria (1) para que el instituto le brinde atención médica, (2) para proteger su salud y seguridad o la salud y seguridad de otras personas, o (3) para la seguridad del instituto correccional.

Restricciones adicionales en la utilización y divulgación: Algunos tipos de información de salud que incluyen, pero no se limitan a, información relacionada con abuso de alcohol y drogas, tratamiento de problemas de salud mental, genéticos y de información confidencial relacionada con el VIH necesitan autorización previa por escrito para su divulgación y están sujetas a otras protecciones de privacidad especiales según las leyes del estado de New York u otras leyes federales, por lo que es posible que algunas partes de este aviso no apliquen. En el caso de la información genética, no utilizaremos ni compartiremos su información genética para fines de aseguramiento. Si la utilización o divulgación de la información de salud descrita anteriormente en este Aviso se encuentra prohibida, o de otro modo restringida por otras leyes que se aplican a nosotros, nuestra política es cumplir con los requisitos de la ley más estricta.

USOS Y DIVULGACIONES QUE REQUIEREN AUTORIZACIÓN POR ESCRITO

En situaciones diferentes a las descritas anteriormente, pediremos su autorización por escrito antes de usar o divulgar su información personal. Por ejemplo, obtendremos su autorización:

1) para fines de comercialización que no estén relacionados con su plan de beneficio,
2) antes de divulgar cualquier nota de psicoterapia,
3) en relación con la venta de su información de salud, y
4) por otras razones según lo exija la ley. Por ejemplo, la ley estatal también exige que pidamos su autorización por escrito antes de usar o divulgar información relacionada con el VIH/sida, abuso de sustancias o información de salud mental.

Usted tiene derecho a revocar cualquiera de esas autorizaciones, excepto en circunstancias limitadas, como por ejemplo, si ya hemos procedido de acuerdo con la autorización.

SUS DERECHOS

Usted tiene los siguientes derechos, sujetos a ciertas limitaciones, sobre la información de salud que mantenemos sobre usted; todas las solicitudes deben hacerse POR ESCRITO:

Derecho a solicitar restricciones. Usted tiene derecho a solicitar una restricción o limitación sobre la información de salud que utilizamos o divulgamos para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Tiene derecho a solicitar un límite en la información de salud que divulgamos sobre usted a otra persona que participa en su atención médica o en el pago de su atención médica, como un miembro de su familia o amigo. No estamos obligados a aceptar su solicitud, y podemos negarnos en caso de que afecte su atención. Si aceptamos su solicitud, cumpliremos con esta salvo que necesitemos usar la información en ciertas situaciones de tratamiento de emergencia.

Derecho a recibir comunicaciones confidenciales. Si indicó con claridad que la divulgación de la totalidad o parte de su información de salud podría ponerlo en peligro, tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted en cierta forma o en cierto lugar distinto de nuestros medios de comunicación usuales. Por ejemplo, puede solicitar que nos contactemos con usted solo por envío de correo postal a una casilla de correo en vez de enviarla a su domicilio, o puede querer recibir llamadas a un número de teléfono alternativo. Su solicitud debe ser por escrito y debe especificar cómo o dónde desea que lo contactemos.

Derecho a inspeccionar y copiar. Tiene derecho a inspeccionar y a recibir una copia de su información de salud que tenemos en nuestros registros y que utilizamos para tomar decisiones sobre la inscripción, atención o pago de su atención, incluida la información guardada en un registro médico electrónico. Si desea revisar o recibir una copia de estos registros, debe solicitarlo por escrito. Es posible que le cobremos un cargo razonable por el costo de las copias y el envío de los registros. Podemos denegarle el acceso a cierta información. Si le denegamos el acceso a cierta información, le comunicaremos la razón por escrito. También le explicaremos cómo puede apelar la decisión.

Tenga en cuenta que puede haber un cargo por las copias en papel o electrónicas de sus registros.

Derecho a enmendar. Si cree que la información de salud que tenemos es incorrecta o está incompleta, puede pedirnos que enmendemos la información. Usted tiene derecho a solicitar una enmienda mientras nosotros mantengamos la información. Debe decirnos el motivo de su solicitud.

Podemos denegarle la solicitud de enmendar su registro. Podemos rechazarla si su solicitud no se presenta por escrito o si no incluye un motivo que la respalde. También podemos rechazar su solicitud si nos pide que enmendemos información que:

- nosotros no generamos;
- no sea parte de los registros usados para tomar decisiones sobre usted;
- no sea parte de la información que usted tiene permiso para inspeccionar y copiar; o
- sea correcta y esté completa.

Derecho a un registro de divulgaciones. Usted tiene derecho a solicitar un registro de ciertas divulgaciones de información de salud que realizamos en un período de seis años. El registro solo incluirá divulgaciones que no se hayan realizado para su tratamiento, pago, operaciones de atención médica, o para "circunstancias especiales" como se indicó en este aviso. Tiene derecho a un registro de divulgaciones sin cargo. Las solicitudes subsiguientes dentro de un período de doce meses pueden estar sujetas a un cargo.

Derecho a obtener una copia impresa de este aviso. Usted tiene derecho a una copia impresa de este aviso. Puede solicitarnos la entrega de una copia de este aviso en cualquier momento. Aun cuando haya aceptado recibir este aviso de manera electrónica, tiene derecho a obtener una copia impresa. Puede obtener una copia de este aviso en cualquier momento desde el sitio web del Plan: https://elderplan.org

CÓMO EJERCER SUS DERECHOS

Para ejercer cualquiera de sus derechos descritos en este aviso, además de obtener una copia impresa de este aviso, debe contactarse con el Plan.

ELDERPLAN
ATTENTION: REGULATORY COMPLIANCE
55 WATER STREET, NY 10041
1-800-353-3765
TTY: 711

NOTIFICACIÓN DE VIOLACIÓN

Mantendremos su información de salud de manera reservada y segura según lo exija la ley. En caso de una violación (según lo define la ley) de cualquier información de su salud, le notificaremos dentro de los 60 días posteriores al descubrimiento de la violación, salvo que un organismo de cumplimiento de la ley solicite una demora en la notificación.

INTERCAMBIO ELECTRÓNICO DE INFORMACIÓN DE SALUD

El Plan puede participar en varios sistemas de intercambio electrónico de información de salud con otros proveedores de atención médica, redes de intercambio de información médica y planes de salud. Otros proveedores, redes de intercambio de información médica y planes de salud pueden acceder a su información de salud que mantiene el Plan para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Además, el Plan puede acceder a su información de salud que mantienen otros proveedores, redes de intercambio de información médica y planes de salud para fines de tratamiento, pago u operación de atención médica, pero solamente con su consentimiento.

CAMBIOS EN ESTE AVISO

Nos reservamos el derecho a realizar cambios en este aviso y a hacer que el aviso modificado o revisado entre en vigencia para la información de salud que ya poseemos y para la información que recibamos en el futuro. El nuevo aviso estará disponible a su solicitud, en nuestro sitio web, y le enviaremos una copia. Tendrá la fecha de entrada en vigencia en la primera página, en la esquina superior izquierda.

QUEJAS Y PREGUNTAS

Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante nosotros. Para presentar una queja ante nosotros, contáctese con la Oficina de Privacidad a la dirección que aparece a continuación. Todas las quejas deben presentarse por escrito.

ELDERPLAN
ATTENTION: REGULATORY COMPLIANCE
55 Water Street
New York, NY 10041

Además, puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos si envía una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llama al 1-877-696-6775 o visita www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/.

No tomaremos represalias contra usted si ejerce su derecho de presentar una queja.

Si tiene alguna pregunta sobre este aviso, llame al 1-855-395-9169 (TTY: 711).

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

Como miembro de Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP), tiene derecho a obtener de nosotros distintos tipos de información.

Si desea obtener cualquiera de los siguientes tipos de información, llame a Servicios para los Miembros:

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera del plan.
- **Información acerca de nuestros proveedores y farmacias de la red.** Usted tiene derecho a obtener información sobre las calificaciones de los proveedores y las farmacias de nuestra red y cómo les pagamos a los proveedores de nuestra red.
- **Información acerca de su cobertura y las normas que debe seguir para usarla.** Los Capítulos 3 y 4 proporcionan información sobre los servicios médicos. Los Capítulos 5 y 6 proporcionan información sobre la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.

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

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

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

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

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

- **Saber acerca de todas sus opciones.** Usted tiene derecho a que se le informe sobre todas las opciones de tratamiento que se recomiendan para su afección médica, independientemente de su costo o si están cubiertos 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. 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.
- **Decir "no"**. Usted tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a retirarse de un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja no hacerlo. También tiene derecho a dejar de tomar sus medicamentos. Desde luego que, si rechaza el tratamiento o deja de tomar la medicación, usted acepta la responsabilidad plena de lo que le ocurra a su cuerpo como consecuencia de ello.

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

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

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

Los documentos legales que puede utilizar para dar sus instrucciones con anticipación para estos casos específicos se denominan **directivas anticipadas**. Existen diferentes tipos de directivas anticipadas y nombres diferentes para ellas. Los documentos denominados "**testamento vital**" y "**poder de representación para las decisiones de atención médica**" son ejemplos de directivas anticipadas.

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

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

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

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

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

¿Qué pasa si sus instrucciones no se siguen?

Si ha firmado una directiva anticipada y considera que un médico u hospital no siguió las instrucciones consignadas en ese documento, puede presentar una queja llamando a la Línea de quejas de hospital del Departamento de Salud del Estado de New York al 1-800-804-5447 o a la Línea de quejas de médicos de la Oficina de Conducta Médica Profesional al 1-800-663-6114.

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

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

Sección 1.7 ¿Qué puede hacer si siente que lo están tratando injustamente o que sus derechos no son respetados?

Si se trata de discriminación, llame a la Oficina de Derechos Civiles

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

¿Se trata de algo diferente?

Si siente que ha sido 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:

- **Puede llamar a Servicios para los Miembros**.
- Puede **llamar al SHIP**. Para obtener más detalles, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.

- También **puede llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) durante las 24 horas, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048). También puede llamar a la Línea de ayuda de Medicaid de la HRA (Departamento de Salud del Estado de New York [Servicios Sociales]) al 1-888-692-6116 (TTY 711), de lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 5:00 p.m.
- O bien, puede llamar a la Red Independiente de Defensa del Consumidor (ICAN) al 1-844-614-8800 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 6:00 p.m.

Sección 1.8 ¿Cómo puede obtener más información sobre sus derechos?

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

- **Puede llamar a Servicios para los Miembros**.
- Puede **llamar al SHIP**. Para obtener más detalles, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
- Puede comunicarse con **Medicare**.
  - Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación "Your Medicare Rights & Protections" (Sus derechos y protecciones de Medicare). (La publicación está disponible en www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf).

- O bien, puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana (TTY: 1-877-486-2048).

SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan

A continuación, se enumera lo que usted debe hacer como miembro del plan. Si tiene preguntas, llame a Servicios para los Miembros.

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las normas que debe cumplir para obtenerlos**. En esta Evidencia de cobertura, obtendrá información sobre los servicios cubiertos y las normas que debe cumplir para obtenerlos.
  - Los Capítulos 3 y 4 dan más detalles sobre sus servicios médicos.
  - Los Capítulos 5 y 6 dan más detalles sobre su cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.
- **Si, además de nuestro plan, tiene cobertura de otro seguro de salud u otra cobertura para medicamentos con receta, debe comunicárnoslo.** En el Capítulo 1, encontrará información sobre la coordinación de estos beneficios.

- **Dígales al médico y a otros proveedores de atención médica que está inscrito en nuestro plan.** Muestre la tarjeta de membresía del plan y su tarjeta de Medicaid cada vez que obtenga atención médica o medicamentos con receta de la Parte D.
- **Permita que sus médicos y otros proveedores lo ayuden dándole información, haciendo preguntas y realizando un seguimiento de su atención médica.**
  - Para ayudar a obtener la mejor atención, informe a sus médicos y a otros proveedores de salud acerca de sus problemas de salud. Siga los planes y las instrucciones de tratamiento acordados entre usted y sus médicos.
  - Asegúrese de que los médicos conozcan todos los medicamentos que está tomando, incluidos los medicamentos de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
  - Si tiene preguntas, asegúrese de preguntar y obtener una respuesta que pueda comprender.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que usted actúe de una manera que contribuya al buen funcionamiento del consultorio de su médico, hospitales y otras oficinas.
- **Pague lo que debe**. Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:
  - Usted debe continuar pagando las primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan.

  - Para la mayoría de los medicamentos cubiertos por el plan, usted debe pagar su parte del costo al recibir el medicamento.
  - Si debe pagar el monto adicional por la Parte D porque sus ingresos son más elevados (como se informa en su última declaración de impuestos), debe continuar pagando este monto directamente al gobierno para seguir siendo miembro del plan.

- **Si se muda *dentro del* área de servicio del plan, necesitamos saber** que podemos mantener actualizado su registro de membresía y cómo comunicarnos con usted.
- **Si se muda *fuera* del área de servicio de nuestro plan, no puede seguir siendo miembro del plan.**
- Si se muda, también es importante que se lo comunique al Seguro Social (o a la Junta de Jubilación para Ferroviarios).

CAPÍTULO 9

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

SECCIÓN 1 Introducción

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

Este capítulo explica los procesos para abordar problemas e inquietudes: El proceso que utiliza para abordar su problema depende del tipo de problema que tenga:

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

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

La **Sección 3** lo ayudará a identificar el proceso correcto que debe usar y lo que debe hacer.

Sección 1.2 Acerca de los términos legales

Hay términos legales para algunas de las normas, procedimientos y tipos de plazos que se explican en este capítulo. Muchos de estos términos son desconocidos para la mayoría de las personas y pueden resultar difíciles de comprender. Para facilitar las cosas, este capítulo:

- Usa palabras más simples en vez de utilizar ciertos términos legales. Por ejemplo, en este capítulo aparece "presentar una queja" en lugar de "interponer un reclamo", "decisión de cobertura" en lugar de "determinación integrada de la organización" o "determinación de cobertura", o "determinación en riesgo", y "Organización de Revisión Independiente" en lugar de "Entidad de Revisión Independiente".
- También utiliza la menor cantidad de abreviaturas posible.

Sin embargo, puede ser útil y, en ocasiones, bastante importante, que conozca los términos legales correctos. Conocer qué términos usar lo ayudará a comunicarse con mayor exactitud para obtener ayuda o información correctas para su situación. Para ayudarlo a saber qué términos utilizar, incluimos términos legales cuando damos los detalles para el manejo de determinados tipos de situaciones.

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada

Siempre estamos disponibles para ayudarlo. Aunque tenga una queja sobre nuestro tratamiento, estamos obligados a respetar su derecho de queja. Por lo tanto, siempre debe ponerse en contacto con el servicio al cliente para obtener ayuda. Pero en algunas situaciones es posible que también quiera la ayuda o la orientación de alguien que no tenga relación con nosotros. A continuación, se encuentran dos entidades que pueden ayudarlo.

Programa de Asistencia de Seguro de Salud del Estado (SHIP)

Cada estado tiene un programa del gobierno con asesores capacitados. El programa no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguro médico 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, pueden responder sus preguntas, brindarle más información y ofrecerle orientación sobre qué hacer.

Los asesores del SHIP son gratuitos. Encontrará los números de teléfono y las URL del sitio web en la Sección 3 del Capítulo 2 de este documento.

Medicare

También puede comunicarse con Medicare para obtener ayuda. Para comunicarse con Medicare:

- Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- También puede visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov).

Puede obtener ayuda e información de Medicaid

Método	Información de contacto del Departamento de Salud del Estado de New York (Servicios Sociales)
LLAME AL	Línea de ayuda de Medicaid de la HRA: 1-888-692-6116 Ciudad de New York: 718-557-1399 Estamos disponibles de 9:00 a.m. a 5:00 p.m., de lunes a viernes. Condado de Dutchess: (845) 486-3000 Estamos disponibles de 9:00 a.m. a 5:00 p.m., de lunes a viernes. Condado de Nassau: (516) 227-7474 Estamos disponibles de 8:00 a.m. a 4:00 p.m., de lunes a viernes.

Método	Información de contacto del Departamento de Salud del Estado de New York (Servicios Sociales)
LLAME AL (continuación)	Condado de Orange: (845) 291-4000 Estamos disponibles de 9:00 a.m. a 5:00 p.m., de lunes a viernes. Condado de Putnam: (845) 808-1500 Estamos disponibles de 9:00 a.m. a 5:00 p.m., de lunes a viernes. Condado de Rockland: (845) 364-3040 Estamos disponibles de 9:00 a.m. a 5:00 p.m., de lunes a viernes. Condado de Westchester: 914-995-3333 Disponible de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5:00 p.m.
TTY	711

Método	Información de contacto del Departamento de Salud del Estado de New York (Servicios Sociales)
	Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.

Método	Información de contacto del Departamento de Salud del Estado de New York (Servicios Sociales)
ESCRIBA A	Dutchess County 60 Market Street Poughkeepsie, NY 12601 Nassau County Department Of Social Services 60 Charles Lindbergh Boulevard Uniondale, NY 11553 New York City Human Resources Administration 785 Atlantic Avenue Brooklyn, NY 11238 Orange County DSS Box Z, 11 Quarry Road Goshen, NY 10924

Método	Información de contacto del Departamento de Salud del Estado de New York (Servicios Sociales)
ESCRIBA A (continuación)	Putnam County DSS 110 Old Route 6 Carmel, NY 10512 Rockland County DSS 50 Sanatorium Road, Building L Pomona, NY 10970 Westchester County Department Of Social Services 85 Court Street White Plains, NY 10601
SITIO WEB	https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ldss.htm

Método	Información de contacto de Livanta (Organización para la Mejora de la Calidad de New York)
LLAME AL	1-866-815-5440 De lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 5:00 p.m. El servicio de correo de voz está disponible las 24 horas.
TTY	1-866-868-2289 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
ESCRIBA A	Livanta BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
SITIO WEB	http://www.livantaqio.com/

La Red Independiente de Defensa del Consumidor (Independent Consumer Advocacy Network, ICAN) ayuda a las personas inscritas en Medicaid con problemas relacionados con los servicios o la facturación. Pueden ayudarlo a presentar un reclamo o una apelación ante nuestro plan. La ICAN también ayuda a las personas a obtener información sobre los asilos de ancianos y a resolver problemas entre los asilos de ancianos y los residentes o sus familiares.

Método	Información de contacto de la Red Independiente de Defensa del Consumidor (ICAN)
LLAME A	1-844-614-8800 Disponible de 8:00 a.m. a 6:00 p.m., de lunes a viernes
TTY	711 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
ESCRIBA A	ican@cssny.org
SITIO WEB	http://icannys.org

SECCIÓN 3 Cómo comprender las quejas y apelaciones de Medicare y Medicaid en nuestro plan

Usted tiene Medicare y recibe asistencia de Medicaid. La información de este capítulo se aplica a **todos** los beneficios de Medicare y a la mayoría de los de Medicaid. Para la mayoría de sus beneficios, utilizará un solo proceso para los beneficios de Medicare y los de Medicaid. Esto suele denominarse "proceso integrado" porque combina, o integra, los procesos de Medicare y Medicaid.

A veces, no se pueden combinar los procesos de Medicare y Medicaid. En esos casos, usted utilizará un proceso de Medicare para un beneficio cubierto por Medicare y un proceso de Medicaid para un beneficio cubierto por Medicaid. Estos casos se explican en la **Sección 6.4** de este capítulo: "Paso a paso: Cómo se realiza una apelación de Nivel 2".

PROBLEMAS RELACIONADOS CON SUS BENEFICIOS

SECCIÓN 4 Decisiones de cobertura y apelaciones

Si tiene un problema o una inquietud, solo necesita leer las partes de este capítulo que corresponden a su situación. La información a continuación lo ayudará a encontrar la sección correcta de este capítulo sobre problemas o quejas relacionados con los **beneficios cubiertos por Medicare o Medicaid.**

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

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

Sí.

Vaya a la sección siguiente de este capítulo, **Sección 5, "Guía de los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones".**

No.

Vaya a la **Sección 11** al final de este capítulo: **"Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los plazos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes"**.

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

Sección 5.1 Cómo solicitar decisiones sobre la cobertura y presentar apelaciones: el panorama general

Las decisiones de cobertura y las apelaciones abordan los problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura de su atención médica (servicios, artículos y medicamentos con receta Parte B, incluido el pago). Para simplificar las cosas, en general, hablaremos de artículos médicos, servicios y medicamentos con receta de la Parte B de Medicare como "**atención médica**". Puede usar el proceso de apelaciones y decisión de cobertura. Este es el proceso que usted usa para asuntos tales como determinar si algo tiene cobertura o no y la forma en que está cubierto.

Solicitud de decisiones de cobertura antes de recibir beneficios

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre el monto que pagaremos por su atención médica. Por ejemplo, si el médico de la red del plan lo remite a un especialista que no está dentro de la red, esta remisión se considera una decisión de cobertura favorable, a menos que el médico de la red pueda demostrar que usted recibió un aviso de negación estándar para este especialista médico o la Evidencia de cobertura especifica que el servicio referido no está cubierto en ninguna situación. Usted o el médico también pueden comunicarse con nosotros y pedirnos una decisión de cobertura si el médico no está seguro si cubriremos un servicio médico particular o se rehúsa a brindarle la atención médica que usted cree que necesita. En otras palabras, si quiere saber si cubriremos la atención médica antes de recibirla, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura para su caso.

En circunstancias limitadas, se rechazará la solicitud de una decisión de cobertura, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Entre los ejemplos de cuándo se rechazará una solicitud, se incluyen las solicitudes incompletas, solicitudes presentadas por otra persona en su nombre cuando no está autorizada legalmente para hacerlo, o solicitudes que usted solicita que retiren. Si rechazamos una solicitud de una decisión de cobertura, le enviaremos un aviso en el que se le explicará por qué se rechazó la solicitud y cómo pedir una revisión de su rechazo.

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

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura, independientemente de si lo hacemos antes o después de recibir un beneficio, y no está satisfecho con ella, puede "apelar" la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y modifiquemos una decisión de cobertura que hayamos tomado. En ciertas circunstancias, que analizaremos más adelante, puede solicitar una "apelación rápida" o acelerada de una decisión de cobertura. Su apelación es manejada por diferentes revisores que los que tomaron la decisión original.

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

En circunstancias limitadas, se rechazará la solicitud de una apelación de Nivel 1, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Entre los ejemplos de cuándo se rechazará una solicitud, se incluyen las solicitudes incompletas, solicitudes presentadas por otra persona en su nombre cuando no está autorizada legalmente para hacerlo, o solicitudes que usted solicita que retiren. Si rechazamos una solicitud de una apelación de Nivel 1, le enviaremos un aviso en el que se le explicará por qué se rechazó la solicitud y cómo pedir una revisión de su rechazo.

Si rechazamos la totalidad o parte de su apelación de Nivel 1 para la atención médica, su apelación se enviará automáticamente al Nivel 2. La Oficina de Audiencias Administrativas está a cargo de la evaluación de la apelación de Nivel 2. Esta oficina no está vinculada a nosotros.

- En algunas situaciones, su caso se enviará automáticamente a la Oficina de Audiencias Administrativas para una apelación de Nivel 2. No es necesario que usted haga nada. La Oficina de Audiencias Administrativas le enviará un aviso por correo para confirmar que recibió su apelación de Nivel 2.
- Para obtener más información sobre las apelaciones de Nivel 2, consulte la **Sección 6.4** de este capítulo.
- Para las apelaciones sobre los medicamentos de la Parte D, si se rechaza parte o la totalidad de su apelación, deberá solicitar una apelación de Nivel 2. Las apelaciones de la Parte D se analizan más en la Sección 7 de este capítulo.

Si no está satisfecho con la decisión de la apelación de Nivel 2, es posible que pueda avanzar a niveles adicionales de apelación (la Sección 10 de este capítulo explica el Nivel 3, 4 y 5 en cuanto a procesos de apelaciones).

Sección 5.2 Cómo obtener ayuda cuando está pidiendo una decisión de cobertura o presentando una apelación

Estos son los recursos si decide pedir cualquier tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- **Puede llamarnos a Servicios para los Miembros.**
- **Puede obtener ayuda gratuita** de su Programa de Asistencia de Seguro de Salud del Estado.
- **Su médico u otro proveedor de atención médica pueden realizar la solicitud por usted.** Si su médico ayuda con una apelación anterior al Nivel 2, deberá ser designado como su representante. Llame a Servicios para los Miembros y solicite el formulario de "Nombramiento de un representante". (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare, www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf, o en nuestro sitio web: www.elderplan.org).
    - Su médico u otro proveedor de atención médica pueden solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 para la atención médica en su nombre. Si se rechaza su apelación de Nivel 1, esta se enviará automáticamente al Nivel 2.

  - Si su médico u otro proveedor de salud solicitan que un servicio o artículo que usted ya está recibiendo continúe durante su apelación, **es posible** que usted deba nombrar a su médico u otra persona autorizada a dar recetas como su representante para que actúe en su nombre.
  - Su médico u otra persona autorizada a dar recetas pueden solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 para los medicamentos con receta de la Parte D en su nombre. Si se rechaza su apelación de Nivel 1, su médico o la persona autorizada a dar recetas puede solicitar una apelación de Nivel 2.

- **Puede solicitar que alguien intervenga en su nombre.** Si así lo desea, puede designar a otra persona para que intervenga en su nombre como su representante, para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.

- Si quiere que un amigo, pariente u otra persona sea su representante, llame a Servicios para los Miembros y pida el formulario de "Nombramiento de un representante". (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare, www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf, o en nuestro sitio web: www.elderplan.org).El formulario autoriza a esa persona a actuar en su nombre. Debe estar firmado por usted y por la persona que usted desea que actúe en su nombre. Usted debe entregarnos una copia del formulario firmado.
- Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos comenzar ni terminar nuestra revisión si no lo recibimos. Si no recibimos el formulario en un plazo de 44 días calendario después de recibir la solicitud de apelación (nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación), su solicitud de apelación será rechazada. Si esto sucede, le enviaremos un aviso por escrito en el que se explicará su derecho a pedirle a la Oficina de Audiencias Administrativas 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 de su colegio de abogados local u otro servicio de referencia. También existen grupos que le brindarán servicios legales gratuitos si califica. Sin embargo, **no es obligatorio que contrate a un abogado** para que pida algún tipo de decisión de cobertura o apelación de una decisión.

Sección 5.3 ¿Cuál sección de este capítulo proporciona los detalles de su situación?

Hay cuatro situaciones diferentes que implican decisiones de cobertura y apelaciones. Debido a que cada situación tiene normas y plazos diferentes, brindamos detalles para cada situación en una sección distinta:

- **Sección 6** de este capítulo, “Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura”
- **Sección 7** de este capítulo: “Medicamentos con receta de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación”
- **Sección 8** de este capítulo: “Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si considera que se le dará de alta demasiado pronto”

- **Sección 9** de este capítulo: "Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto" (Esta sección se aplica solo a estos servicios: atención médica en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada y servicios en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Externos [CORF])

Si no está seguro de qué sección debe usar, llame a Servicios para los Miembros. También puede obtener ayuda o información de organizaciones gubernamentales, como su SHIP.

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

Sección 6.1 Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura para atención médica o si desea que le reembolsemos el costo de su atención

En esta sección se describen los beneficios que tiene en cuanto a atención médica. Estos beneficios se detallan en el Capítulo 4 de este documento: *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto).* En algunos casos, se aplican normas diferentes para una solicitud de un medicamento con receta de la Parte B. En estos casos, explicaremos en qué se diferencian las normas para los medicamentos con receta de la Parte B de las normas para los artículos y servicios médicos.

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

1. No recibe determinada atención médica que desea y cree que nuestro plan cubre dicha atención. **Pida una decisión de cobertura. Sección 6.2.**
2. Nuestro plan no aprobará la atención médica que su médico u otro proveedor de atención médica quieren brindarle, y usted cree que nuestro plan cubre dicha atención. **Pida una decisión de cobertura. Sección 6.2.**

3. Recibió atención médica que cree que nuestro plan debería cubrir, pero le hemos comunicado que no pagaremos dicha atención. **Presente una apelación: Sección 6.3.**
4. Recibió y pagó atención médica que usted considera que nuestro plan debería cubrir y desea pedirle al plan que le reembolse dicha atención. **Envíenos la factura. Sección 6.5.**
5. Se le comunica que se reducirá o interrumpirá la cobertura que tenía para determinados servicios de atención médica que estaba recibiendo (y que nosotros habíamos aprobado previamente) y usted cree que esto podría perjudicar su salud. **Presente una apelación: Sección 6.3.**

- **Nota: Si la cobertura que se interrumpirá es para atención hospitalaria, atención médica en el hogar, servicios en un centro de atención de enfermería especializada o servicios en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Externos (CORF),** debe leer las Secciones 8 y 9 de este capítulo. Se aplican normas especiales a estos tipos de atención.

Sección 6.2 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura

Términos legales
Cuando una decisión de cobertura incluye su atención médica, se la denomina una **“determinación integrada de la organización”.** Una “decisión rápida de cobertura” se denomina una **“determinación acelerada”**.

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

Generalmente, se toma una “decisión estándar de cobertura” en un plazo de 14 días o 72 horas para los medicamentos de la Parte B. Una “decisión rápida de cobertura” se toma, generalmente, en el plazo de 72 horas para servicios médicos, y en un plazo de 24 horas para los medicamentos de la Parte B. Para obtener una decisión rápida de cobertura, debe cumplir dos requisitos:

- Puede *solicitar únicamente* cobertura para artículos médicos y/o servicios (no se reciben solicitudes de pago de artículos y/o servicios ya recibidos).

- Podrá solicitar una decisión rápida de cobertura *solo* si la vía de plazos estándares pudiera *poner su salud en serio peligro o dañar su capacidad funcional.*
- **Si su médico nos dice que su salud requiere una "decisión rápida de cobertura", automáticamente aceptaremos proporcionarle una decisión rápida de cobertura.**
- **Si nos pide la decisión rápida de cobertura por su cuenta, sin el apoyo del médico, decidiremos si su salud requiere que tomemos una decisión rápida de cobertura.** Si no aprobamos una decisión rápida de cobertura, le enviaremos una carta en la que:
  - Se explica que usaremos los plazos estándares.
  - También se explica que si el médico solicita la decisión rápida de cobertura, automáticamente le proporcionaremos una decisión rápida de cobertura.
  - También se explica que puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión estándar de cobertura en lugar de la decisión rápida de cobertura que solicitó.

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

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

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

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

Esto significa que le daremos una respuesta en un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud **para un artículo o servicio médico**. Si su solicitud es para un **medicamento con receta de la Parte B de Medicare**, **le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud.

- **No obstante**, si solicita más tiempo o si necesitamos más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días adicionales** si su solicitud es para un artículo o servicio médico**.** Si nos tomamos días adicionales, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional si su solicitud es por un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

- Si considera que *no* deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar una "queja rápida". Le daremos una respuesta a su queja tan pronto como tomemos la decisión. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener información sobre las quejas, consulte la Sección 11 de este capítulo).

Para las decisiones rápidas de cobertura que usamos para tomar decisiones aceleradas

Una decisión rápida de cobertura significa que brindaremos una respuesta en un plazo de 72 horas si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas.

- **No obstante**, si solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días más.** Si nos tomamos días adicionales, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional si su solicitud es por un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

- Si considera que *no* deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar una "queja rápida". (Para obtener información sobre las quejas, consulte la Sección 11 de este capítulo). Lo llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud.

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

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

Sección 6.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos legales
Una apelación al plan acerca de una decisión de cobertura sobre atención médica se denomina una **"reconsideración integrada"** del plan. Una "apelación rápida" también se denomina **"reconsideración acelerada".**

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

Generalmente, una "apelación estándar" se resuelve en un plazo de 30 días, o 7 días para los medicamentos de la Parte B. Por lo general, la "apelación rápida" se resuelve en un plazo de 72 horas.

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre la cobertura de una atención médica que todavía no ha recibido, usted o su médico deberán decidir si necesita una "apelación rápida". Si su médico nos dice que su salud requiere una "apelación rápida", le daremos una apelación rápida.

- Los requisitos para obtener una "apelación rápida" son los mismos que para obtener una "decisión rápida de cobertura" que aparecen en la Sección 6.2 de este capítulo.

Paso 2: Pídale 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 por teléfono. En el Capítulo 2, se incluye información de contacto.
- **Si solicita una apelación rápida, presente su apelación por escrito o verbalmente.** En el Capítulo 2, se incluye información de contacto.

- **Debe presentar su solicitud de apelación en un plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso por escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si se vence esta fecha límite y tiene una buena razón para haberla dejado vencer, explique el motivo de la demora al momento presentar su apelación. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de una causa justificada puede incluir una enfermedad muy grave que le impidió contactarnos o le brindamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede pedir sin cargo una copia de la información relacionada con su decisión médica. Usted y su médico pueden agregar más información para respaldar su apelación.**

Si le informamos que interrumpiremos o reduciremos servicios o artículos que estaba recibiendo, es posible que pueda conservar dichos servicios o artículos durante su apelación.

- Si decidimos cambiar o interrumpir la cobertura de un servicio o artículo que recibe actualmente, le enviaremos un aviso antes de implementar la acción propuesta.

- Si no está de acuerdo con la acción, puede presentar una apelación de Nivel 1. Continuaremos cubriendo el servicio o artículo si solicita una apelación de Nivel 1 dentro de los 10 días calendario de la fecha de timbrado que figura en nuestra carta o hasta la fecha prevista de entrada en vigencia de la acción, lo que sea posterior.
- Si cumple con este plazo, puede continuar recibiendo el servicio o artículo sin ningún cambio hasta que se resuelva su apelación de Nivel 1. También continuará recibiendo todos los demás servicios o artículos (que no forman parte de su apelación) sin cambios.

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

- Mientras 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 fuera necesario, posiblemente contactando con usted o su médico.

Plazos para una "apelación rápida"

- Para las apelaciones rápidas, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 72 horas después de recibir su apelación**. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.

- No obstante, si usted solicita más tiempo o si necesitamos más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es para un artículo o servicio médico**.** Si nos tomamos días adicionales, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- Si no le damos una respuesta en 72 horas (o al final de la extensión del plazo, en caso de que tomemos días adicionales), estamos obligados a enviar automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que será revisada por una organización de revisión independiente. La Sección 6.4 explica el proceso de apelaciones de Nivel 2.

- **Si aceptamos 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 recibir su apelación.

- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** le informaremos nuestra decisión por escrito y enviaremos automáticamente su apelación a la Oficina de Audiencias Administrativas para una apelación de Nivel 2. Cuando reciba su apelación, la Oficina de Audiencias Administrativas programará una audiencia para su caso y le informará por escrito la fecha y la hora de la audiencia.

Plazos límite para una apelación "estándar"

- Para las apelaciones estándar, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 30 días calendario** después de recibir su apelación. Le daremos nuestra respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación si esta es para un medicamento con receta de la Parte B que aún no ha recibido. Le comunicaremos nuestra decisión antes si su salud así lo exige.
  - No obstante, si usted solicita más tiempo o si necesitamos más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días** calendario adicionales si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional si su solicitud es por un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

- Si considera que **no** deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar una "queja rápida". Cuando presenta una queja rápida, le damos 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** de este capítulo).
- Si no le damos una respuesta antes de que se venza el plazo (o antes de que termine la extensión del plazo), enviaremos su solicitud a una apelación de Nivel 2, y la Oficina de Audiencias Administrativas realizará una audiencia para su caso. La Sección 6.4 explica el proceso de apelaciones de Nivel 2.

- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos autorizar o brindar la cobertura en un plazo de **30 días calendario,** o **en 7 días calendario** si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, después de que recibamos su apelación.

- **Si el plan rechaza parte o la totalidad de su apelación, tiene otros derechos de apelación. Enviaremos automáticamente su solicitud a una apelación de Nivel 2, en la que la Oficina de Audiencias Administrativas realizará una audiencia para su caso a fin de determinar si está de acuerdo con nuestra decisión.**

- Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó, le enviaremos una carta.

Sección 6.4 Paso a paso: Cómo se realiza una apelación de Nivel 2

La Oficina de Audiencias Administrativas **es una organización independiente contratada por Medicare y Medicaid.** No está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización determina si la decisión que tomamos es correcta o si debe ser cambiada. Medicare y Medicaid supervisan su trabajo.

Enviaremos automáticamente su caso al proceso de apelaciones de Nivel 2 ni bien se complete la apelación de Nivel 1. La Oficina de Audiencias Administrativas programará una audiencia para su caso y le informará la fecha y la hora. Puede solicitar que se reprograme la audiencia para un día o una hora diferentes si fuera necesario.

Si reunió los requisitos para la continuación de beneficios cuando presentó su apelación de Nivel 1, sus beneficios para el servicio, artículo o medicamento que está apelando también podrían continuar durante el Nivel 2. Consulte la Sección 6.3 para obtener información sobre cómo continuar recibiendo sus beneficios durante las apelaciones de Nivel 1.

Proceso de apelaciones de Nivel 2:

Paso 1: Enviaremos su caso a la Oficina de Audiencias Administrativas. La Oficina de Audiencias Administrativas realizará una audiencia para su caso.

- Le enviaremos a esta organización la información sobre su apelación. A esta información se la denomina "expediente de caso" o "paquete de evidencia". **Le enviaremos una copia gratuita del paquete de evidencia.**
- Tiene derecho a proporcionar a la Oficina de Audiencias Administrativas información adicional para respaldar su apelación.
- Durante la audiencia, el funcionario de la audiencia de la Oficina de Audiencias Administrativas analizará cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación y escuchará su opinión y la del personal del plan acerca de su solicitud.

Si se le concedió una apelación "rápida" en el Nivel 1, ES POSIBLE que se le conceda también una apelación "rápida" en el Nivel 2.

- Para la "apelación rápida" la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** de haber recibido su apelación. En algunos casos en los que se le concedió una apelación rápida en el Nivel 1, no se le concederá automáticamente una apelación rápida en el Nivel 2. Se le concederá una apelación rápida si los plazos estándar podrían *poner su salud en grave peligro o dañar su capacidad de recuperarse al máximo.*
- Si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la Oficina de Audiencias Administrativas necesita recabar más información que pudiera beneficiarlo, **puede tomarse hasta 14 días calendario adicionales**. La Oficina de Audiencias Administrativas no puede tomarse tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es de un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

Si se le concedió una apelación "estándar" en el Nivel 1, también se le concederá una apelación "estándar" en el Nivel 2

- En el caso de la "apelación estándar", si su solicitud es para un artículo o servicio médico, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 60 días calendario** de haber recibido su apelación.
- Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** de haber recibido su apelación.
- Sin embargo, si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la Oficina de Audiencias Administrativas necesita recabar más información que pudiera beneficiarlo, **puede tomarse hasta 14 días calendario adicionales**. La Oficina de Audiencias Administrativas no puede tomarse tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es de un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

Paso 2: La Oficina de Audiencias Administrativas le da su respuesta.

La Oficina de Audiencias Administrativas le comunicará su decisión por escrito y le explicará las razones en las que se basó.

- **Si la Oficina de Audiencias Administrativas acepta una parte o la totalidad de su solicitud,** debemos autorizar la cobertura de la atención médica **en un plazo de 1 día hábil.**
- **Si esta organización rechaza parte o la totalidad de su apelación**, significa que están de acuerdo con nuestro plan en que su solicitud (o parte de su solicitud) para la cobertura de atención médica no debe ser aprobada. (Esto se llama "confirmar la decisión" o "rechazar su apelación"). En este caso, la Oficina de Audiencias Administrativas le enviará una carta con el siguiente fin:
  - Explicar su decisión.
  - Notificarle sobre el derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de atención médica cumple con un cierto mínimo. El aviso por escrito que reciba de la Oficina de Audiencias Administrativas le indicará el monto en dólares que debe cumplir para continuar con el proceso de apelaciones.
  - Le indica cómo presentar una apelación de Nivel 3.

- Si se rechaza su apelación de Nivel 2, usted debe decidir si quiere avanzar al Nivel 3 y hacer una tercera apelación. La información sobre cómo hacerlo están en el aviso por escrito que recibirá después de su apelación de Nivel 2.
  - El Consejo de Apelaciones de Medicare está a cargo de las apelaciones de Nivel 3. En la **Sección 10** de este capítulo, se explica el proceso para las apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

Si se rechaza una parte o la totalidad de lo que solicité, ¿puedo presentar otra apelación?

Si la Oficina de Audiencias Administrativas rechaza una parte o la totalidad de lo que solicitó, tiene **otros derechos de apelación.**

En la carta que reciba de la Oficina de Audiencias Administrativas, se describirá la opción de apelación que sigue.

Consulte la **Sección 10** de este capítulo para obtener más información sobre sus derechos de apelación después del Nivel 2.

Sección 6.5 ¿Qué sucede si nos pide que le reembolsemos una factura que ha recibido en concepto de atención médica?

Si ya pagó un servicio o artículo de Medicaid cubierto por el plan, puede solicitar a nuestro plan que le devuelva el dinero (la acción de devolver el dinero, con frecuencia, se denomina "reembolso"). Es su derecho que nuestro plan le reembolse cada vez que usted haya pagado por servicios médicos o medicamentos que están cubiertos por el plan. Cuando nos envíe una factura que ya pagó, la analizaremos y decidiremos si debemos cubrir los servicios o medicamentos. 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, está pidiendo una decisión de cobertura. Para tomar esta decisión, comprobaremos si la atención médica que pagó es un servicio cubierto. También comprobaremos si ha seguido todas las normas para el uso de su cobertura de atención médica.

Si desea que le reembolsemos el costo de un servicio o artículo de **Medicare** o nos pide que le paguemos a un proveedor de atención médica por un servicio o artículo de Medicaid que usted ya pagó, nos está pidiendo que tomemos esta decisión de cobertura. Comprobaremos si la atención médica que pagó es un servicio cubierto. También comprobaremos si ha seguido todas las normas para el uso de su cobertura de atención médica.

- **Si aceptamos su solicitud:** Si la atención médica está cubierta y siguió todas las normas, le enviaremos el pago que nos corresponde en un plazo de 60 días calendario después de recibir 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 le informamos que no pagaremos por los servicios y las razones.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar su solicitud, **puede presentar una apelación.** Si presenta una apelación, nos está solicitando que modifiquemos una decisión de cobertura que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

Para presentar esta apelación, siga el proceso de apelaciones que se describe en la Sección 6.3. Para apelaciones sobre el reembolso, tenga en cuenta lo siguiente:

- Debemos darle una respuesta en un plazo de 30 días calendario después de haber recibido su apelación. Si nos solicita reembolsarle la atención médica que ya ha recibido y pagado, no se le permite solicitar una apelación rápida.
- Si la Oficina de Audiencias Administrativas decide que debemos pagar, tenemos que enviarle el pago a usted o al proveedor en un plazo de 30 días calendario. Si aceptamos su apelación en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviarle el pago que solicitó a usted o al proveedor de atención médica en un plazo de 60 días calendario.

Sección 6.6 Apelaciones externas solo para Medicaid

Usted o su médico pueden pedir una apelación externa **solo para los beneficios cubiertos por Medicaid**.

Puede pedir al estado de New York una **apelación externa** independiente si nuestro plan decide rechazar la cobertura de un servicio médico que usted y su médico solicitaron por los siguientes motivos:

- no era médicamente necesario;
- era experimental o de investigación;
- no era diferente a la atención que puede obtener en la red del plan;

- estaba disponible a través de un proveedor participante que tiene la capacitación y experiencia adecuadas para satisfacer sus necesidades.

Se denomina apelación externa porque quienes toman la decisión son revisores que no trabajan para el plan de salud ni para el estado. Estos revisores son personas competentes que aprueba el estado de New York. El servicio tiene que estar en el paquete de beneficios del plan o ser un tratamiento experimental. Usted no tiene que pagar la apelación externa.

Antes de apelar al estado, debe hacer lo siguiente:

- Debe presentar una apelación de Nivel 1 ante el plan y obtener la determinación adversa final del plan; **o**
- Usted puede pedir una apelación externa acelerada al mismo tiempo si no ha recibido el servicio y pide una apelación rápida. (Su médico deberá declarar que la apelación acelerada es necesaria); **o**
- Usted y el plan pueden acordar omitir el proceso de apelaciones del plan y pasar directamente a la apelación externa.
- Usted puede probar que el plan no cumplió las normas correctamente al procesar su apelación de Nivel 1.

Usted tiene **4 meses** después de que recibe la determinación adversa final del plan para pedir una apelación externa. Si usted y el plan acuerdan omitir el proceso de apelaciones del plan, entonces debe solicitar la apelación externa dentro de los 4 meses de la fecha en la que hizo ese acuerdo.

Para solicitar una apelación externa, llene una solicitud y envíela al Departamento de Servicios Financieros.

- Si necesita ayuda para presentar una apelación, puede llamar a Servicios para los Miembros al 1-877-891-6447 (TTY 711) de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana.
- Usted y sus médicos tendrán que proporcionar información sobre su problema médico.
- La solicitud de apelación externa indica qué información se necesita.

A continuación, se indican algunas maneras de obtener una solicitud:

- Llame al Departamento de Servicios Financieros al 1-800-400-8882.
- Visite el sitio web del Departamento de Servicios Financieros: www.dfs.ny.gov.

- Comuníquese con el plan de salud llamando al 1-877-891-6447, TTY 711, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana.

El revisor tomará una decisión sobre su apelación externa en 30 días. Si el revisor de la apelación externa solicita más información, es posible que se necesite más tiempo (hasta cinco días laborables). El revisor les comunicará la decisión final a usted y al plan en un plazo de dos días después de haberla tomado.

Puede obtener una decisión más rápida si su médico indica que una demora perjudicará gravemente su salud. Esto se denomina **apelación externa acelerada**. El examinador de la apelación externa decidirá la apelación acelerada en 72 horas o menos. El examinador les comunicará inmediatamente la decisión a usted y al plan por teléfono o fax. Luego, el revisor le enviará una carta en la que se comunicará la decisión.

En cualquier momento del proceso, usted o alguien de su confianza también pueden presentar una queja acerca del tiempo de la revisión ante el Departamento de Salud del estado de New York llamando al 1-866-712-7197.

SECCIÓN 7 Medicamentos con receta 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

Sus beneficios incluyen la cobertura para muchos medicamentos con receta. Para estar cubierto, su medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. (Si desea obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada, consulte el Capítulo 5). Para obtener más detalles sobre los medicamentos de la Parte D, las normas, las restricciones y los costos, consulte el Capítulo 5 y el Capítulo 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 solicitarnos. Algunos medicamentos requieren que obtenga nuestra aprobación antes de que podamos cubrirlos.
- Si su farmacia le dice que su receta no puede presentarse como está escrita, la farmacia le dará un aviso por escrito en el que se explica cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.

Decisiones y apelaciones de cobertura de la Parte D

Término legal
Una decisión de cobertura inicial sobre los medicamentos de la Parte D se denomina una **“determinación de cobertura”.**

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

- Pedirnos cubrir un medicamento de la Parte D que no figura en la *Lista de medicamentos cubiertos* del plan. **Pida una excepción. Sección 7.2.**
- Pedirnos que no apliquemos una restricción a la cobertura del plan para un medicamento (como límites en la cantidad de medicamento que puede obtener). **Pida una excepción. Sección 7.2.**

- Pedirnos que obtengan la pre aprobación de un medicamento. **Pida una decisión de cobertura. Sección 7.4.**
- Pague por un medicamento con receta que ya compró. **Pídanos que le reembolsemos. Sección 7.4.**

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

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

Sección 7.2 ¿Qué es una excepción?

Términos legales
Pedir cobertura para un medicamento que no está en la Lista de medicamentos se denomina, en ocasiones, **“excepción al formulario”.** Pedir la eliminación de una restricción de cobertura para un medicamento se denomina, en ocasiones, **“excepción al formulario”.** Pedir pagar un precio inferior por un medicamento no preferido cubierto se denomina, en ocasiones, pedir una **“excepción de nivel”.**

Si un medicamento no está cubierto de la forma que a usted le gustaría que estuviese cubierto, puede pedirnos que hagamos una “excepción”. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura.

Para que consideremos su solicitud de excepción, su médico o la persona autorizada a dar recetas tendrá que explicar las razones médicas por las que necesita que se apruebe la excepción. Estos son dos 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 la Lista de medicamentos.** Si aceptamos cubrir un medicamento que no está en la Lista de medicamentos, deberá pagar el monto de costo compartido que se aplique a todos nuestros medicamentos. No puede solicitar una excepción al monto de costo compartido que le pediremos que pague por el medicamento.
2. **Eliminar una restricción para un medicamento cubierto**. En el Capítulo 5, se describen las normas o restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos de la Lista de medicamentos.

Sección 7.3 Aspectos importantes que debe saber acerca de pedir excepciones

Su médico debe explicarnos las razones médicas

Su médico o la persona autorizada a dar recetas deben darnos una declaración que explique las razones médicas para solicitar una excepción. Para que tomemos la decisión más rápido, incluya esta información médica de su médico o de la persona autorizada a dar recetas cuando pida la excepción.

Habitualmente, la Lista de medicamentos incluye más de un medicamento para tratar una afección en particular. Estas posibilidades diferentes se denominan medicamentos "alternativos". Si un medicamento alternativo da el mismo resultado que el medicamento que está solicitando y no produce más efectos secundarios ni otros problemas de salud, en general **no** aprobaremos su solicitud de una excepción.

Podemos aceptar o rechazar su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de una excepción, nuestra aprobación normalmente es válida hasta el final del año del plan. Y será válida mientras su médico siga recetándole el medicamento y mientras ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar su afección.
- Si rechazamos su solicitud, puede pedir otra revisión presentando una apelación.

Sección 7.4 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

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

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

Las "decisiones estándar de cobertura" se toman en un plazo **de 72 horas** después de recibir la declaración de su médico. **Las "decisiones rápidas de cobertura"** se toman en un plazo **de 24 horas** después de recibir la declaración de su médico.

Si su salud lo requiere, pídanos que tomemos una "decisión rápida de cobertura". **Para obtener una decisión rápida de cobertura, debe cumplir dos requisitos:**

- Debe pedir un *medicamento que aún no ha recibido*. (No puede solicitar una decisión rápida de cobertura para que se le reembolse un medicamento que ya compró).
- Usar los plazos estándares podría *poner su salud en grave peligro o dañar su capacidad funcional.*

- **Si el médico o la persona autorizada a dar recetas nos indican que su salud requiere una "decisión rápida de cobertura", automáticamente le comunicaremos una decisión rápida de cobertura.**
- **Si nos pide la decisión rápida de cobertura por su cuenta, sin el apoyo de su médico ni de la persona autorizada a dar recetas, decidiremos si su salud requiere que tomemos una decisión rápida de cobertura.** Si no aprobamos una decisión rápida de cobertura, le enviaremos una carta con la siguiente información:
    - Se explica que usaremos los plazos estándares.
    - También se explica que, si el médico o la persona autorizada a dar recetas solicitan la decisión rápida de cobertura, automáticamente le proporcionaremos una decisión rápida de cobertura.
    - Describe cómo puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión estándar de cobertura en lugar de la decisión rápida de cobertura que solicitó. Le daremos una respuesta a su queja en un plazo de 24 horas después de recibirla.

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

Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o brindemos cobertura para la atención médica que desea. 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 mediante el formulario de Solicitud de decisión de cobertura modelo de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), que está disponible en nuestro sitio web. En el Capítulo 2, se incluye información de contacto. Para ayudarnos a procesar su solicitud, asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información que identifica qué reclamo negado está siendo apelado.

Usted, su médico (u otra persona autorizada a dar recetas) o su representante pueden hacer esto. También puede contratar a un abogado para que actúe en su nombre. La Sección 4 de este capítulo le indica cómo puede darle permiso por escrito a alguien para que actúe como su representante.

- **Si está solicitando una excepción, proporcione la "declaración de respaldo",** es decir, las razones médicas de la excepción. Su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden enviarnos por fax o correo la declaración. O su médico o la persona autorizada a dar recetas puede llamarnos por teléfono y hacer un seguimiento mediante el envío de la declaración escrita, ya sea por fax o por correo, si fuera necesario.

Paso 3: consideraremos su solicitud y le daremos una respuesta.

Plazos para una "decisión rápida de cobertura"

- Por lo general, debemos darle una respuesta **en un plazo de 24 horas** después de recibir su solicitud.
  - En el caso de las excepciones, le daremos una respuesta en un plazo 24 horas después de recibir la declaración que respalda su médico. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
  - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.

- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos brindarle la cobertura que hemos aceptado brindarle en un plazo de 24 horas después de haber recibido su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud. Además, le explicaremos cómo puede apelar.

Plazos límite 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 recibir su solicitud.
  - En el caso de las excepciones, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibir la declaración que respalda su médico. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
  - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.

- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos brindarle la cobertura que hemos aceptado brindarle en un plazo de 72 horas después de haber recibido su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud. Además, le explicaremos cómo puede apelar.

Plazos límite para una decisión de cobertura "estándar" sobre el pago de un medicamento que ya compró

- Debemos darle una respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.
  - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos parte o a la totalidad de lo que solicitó**, también debemos pagarle en un plazo de 14 días calendario después de haber recibido su solicitud.
- **Si rechazamos 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. Además, le explicaremos cómo puede apelar.

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

- Si rechazamos su solicitud, usted tiene derecho a pedirnos reconsiderar esta decisión mediante la presentación de una apelación. Esto significa pedir de nuevo que obtenga la cobertura para medicamentos que desea. Si presenta una apelación, significa que está avanzando al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 7.5 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Término legal
Una apelación al plan sobre la decisión de cobertura de un medicamento de la Parte D, se llama **“redeterminación”** del plan. Una “apelación rápida” también se llama una **“redeterminación acelerada”.**

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

Generalmente, se presenta una "apelación estándar" en un plazo de 7 días. Por lo general, la "apelación rápida" se resuelve en un plazo de 72 horas. Si su salud lo requiere, pídanos una "apelación rápida"

- Si va a apelar una decisión tomada por nosotros acerca de un medicamento que aún no ha recibido, usted y su médico (o la persona autorizada a dar recetas) tendrán que decidir si necesita una "apelación rápida".
- Los requisitos para obtener una "apelación rápida" son los mismos que para obtener una "decisión rápida de cobertura" que aparecen en la Sección 6.4 de este capítulo.

Paso 2: Usted, su representante, médico u otra persona autorizada a dar recetas deben ponerse en contacto con nosotros y presentar su apelación de Nivel 1. Si su salud exige una respuesta rápida, debe solicitar una "apelación rápida".

- **Para apelaciones estándar, envíe una solicitud por escrito.** En el Capítulo 2, se incluye información de contacto.
- **En el caso de las apelaciones rápidas, presente su apelación por escrito o llámenos al** *1-877-891-6447*. En el Capítulo 2, se incluye información de contacto.

- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito,** incluida una solicitud enviada en el formulario de solicitud de determinación de cobertura modelo de CMS, que está disponible en nuestro sitio web. Asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información sobre su reclamación para ayudarnos a procesar su solicitud.
- **Debe presentar su solicitud de apelación en un plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso por escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si se vence esta fecha límite y tiene una buena razón para haberla dejado vencer, explique el motivo de la demora al momento presentar su apelación. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Los ejemplos de una causa justificada pueden incluir una enfermedad muy grave que le impidió contactarnos, o haber recibido información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede pedir una copia de la información de su apelación y añadir más información.** Usted y su médico pueden agregar más información para respaldar su apelación.

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

- Mientras 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. Es posible que nos comuniquemos con su médico o la persona autorizada a dar recetas para obtener más información.

Plazos para una "apelación rápida"

- Para las apelaciones rápidas, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 72 horas después de recibir su apelación**. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
  - Si no le damos una respuesta en el plazo de 72 horas, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente. En la **Sección 7.6**, se explica el proceso de apelaciones de Nivel 2.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 72 horas después de recibir su apelación.

- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos límite para una apelación "estándar" para un medicamento que aún no ha recibido

- Para las apelaciones estándar, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación. Le comunicaremos nuestra decisión antes si aún no ha recibido el medicamento y su estado de salud así lo exige.
    - Si no le comunicamos nuestra decisión en el plazo de 7 días calendario, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente. En la **Sección 7.6**, se explica el proceso de apelaciones de Nivel 2.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos brindar la cobertura tan pronto como lo exija su salud, en un plazo máximo de **7 días calendario** desde la fecha en que recibimos su apelación.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos límite para una "apelación estándar" sobre el pago de un medicamento que ya compró

- Debemos darle una respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.
  - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos parte o a la totalidad de lo que solicitó**, también debemos pagarle en un plazo de 30 días calendario después de haber recibido su solicitud.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud. Además, le explicaremos cómo puede apelar.

Paso 4: si rechazamos su apelación, usted decide si quiere continuar con el proceso de apelaciones y presentar otra apelación.

- Si decide presentar otra apelación, significa que su apelación se va al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Sección 7.6 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2

Término legal
El nombre formal para la "Organización de Revisión Independiente" es **"Entidad de Revisión Independiente".** A veces se la denomina **"IRE"** (Independent Review Entity).

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

Paso 1: Usted (o su representante, su médico u otra persona autorizada a dar recetas) debe ponerse en contacto 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. Si, sin embargo, no completamos nuestra revisión en el caso de que se aplique o tomamos una decisión desfavorable respecto de la determinación "en riesgo" de acuerdo con nuestro programa de administración de medicamentos, automáticamente enviaremos su reclamación al IRE.
- Le enviaremos a esta organización la información sobre su apelación. A esta información se la denomina su "expediente de caso". **Usted tiene derecho a pedirnos una copia del archivo de su caso**.
- Usted tiene derecho a proporcionarle a la Organización de Revisión Independiente información adicional para sustentar su apelación.

Paso 2: La Organización de Revisión Independiente revisa su apelación.

Los revisores de la Organización de Revisión Independiente analizarán cuidadosamente la información relacionada con su apelación.

Plazos para una "apelación rápida"

- Si su salud lo requiere, pida una "apelación rápida" a la Organización de Revisión Independiente.
- Si la organización acepta darle una "apelación rápida", la organización debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud de apelación.

Plazos para una "apelación estándar"

- Para las apelaciones estándar, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación si se trata de un medicamento que aún no ha recibido. Si solicita el reembolso del costo de un medicamento que ya compró, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 14 días calendario** después de recibir su solicitud.

Paso 3: La Organización de Revisión Independiente le da su respuesta.

- ***Para "apelaciones rápidas":***
  - **Si la Organización de Revisión Independiente acepta parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos brindar la cobertura para medicamentos que aprobó la organización de revisión **en un plazo de 24 horas** de recibir la decisión de parte de dicha organización.
- ***Para "apelaciones estándar":***
  - **Si la organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de su solicitud de cobertura,** debemos **brindar la cobertura para medicamentos** que aprobó la organización de revisión **en un plazo de 72 horas** de recibida la decisión de parte de dicha organización.
  - **Si la organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de su solicitud para reembolsarle** el costo de un medicamento que ya compró, debemos **enviarle el pago en un plazo de 30 días calendario** de recibida la decisión de parte de la organización de revisión.

¿Qué sucede si la organización de revisión rechaza su apelación?

Si esta organización rechaza parte o la totalidad de su apelación, significa que están de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud (o parte de su solicitud). (Esto se llama "confirmar la decisión" o "rechazar su apelación"). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta:

- Explicar su decisión.
- Le notificará sobre el derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de atención médica que está solicitando cumple con un 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 indica el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelaciones.

Paso 4: si su caso reúne los requisitos, puede elegir si desea continuar con su apelación.

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (lo que representa un total de cinco niveles de apelación). Si desea continuar con una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacerlo se encuentran en el aviso por escrito que recibe después de su decisión de apelación de Nivel 2.

- A la apelación de Nivel 3 la maneja un juez administrativo o un mediador. En la **Sección 10** de este capítulo, se explica más acerca del proceso de apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si considera que se le dará de alta demasiado pronto

Cuando lo ingresan 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. Ellos ayudarán a coordinar la atención que pueda necesitar cuando se vaya.

- El día en que se va del hospital es la **“fecha del alta”**.
- Cuando se decida la fecha del alta, su médico o el personal del hospital se lo indicarán.
- Si cree que le están pidiendo que deje el hospital demasiado pronto, puede pedir una hospitalización más prolongada y se considerará su solicitud.

Sección 8.1 Durante la hospitalización, recibirá un aviso por escrito de Medicare, donde se le explicarán sus derechos

En un plazo de dos días de haber ingresado en el hospital, recibirá un aviso por escrito llamado "*An Important Message from Medicare about Your Rights" (Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*). Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de este aviso.

Si no recibe el aviso de otra persona en el hospital (por ejemplo, un asistente social o un enfermero), pídaselo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicios para los Miembros o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) los 7 días de la semana durante las 24 horas (TTY 1-877-486-2048).

1. **Lea atentamente este aviso y consulte cualquier duda que tenga.** En esta lista se indica 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.
   - Su derecho a saber dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.

- Su derecho a **solicitar una revisión inmediata** de la decisión del alta 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 les pedirá a usted o alguien que actúe en su nombre que firmen el aviso.
   - Firmar este aviso **solo** demuestra que ha recibido la información sobre sus derechos. El aviso no le da la 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) si la necesita.
   - Si firma el aviso más de dos días antes de la fecha del alta, recibirá otra copia antes de la fecha de alta programada.

- Para consultar una copia de este aviso por adelantado, puede llamar a Servicios para los Miembros o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) los 7 días de la semana durante las 24 horas. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede ver el aviso en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeappealNotices.

Sección 8.2 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha del alta del hospital

Si desea pedir que los servicios hospitalarios para pacientes internados estén cubiertos por nosotros durante un tiempo más prolongado, tendrá que usar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que debe hacer y los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos límite.**
- **Pida ayuda si la necesita**. Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios para los Miembros. O llame al Programa de Asistencia de Seguro de Salud del Estado, una organización del gobierno que ofrece asistencia personalizada.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la Mejora de la Calidad revisa su apelación. Comprueba si su fecha prevista del alta es médicamente apropiada para usted.

La **Organización para la Mejora de la Calidad** es un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica a los que el gobierno federal les paga por evaluar y ayudar a mejorar la calidad de la atención que se les brinda a las personas que tienen Medicare. Esto incluye revisar las fechas del alta del hospital para las personas que tienen Medicare. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Comuníquese con la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado y pida una revisión inmediata del alta del hospital. Debe actuar rápidamente.

¿Cómo puede ponerse en contacto 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 encuentre el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe rápido:

- Para presentar su apelación, debe ponerse en contacto con la Organización para la Mejora de la Calidad **antes** de dejar el hospital y, **como máximo**, **a la medianoche de la fecha del alta**.
  - Si cumple con este plazo, es posible que permanezca en el hospital **después** de su fecha del alta **sin que deba pagar por ello**, mientras espera la decisión de la Organización para la Mejora de la Calidad.
  - Si **no** cumple con este plazo y decide quedarse en el hospital después de la fecha prevista del alta, **es posible que deba pagar todos los costos** correspondientes a la atención hospitalaria que reciba con posterioridad a la fecha prevista del alta.
- Si se vence el plazo para comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad y aún desea apelar, deberá presentar la apelación directamente a nuestro plan. Para obtener detalles sobre esta otra forma de presentar su apelación, consulte la **Sección 8.4** de este capítulo.

Una vez que solicite una revisión inmediata del alta del hospital, la Organización para la Mejora de la Calidad se comunicará con nosotros. Antes del mediodía del día después de que nos comuniquemos con usted, le daremos un **Aviso detallado del alta**. Este aviso le brinda la fecha prevista del alta y le explica en detalle las razones por las que el médico, el hospital y nosotros pensamos que es adecuado (médicamente apropiado) que reciba el alta en esa fecha.

Puede obtener una muestra del **Aviso detallado del alta** llamando a Servicios para los Miembros o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 7 días a la semana, 24 horas al día. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). También puede ver un aviso de muestra en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeappealNotices.

Paso 2: la Organización para la Mejora de la Calidad realiza una revisión independiente de su caso.

- Los profesionales de la salud de la Organización para la Mejora de la Calidad ("los revisores") le preguntarán a usted (o a su representante) por qué creen que debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.

- Los revisores también consultarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que el hospital y nosotros les hemos dado.
- Antes del mediodía del día después de que los revisores nos informen sobre su apelación, recibirá un aviso por escrito de parte nuestra donde se le indicará su fecha prevista del alta. Este aviso también explica en detalle las razones por las que el 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 la acepta, **debemos seguir brindándole servicios hospitalarios para pacientes internados cubiertos durante el tiempo que sean médicamente necesarios.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Además, es posible que haya limitaciones en sus servicios hospitalarios cubiertos.

¿Qué sucede si la rechazan?

- Si la organización de revisión la rechaza, esto significa que su fecha prevista del alta es médicamente apropiada. Si esto sucede, **nuestra cobertura para los servicios hospitalarios para pacientes internados finalizará** al mediodía del día **posterior** a la fecha en la que la Organización para la Mejora de la Calidad le dé su respuesta a la apelación.
- Si la organización de revisión rechaza su apelación y usted decide permanecer en el hospital, **es posible que deba pagar el costo total** de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día posterior a la fecha en la que la Organización para la Mejora de la Calidad le dé 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 su fecha prevista del alta, puede presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que pasa al “Nivel 2” del proceso de apelaciones.

Sección 8.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha del alta del hospital

Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para la Mejora de la Calidad que consulte de nuevo su decisión sobre su primera apelación. Si la Organización para la Mejora de la Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, deberá pagar el costo total de la hospitalización con posterioridad a la fecha prevista del alta

Paso 1: comuníquese con la Organización para la Mejora de la Calidad de nuevo para pedir otra revisión.

- Debe pedir esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** después de la fecha en la que la Organización para la Mejora de la Calidad rechazó su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si permanece en el hospital después de la fecha en la que finalizó su cobertura de atención médica.

Paso 2: la Organización para la Mejora de la Calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para la Mejora de la Calidad harán otra revisión cuidadosa de toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud para una apelación de Nivel 2, los revisores decidirán sobre su apelación y le informarán su decisión.

Si la organización de revisión 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 para pacientes internados en un hospital durante el tiempo que sea médicamente necesario**.
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

Si la organización de revisión la rechaza:

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron para su apelación de Nivel 1.
- En el aviso que recibirá se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión.

Paso 4: si la rechazan, tendrá que decidir si quiere continuar con la apelación y presentar una apelación de Nivel 3.

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (lo que representa un total de cinco niveles de apelación). Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, tendrá los detalles de cómo hacerlo en el aviso por escrito que reciba después de su decisión de apelación de Nivel 2.
- A la apelación de Nivel 3 la maneja un juez administrativo o un mediador. En la **Sección 10** de este capítulo, se explica más acerca del proceso de apelaciones de los Niveles 3, 4 y 5.

Sección 8.4 ¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha del alta del hospital?

Término legal
A la "revisión rápida" (o "apelación rápida") también se la denomina **"apelación acelerada".**

En su lugar, puede presentar una apelación ante nosotros

Como se explica anteriormente, debe actuar rápido para comenzar su apelación de Nivel 1 del alta del hospital. Si se vence el plazo para comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad, hay otra forma de presentar su apelación.

Si presenta su apelación de esta otra forma, **los primeros dos niveles de apelación son diferentes.**

Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 alternativa

Paso 1: comuníquese con nosotros y pídanos una "revisión rápida".

- **Pida una "revisión rápida".** Esto significa que nos pide que le demos una respuesta usando los plazos "rápidos" en lugar de los "estándares". En el Capítulo 2, se incluye información de contacto.

Paso 2: hacemos una revisión "rápida" de su fecha prevista del alta y verificamos si es médicamente apropiada.

- Durante esta revisión, analizamos toda la información sobre su hospitalización. Comprobamos si su fecha prevista del alta fue médicamente apropiada. Vemos si la decisión sobre cuándo debería dejar el hospital fue justa y siguió todas las normas.

Paso 3: le comunicaremos nuestra decisión en un plazo de 72 horas después de pedir una "revisión rápida".

- **Si aceptamos su apelación,** significa que hemos aceptado que sigue necesitando estar en el hospital después de la fecha del alta. Seguiremos brindándole servicios hospitalarios para pacientes internados cubiertos durante el tiempo que sean médicamente necesarios. También significa que hemos aceptado reembolsarle la parte que nos corresponde de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura. (Debe pagar la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura).

- **Si rechazamos su apelación,** estamos diciendo que su fecha prevista del alta era médicamente apropiada. Nuestra cobertura de los servicios hospitalarios para pacientes internados finaliza el día en que dijimos que finalizaría la cobertura.
  - Si permaneció en el hospital **después** de su fecha prevista del alta, entonces **es posible que tenga que pagar el costo total** de la atención hospitalaria que recibió después de dicha fecha.

Paso 4: Si *rechazamos* su apelación, su caso se enviará automáticamente al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

Paso a paso: Proceso de apelación de Nivel 2 *alternativa*

Término legal
El nombre formal para la "Organización de Revisión Independiente" es **"Entidad de Revisión Independiente".** A veces se la denomina **"IRE"** (Independent Review Entity).

La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente contratada por Medicare. No está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización determina si la decisión que tomamos es correcta o si debe ser cambiada. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Enviaremos su caso automáticamente a la Organización de Revisión Independiente.

- Estamos obligados a enviar la información para su apelación de Nivel 2 ante la Organización de Revisión Independiente en un plazo de 24 horas a partir del momento en que le informamos que vamos a rechazar su primera apelación. (Si cree que no estamos cumpliendo con este plazo o con otros, puede presentar una queja. La **Sección 11** de este capítulo le indica cómo presentar una queja).

Paso 2: La Organización de Revisión Independiente hace una "revisión rápida" de su apelación. Los revisores le darán una respuesta en un plazo de 72 horas.

- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación del alta del hospital.

- **Si esta organización acepta su apelación,** debemos devolverle la parte que nos corresponde de la atención hospitalaria que recibió desde la fecha prevista del alta. Nosotros debemos seguir brindando cobertura para sus servicios hospitalarios para pacientes internados durante el tiempo que sean médicamente necesarios. Usted deberá seguir pagando la parte que le corresponde de los costos. Si corresponden límites de cobertura, estos podrían limitar cuánto le reembolsaremos o durante cuánto tiempo seguiremos cubriendo sus servicios.
- **Si esta organización rechaza su apelación,** significa que están de acuerdo en que la fecha prevista del alta del hospital era médicamente apropiada.
  - El aviso por escrito que reciba de la organización de revisión independiente le indicará cómo iniciar una apelación de Nivel 3, de la cual se encarga un juez administrativo o un mediador.

Paso 3: Si la Organización de Revisión Independiente rechaza su apelación, puede elegir si desea continuar con su apelación.

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (lo que representa un total de cinco niveles de apelación). Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 2, usted decide si desea aceptar su decisión o ir a una apelación de Nivel 3.

- En la **Sección 10** de este capítulo, se explica más acerca del proceso de apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

SECCIÓN 9 Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto

Sección 9.1 Esta sección trata solo acerca de tres servicios: Servicios de atención médica en el hogar, en un centro de atención de enfermería especializada y en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Externos (CORF)

Cuando recibe **servicios cubiertos de atención médica en el hogar, de atención de enfermería especializada o de rehabilitación especializada (Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Externos),** tiene derecho a seguir recibiendo sus servicios para ese tipo de atención, siempre que esta sea necesaria para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Cuando decidimos que es hora de dejar de cubrir alguno de los tres tipos de atención, estamos obligados a decírselo por anticipado. Cuando finalice su cobertura para esa atención, **dejaremos de pagar** *su atención.*

Si cree que estamos terminando la cobertura para su atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión.** Esta sección le indica cómo solicitar una apelación.

Sección 9.2 Le diremos por adelantado cuándo se termina su cobertura

Término legal
"Aviso de no cobertura de Medicare" Le explica cómo puede solicitar una **"apelación de vía rápida".** Solicitar una apelación de vía rápida es una forma legal y formal de solicitar un cambio a nuestra decisión de cobertura sobre cuándo dejar de prestar atención médica.

1. **Usted recibe un aviso por escrito** al menos dos días antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención. En el aviso se le informa:
   - La fecha en la que dejaremos de cubrir su atención.
   - Cómo solicitar una "apelación de vía rápida" para solicitarnos que sigamos cubriendo su atención durante un período más largo.

2. **Usted o alguien que actúe en su nombre deberán firmar el aviso por escrito para demostrar que lo recibió.** La firma del aviso *solo* indica que ha recibido la información sobre cuándo finalizará la cobertura. **Firmarlo no significa que esté de acuerdo** con la decisión del plan de interrumpir la atención.

Sección 9.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo

Si desea pedirnos que cubramos su atención durante un período más largo, deberá usar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que debe hacer y los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos límite.**
- **Pida ayuda si la necesita**. Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios para los Miembros. O llame al Programa de Asistencia de Seguro de Salud del Estado, una organización del gobierno que ofrece asistencia personalizada.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la Mejora de la Calidad revisa su apelación. Decide si la fecha final de su atención es médicamente apropiada.

La **Organización para la Mejora de la Calidad** es un grupo de médicos y otros expertos en atención médica a los que el Gobierno federal les paga por evaluar y ayudar a mejorar la calidad de la atención que se les brinda a las personas que tienen Medicare. Esto incluye revisar las decisiones del plan sobre cuándo es momento de dejar de cubrir ciertos tipos de atención médica. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Realice su apelación de Nivel 1: comuníquese con la Organización para la Mejora de la Calidad y pida una *apelación de vía rápida*. Debe actuar rápidamente.

¿Cómo puede ponerse en contacto con esta organización?

- El aviso por escrito que recibió (*Aviso sobre la no cobertura de Medicare*) le explica cómo puede comunicarse con esta organización. O encuentre el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado en el Capítulo 2.

- ***Actúe rápido:***
  - Para iniciar la apelación, debe comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad antes del mediodía del día anterior a la fecha de entrada en vigencia que figura en el Aviso de no cobertura de Medicare.
  - Si se vence el plazo para comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad y aún desea presentar una apelación, debe apelar directamente a nosotros. Para obtener detalles sobre esta otra forma de presentar su apelación, consulte la **Sección 9.5** de este capítulo.

Paso 2: la Organización para la Mejora de la Calidad realiza una revisión independiente de su caso.

Término legal
Explicación detallada de no cobertura Aviso que proporciona detalles sobre las razones por las cuales finaliza 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 creen que debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.

- La organización de revisión también revisará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que le ha dado nuestro plan.
- Al final del día, los revisores nos informarán sobre su apelación, y usted recibirá la **Explicación detallada de no cobertura** de parte nuestra donde se explican detalladamente las razones por las cuales queremos finalizar la cobertura de sus servicios.

Paso 3: dentro del plazo de un día completo después de tener toda la información que necesitan, los revisores le comunicarán su decisión.

¿Qué sucede si los revisores aceptan su apelación?

- Si los revisores aceptan su apelación, entonces **debemos seguir brindándole servicios cubiertos mientras sigan siendo médicamente necesarios**.
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Es posible que haya limitaciones en sus servicios cubiertos.

¿Qué sucede si los revisores rechazan su apelación?

- Si los revisores rechazan su solicitud, entonces **su cobertura finalizará en la fecha que le habíamos indicado**.

- Si decide continuar recibiendo servicios de atención médica en el hogar, servicios en un centro de atención de enfermería especializada o servicios en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Externos (CORF) **después** de la fecha en que finaliza 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, puede presentar una apelación de Nivel 2.

Sección 9.4 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo

Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para la Mejora de la Calidad que consulte de nuevo la decisión sobre su primera apelación. Si la Organización para la Mejora de la Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que usted deba pagar el costo total de los servicios de atención médica en el hogar, de los servicios en un centro de atención de enfermería especializada o de los servicios en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Externos (CORF) **después** de la fecha en la que le informamos que termina su cobertura.

Paso 1: comuníquese con la Organización para la Mejora de la Calidad de nuevo para pedir otra revisión.

- Debe pedir esta revisión **en un plazo de 60 días** después de la fecha en la que la Organización para la Mejora de la Calidad rechazó su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si siguió recibiendo la atención después de la fecha en la que finalizó su cobertura.

Paso 2: la Organización para la Mejora de la Calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para la Mejora de la Calidad harán otra revisión cuidadosa de toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: en un plazo de 14 días de recibida su solicitud de apelación, los revisores decidirán sobre su apelación y le informarán su decisión.

¿Qué sucede si la organización de revisión acepta su apelación?

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura. **Debemos seguir brindándole cobertura** por su atención durante el tiempo que sea médicamente necesario.
- Debe seguir pagando la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

¿Qué sucede si la organización de revisión la rechaza?

- Significa que están de acuerdo con la decisión tomada ante su apelación de Nivel 1.

- En el aviso que recibirá se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles para continuar con el siguiente nivel de apelación, que lo maneja un juez administrativo o un mediador.

Paso 4: si la rechaza, tendrá que decidir si quiere continuar con la apelación.

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, lo que representa un total de cinco niveles de apelación. Si desea continuar con una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacerlo se encuentran en el aviso por escrito que recibe después de su decisión de apelación de Nivel 2.
- A la apelación de Nivel 3 la maneja un juez administrativo o un mediador. En la **Sección 10** de este capítulo, se explica más acerca del proceso de apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

Sección 9.5 ¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar una apelación de Nivel 1?

En su lugar, puede presentar una apelación ante nosotros

Como se explica anteriormente, debe actuar rápido para comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad y comenzar su primera apelación (en un día o dos, como máximo). Si se vence el plazo para comunicarse con esta organización, hay otra forma de presentar su apelación. Si presenta su apelación de esta otra forma, **los primeros dos niveles de apelación son diferentes.**

Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 alternativa

Término legal
A la "revisión rápida" (o "apelación rápida") también se la denomina **"apelación acelerada".**

Paso 1: comuníquese con nosotros y pídanos una "revisión rápida".

- **Pida una "revisión rápida":** Esto significa que nos pide que le demos una respuesta usando los plazos "rápidos" en lugar de los "estándares". En el Capítulo 2, se incluye información de contacto.

Paso 2: hacemos una revisión "rápida" de la decisión que tomamos sobre dejar de cubrir sus servicios.

- Durante esta revisión, volvemos a revisar toda la información sobre su caso. Comprobamos si seguimos todas las normas cuando establecimos la fecha para finalizar la cobertura del plan de los servicios que estaba recibiendo.

Paso 3: le comunicaremos nuestra decisión en un plazo de 72 horas después de pedir una "revisión rápida".

- **Si aceptamos su apelación,** significa que reconocemos que necesita estos servicios durante más tiempo y seguiremos brindándole servicios cubiertos mientras sigan siendo médicamente necesarios. También significa que hemos aceptado reembolsarle la parte que nos corresponde de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura. (Debe pagar la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura).
- **Si rechazamos su apelación,** su cobertura finalizará en la fecha que le indicamos y no pagaremos ninguna parte de los costos después de esa fecha.

- Si continúa recibiendo servicios de atención médica en el hogar, en un centro de atención de enfermería especializada o en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Externos (CORF) después de la fecha en la que termina su cobertura, **usted deberá pagar el costo total** de esta atención.

Paso 4: Si rechazamos su apelación rápida, su caso se enviará automáticamente al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

Término legal
El nombre formal para la "Organización de Revisión Independiente" es **"Entidad de Revisión Independiente".** A veces se la denomina **"IRE"** (Independent Review Entity).

Paso a paso: Proceso de apelación de Nivel 2 alternativa

Durante la apelación de Nivel 2, la **organización de revisión independiente** revisa la decisión que tomamos respecto de su "apelación rápida". Esta organización determina si la decisión debe cambiarse. **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente externa que contrata Medicare.** Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una compañía que elige Medicare para ser la Organización de Revisión Independiente. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Enviaremos su caso automáticamente a la organización de revisión independiente.

- Estamos obligados a enviar la información para su apelación de Nivel 2 a la Organización de Revisión Independiente en un plazo de 24 horas a partir del momento en que le informamos que vamos a rechazar su primera apelación. (Si cree que no estamos cumpliendo con este plazo o con otros, puede presentar una queja. En la **Sección 11** de este capítulo, se indica cómo presentar una queja).

Paso 2: La Organización de Revisión Independiente hace una "revisión rápida" de su apelación. Los revisores le darán una respuesta en un plazo de 72 horas.

- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente analizarán cuidadosamente la información relacionada con su apelación.
- **Si esta organización acepta su apelación,** entonces debemos devolverle la parte que nos corresponde de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura. También debemos seguir cubriendo la atención mientras sea médicamente necesaria. Usted deberá seguir pagando la parte que le corresponde de los costos. Si corresponden límites de cobertura, estos podrían limitar cuánto le reembolsaremos o durante cuánto tiempo seguiremos cubriendo los servicios.
- **Si esta organización rechaza su apelación,** significa que está de acuerdo con la decisión que tomó el plan respecto de la primera apelación y no la modificará.
    - En el aviso que reciba de la organización de revisión independiente se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con una apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si la organización de revisión independiente rechaza su apelación, puede elegir si desea continuar con su apelación.

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, lo que representa un total de cinco niveles de apelación. Si desea continuar con una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacerlo se encuentran en el aviso por escrito que recibe después de su decisión de apelación de Nivel 2.
- A una apelación de Nivel 3 la maneja un juez administrativo o un mediador. En la **Sección 10** de este capítulo, se explica más acerca del proceso de apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

SECCIÓN 10 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y más allá

Sección 10.1 Apelaciones de Nivel 3 y 4 para solicitudes de servicios médicos

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y Nivel 2, y ambas apelaciones han sido rechazadas. En la carta que reciba de la IAHO, se le explicará lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de apelaciones.

Si necesita ayuda en cualquiera de las etapas del proceso de apelaciones, puede comunicarse con la Red Independiente de Defensa del Consumidor (ICAN). El número de teléfono es 1-844-614-8800.

Apelación de Nivel 3	El **Consejo de apelaciones de Medicare** (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es positiva o si el Consejo rechaza nuestra solicitud de revisar una decisión favorable a una apelación de Nivel 3, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *no*.** A diferencia de la decisión tomada en el Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 favorable para usted. Nosotros decidiremos si será necesario apelar esta decisión en el Nivel 4.
  - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar el servicio de atención médica o brindárselo en un plazo de 60 días calendario de haber recibido 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 4 y cómo continuar con una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4	Un juez del **Tribunal federal de distrito** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si *aprueba o rechaza* su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación después del Tribunal federal de distrito.

Sección 10.2 Apelaciones adicionales de Medicaid

También tiene otros derechos de apelación si su apelación se relaciona con los servicios o artículos que Medicaid generalmente cubre. En la carta que reciba de la oficina de audiencia imparcial, se le explicará lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de apelaciones. Para presentar una queja ante Medicaid, consulte el proceso de apelaciones externas en la Sección 6.6.

Sección 10.3 Apelaciones de Nivel 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y Nivel 2, y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor del medicamento sobre el que ha apelado cumple con un monto en dólares determinado, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. Si el monto en dólares es menor, no puede seguir apelando. La respuesta escrita que usted reciba para su apelación de Nivel 2 explicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con las apelaciones, los tres últimos niveles de apelación funcionan más o menos de la misma manera. La revisión de su apelación la manejan estas personas en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3	**Un juez administrativo o un mediador que trabaja para el gobierno federal** revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si la apelación se acepta, el proceso de apelaciones concluye**. Debemos **autorizar o brindar la cobertura para medicamentos** que fue aprobada por el juez administrativo o mediador **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago, a más tardar, dentro de los 30 días calendario** después de recibir la resolución.
- **Si se rechaza la 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. En el aviso que reciba se le indicará qué hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4	El **Consejo de apelaciones de Medicare** (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si la apelación se acepta, el proceso de apelaciones concluye**. Debemos **autorizar o brindar la cobertura para medicamentos** que aprobó el Consejo **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago, a más tardar, dentro de los 30 días calendario** después de recibir la resolución.
- **Si se rechaza la 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, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación o rechaza su solicitud para revisar la apelación, en el aviso se le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5. También le indicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer a continuación si decide seguir con su apelación.

Apelación de Nivel 5	Un juez del **Tribunal federal de distrito** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si *aprueba o rechaza* su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación después del Tribunal federal de distrito.

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

Sección 11.1 ¿Qué tipos de problemas se tratan en el proceso de quejas?

El proceso de quejas *solo* se aplica a determinados tipos de problemas. Entre ellos se incluyen los problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente. 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 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?

Queja	Ejemplo
Falta de respeto, mal servicio al cliente u otro comportamiento negativo	• ¿Ha sido alguien descortés o le ha faltado el respeto? • ¿Está insatisfecho con nuestros Servicios para los Miembros? • ¿Le parece que lo están alentando a dejar nuestro plan?
Tiempos de espera	• ¿Está teniendo problemas para conseguir una cita, o tiene que esperar demasiado para conseguirla? • ¿Ha tenido que esperar demasiado a médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud? ¿O por nuestros Servicios para los Miembros u otro personal de nuestro plan? o Entre los ejemplos, se incluye esperar demasiado al teléfono, en la sala de espera o en la sala de exámenes, o para obtener una receta.

Queja	Ejemplo
Limpieza	• ¿Está insatisfecho con la limpieza o el estado de una clínica, hospital o consultorio de un médico?
Información que obtiene de nosotros	• ¿No le hemos dado un aviso obligatorio? • ¿Nuestra información por escrito es difícil de comprender?

Queja	Ejemplo
Oportunidad Estos tipos de quejas se relacionan con lo oportuno de las acciones que tomemos respecto de las decisiones de cobertura y las apelaciones.	Si ha pedido una decisión de cobertura o presentado una apelación y considera que no estamos respondiendo lo suficientemente rápido, puede presentar una queja por nuestra lentitud. Estos son algunos ejemplos: • Nos solicitó una "decisión rápida de cobertura" o una "apelación rápida", y le hemos dicho que no; puede presentar una queja. • Cree que no estamos cumpliendo con los plazos para decisiones de cobertura o apelaciones; puede presentar una queja. • Cree que no estamos cumpliendo con los plazos para cubrir o reembolsarle ciertos artículos o servicios médicos o medicamentos que fueron aprobados; puede presentar una queja. • Cree que no cumplimos con los plazos necesarios 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"** también se denomina **"interponer un reclamo".** • **"Usar el proceso para quejas"** también se denomina **"usar el proceso para interponer un reclamo".** • Una **"queja rápida"** también se denomina **"reclamo acelerado".**

Sección 11.3 Paso a paso: Presentación de una queja

Paso 1: póngase en contacto con nosotros de inmediato, ya sea por escrito o por teléfono.

- **Habitualmente, el primer paso consiste en llamar a Servicios para los Miembros.** Si hay algo que necesite hacer, 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.

- Nuestro plan acepta los reclamos de manera verbal o por escrito. Una vez que recibamos su reclamo, analizaremos sus inquietudes y obtendremos cualquier información adicional necesaria para revisar completamente su reclamo. En algunas circunstancias, es posible que desee interponer un reclamo rápido ("acelerado"). Es posible que quiera interponer un reclamo rápido cuando desee quejarse de alguna de las siguientes circunstancias:
  - Extendemos el tiempo para tomar una decisión sobre su solicitud de servicios o apelación.
  - Si presenta una queja porque se rechazó su solicitud de una "decisión rápida de cobertura" o una "apelación rápida", automáticamente le concederemos una "queja rápida" (solo para la Parte D) porque aún no ha obtenido el medicamento. Si tiene una queja "rápida", quiere decir que le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas.
- **Independientemente de si llama o escribe, debe comunicarse con Servicios para los Miembros de manera inmediata.** Puede presentar la queja en cualquier momento después de haber tenido el problema sobre el que desea quejarse.

Paso 2: analizaremos su queja y le daremos una respuesta.

- **De ser posible, le daremos una respuesta de inmediato.** Si nos llama por una queja, tal vez podamos darle una respuesta durante esa misma llamada telefónica.
- **La mayoría de las quejas se responden dentro de los 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora es para su conveniencia o si usted solicita más tiempo, podemos demorarnos hasta 14 días más (44 días calendario en total) en responder a su queja. Si decidimos tomar días adicionales, se lo notificaremos por escrito.
- **Si presenta una queja porque se rechazó su solicitud de una "decisión rápida de cobertura" o una "apelación rápida", automáticamente le concederemos una "queja rápida".** Si se le ha concedido una "queja rápida", quiere decir que le daremos **una respuesta en un plazo de 24 horas.**
- **Si no estamos de acuerdo** con la totalidad o parte de su queja, o si no nos hacemos responsables por el problema del que se está quejando, incluiremos nuestras razones en nuestra respuesta a usted.

Sección 11.4 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención a la Organización para la Mejora de la Calidad

Cuando su queja se relaciona con la **calidad de la atención**, también tiene dos opciones adicionales:

- **Puede presentarle su queja directamente a la Organización para la Mejora de la Calidad. La** Organización para la Mejora de la Calidad es un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica a los cuales el Gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se les brinda a los pacientes de Medicare. En el Capítulo 2, se incluye 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 11.5 También puede informarles a Medicare y Medicaid acerca de su queja

Puede presentar una queja sobre Elderplan Plus Long Term Care (HMO-POS D-SNP) directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, ingrese en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

Si no logra resolver sus necesidades dentro del plan, también puede comunicarse con el Departamento de Salud del estado de New York y presentar una queja en cualquier momento:

NYS DOH Bureau of Managed Long-Term Care
Suite 1620, One Commerce Plaza
99 Washington Avenue
Albany, NY 12210
1-866-712-7197

CAPÍTULO 10

Cancelación de su membresía del plan

SECCIÓN 1 Introducción a la cancelación de su membresía en nuestro plan

La cancelación de su membresía en Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP) puede ser **voluntaria** (cuando es su decisión) o **involuntaria** (cuando no es su decisión):

- Es posible que deje nuestro plan porque ha decidido que *quiere* dejarlo. Las Secciones 2 y 3 proporcionan información sobre la cancelación voluntariamente de su membresía.
- También hay situaciones limitadas en las que no decide dejarlo, pero nos vemos obligados a cancelar su membresía. La Sección 5 describe situaciones en las que debemos cancelar su membresía.

Si está dejando nuestro plan, nuestro plan debe seguir proporcionando su atención médica y sus medicamentos con receta, y usted seguirá pagando su costo compartido hasta que finalice su membresía.

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

Sección 2.1 Usted puede finalizar su membresía porque tiene Medicare y Medicaid

La mayoría de las personas con Medicare pueden cancelar su membresía solo durante ciertos momentos del año. Debido a que tiene Medicaid, es posible que pueda finalizar su membresía en nuestro plan o cambiar a un plan diferente una vez durante cada uno de los siguientes Períodos de inscripción especial:

- enero a marzo
- abril a junio
- julio a septiembre

Si se unió a nuestro plan durante uno de estos períodos, deberá esperar el próximo período para finalizar su membresía o cambiar a un plan diferente. No puede utilizar este Período de inscripción especial para finalizar su membresía en nuestro plan entre octubre y diciembre. Sin embargo, todas las personas con Medicare pueden realizar cambios del 15 de octubre al 7 de diciembre durante el Período de inscripción anual. La Sección 2.2 ofrece más información sobre el Período de inscripción anual.

- Elija cualquiera de los siguientes tipos de planes de Medicare:
    - Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura para medicamentos con receta.

- Original Medicare *con* un plan separado para medicamentos con receta de Medicare.
- Original Medicare sin un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
  - Si elige esta opción, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar en la inscripción automática.

Nota: Si cancela su inscripción en un plan de medicamentos con receta de Medicare y no tiene otra cobertura acreditable para medicamentos con receta por un período continuo de 63 días o más, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D para inscribirse más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.

Para obtener más información sobre las opciones de planes de Medicaid, comuníquese con la Oficina de Medicaid de su estado (los números de teléfono se encuentran en la Sección 6 del Capítulo 2 de este documento).

- **¿Cuándo se cancelará su membresía?** Generalmente, su membresía se cancelará el primer día del mes después de que recibamos su solicitud para cambiar su plan. Su inscripción en su nuevo plan también comenzará este día.

Sección 2.2 Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción anual

Puede cancelar su membresía en nuestro plan durante el **Período de inscripción anual** (también conocido como el "Período de inscripción abierta anual"). Durante este tiempo, revise su cobertura médica y para medicamentos y decida sobre la cobertura para el próximo año.

- El **Período de inscripción anual** es desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre**.
- **Elija mantener su cobertura actual o hacer cambios en su cobertura para el próximo año.** Si decide cambiar a un nuevo plan, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
  - Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura para medicamentos con receta.
  - Original Medicare *con* un plan separado para medicamentos con receta de Medicare.

    O BIEN

  - Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.

- **Su membresía se cancelará en nuestro plan** cuando comience la cobertura del nuevo plan el 1 de enero.

Si usted recibe "Ayuda adicional" de Medicare para pagar sus medicamentos con receta: Si se pasa a Medicare Original y no se inscribe en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar de la inscripción automática.

Nota: Si cancela su inscripción en un plan de medicamentos con receta de Medicare y no tiene otra cobertura acreditable para medicamentos con receta durante 63 días seguidos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D para inscribirse más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.

Sección 2.3 Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción anual abierta de Medicare Advantage

Tiene la oportunidad de hacer *un* cambio en su cobertura de salud durante el **Período de inscripción abierta de Medicare Advantage**.

- **El Período de inscripción abierta anual de Medicare Advantage** es desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo.
- **Durante el Período de inscripción abierta anual de Medicare Advantage**, puede hacer lo siguiente:
  - Cambiarse a otro plan Medicare Advantage con o sin cobertura para medicamentos con receta.

  - 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 con receta de Medicare al mismo tiempo.

- **Su membresía finalizará** el primer día del mes después de que se inscriba en un plan Medicare Advantage diferente o recibamos su solicitud de cambio a Original Medicare. Si también elige inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare, su membresía en el plan de medicamentos comenzará el primer día del mes después de que el plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

Sección 2.4 En ciertas situaciones, puede cancelar su membresía durante un Período de inscripción especial

En ciertas situaciones, también puede ser elegible para finalizar su membresía en otros momentos del año. Esto se conoce como **Período de inscripción especial.**

Usted puede ser elegible para cancelar su membresía durante un Período de inscripción especial si alguna de las siguientes situaciones se aplica a usted. Estos son solo ejemplos; para obtener la lista completa, puede ponerse en contacto con el plan, llamar a Medicare o visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov):

- En general, cuando se muda.

- Si tiene Medicaid.
- Si es elegible para recibir «Ayuda adicional» para pagar sus medicamentos con receta de Medicare.
- Si violamos nuestro contrato con usted.
- Si está recibiendo atención en una institución, como un asilo de ancianos o un hospital de atención a largo plazo (LTC).
- Si está inscrito en el Programa de atención integral para las personas de edad avanzada (PACE).

Nota: Si está en un programa de administración de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de plan. En la Sección 10 del Capítulo 5, encontrará más información sobre estos programas.

Nota: La Sección 2.1 le brinda más información sobre el período de inscripción especial para personas con Medicaid.

- **Los períodos de tiempo de inscripción varían** según cada caso.
- **Para saber si es elegible para un Período de inscripción especial**, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si es elegible para cancelar su membresía debido a una situación especial, puede elegir cambiar tanto su cobertura médica como su cobertura para medicamentos con receta de Medicare. Puede elegir:
- Otro plan de salud de Medicare con o sin cobertura para medicamentos con receta.

- Original Medicare *con* un plan separado para medicamentos con receta de Medicare.

O BIEN

- Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.

  Nota: Si cancela su inscripción en un plan de medicamentos con receta de Medicare y no tiene otra cobertura acreditable para medicamentos con receta durante 63 días seguidos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D para inscribirse más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.

Si usted recibe "Ayuda adicional" de Medicare para pagar sus medicamentos con receta: Si se pasa a Medicare Original y no se inscribe en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar de la inscripción automática.

Su membresía se cancelará normalmente el primer día del mes después de que se recibe su solicitud para cambiar su plan.

Nota: Las Secciones 2.1 y 2.2 le brindan más información sobre el período de inscripción especial para personas con Medicaid y Ayuda adicional.

Sección 2.5 ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía?

Si tiene alguna pregunta sobre la cancelación de su membresía, puede hacer lo siguiente:

- **Llame a Servicios para los Miembros.**
- Encuentre la información en el manual ***Medicare & You 2024*** (Medicare y Usted 2024).
- Comuníquese con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. (TTY: 1-877-486-2048).

SECCIÓN 3 ¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan?

La siguiente tabla explica cómo debe cancelar su membresía en nuestro plan.

Si desea cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
Otro plan de salud de Medicare	• Inscribirse en el nuevo plan de salud de Medicare. Su nueva cobertura entrará en vigencia el primer día del mes siguiente. • Su inscripción en Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP) se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
Original Medicare *con* un plan separado para medicamentos con receta de Medicare.	• Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos con receta de Medicare. Su nueva cobertura entrará en vigencia el primer día del mes siguiente. • Su inscripción en Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP) se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su nuevo plan.

Si desea cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare o Si se pasa a Medicare Original y no se inscribe en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar de la inscripción automática.	• **Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción.** Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con Servicios para los Miembros. • Puede llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y pedir que cancelen su membresía. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. • Su inscripción en Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP) se cancelará cuando comience la cobertura en Original Medicare.

Si desea cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
○ Si cancela su inscripción en un plan de medicamentos con receta de Medicare y no tiene otra cobertura acreditable para medicamentos con receta durante 63 días consecutivos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía para inscribirse más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.	

Nota: Si cancela su inscripción en un plan de medicamentos con receta de Medicare y no tiene otra cobertura acreditable para medicamentos con receta durante 63 días seguidos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D para inscribirse más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.

Si tiene preguntas sobre los beneficios de Medicaid, comuníquese con la Administración de Recursos Humanos (HRA) del Departamento de Salud del Estado de New York (Servicios Sociales) al 1-888-692-6116 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) de lunes a viernes de 9:00 a.m. a 5:00 p.m. Pregunte cómo la inscripción en otro plan o el regreso a Original Medicare afectan la obtención de su cobertura de Medicaid.

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

Hasta que finalice su membresía de Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP) y comience su nueva cobertura de Medicare y Medicaid , debe continuar recibiendo sus artículos médicos, servicios y medicamentos con receta a través de nuestro plan.

- **Siga usando nuestros proveedores de la red para recibir atención médica.**
- **Siga usando nuestras farmacias de la red o de pedido por correo para obtener sus medicamentos con receta**.
- **Si está hospitalizado el día que finaliza su membresía, su hospitalización estará cubierta por nuestro plan hasta que le den el alta** (incluso si le dan el alta después de que comience su nueva cobertura médica).

SECCIÓN 5 Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP) debe cancelar su membresía en el plan en determinadas situaciones

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos cancelar su membresía en el plan?

Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP) debe cancelar su membresía en el plan si ocurre cualquiera de las siguientes situaciones:

- Si ya no tiene las Partes A y B de Medicare.
- Si ya no es elegible para Medicaid. Como se indica en la Sección 2.1 del Capítulo 1, nuestro plan es para personas que son elegibles para Medicare y Medicaid.
  - Si descubrimos que ya no tiene Medicaid, le enviaremos un Aviso de cancelación de la inscripción debido a la pérdida de Medicaid. El aviso se enviará dentro de los 10 calendarios de que Elderplan conozca sobre la pérdida de Medicaid.
  - Se lo seguirá considerando elegible para el plan Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP) por un período de 90 días calendario (desde la fecha en la que perdió Medicaid).
  - Al final de los 90 días, si no recuperó Medicaid, cancelaremos su inscripción en el plan Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP).
- Si usted se muda fuera del área de servicio.

- Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio durante más de 30 días consecutivos.
  - Si se muda o realiza un viaje largo, llame a Servicios para los Miembros para averiguar si el lugar al que se muda o al que viaja está en el área de nuestro plan.
  - NOTA: Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio durante más de 30 días consecutivos, puede correr el riesgo de perder los beneficios de Medicaid que ofrece Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP).
- Si es encarcelado (va a prisión).
- Si ya no es ciudadano de los Estados Unidos o ya no está legalmente presente en los Estados Unidos.
- Si miente o encubre información sobre otro seguro que tenga que le ofrezca cobertura para medicamentos con receta.
- Si intencionalmente nos brinda información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
- Si permanentemente se comporta de una forma que es perturbadora y hace que sea difícil que les brindemos atención médica a usted y a otros miembros del plan. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).

- Si deja que otra persona use su tarjeta de membresía 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.

¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene preguntas o desea recibir más información sobre cuándo podemos cancelar su membresía, llame a Servicios para los Miembros.

Sección 5.2 Nosotros no podemos pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con la salud

Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP) no puede pedirle que cancele su inscripción en el plan por ningún motivo relacionado con la salud.

¿Qué debe hacer si sucede esto?

Si le parece que le están pidiendo que deje nuestro plan por un motivo relacionado con la salud, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) durante las 24 horas, los 7 días de la semana (TTY: 1-877-486-2048).

Sección 5.3 Tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan

Si cancelamos su membresía en nuestro plan, tenemos la obligación de darle por escrito nuestros motivos de dicha cancelación. También tenemos que explicarle cómo puede presentar un reclamo sobre nuestra decisión de cancelar su membresía.

CAPÍTULO 11:
Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes vigentes

La ley principal que se aplica a esta *Evidencia de cobertura* es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y las normas creadas bajo la Ley del Seguro Social por parte de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid. Además, es posible que se apliquen otras leyes federales y, en determinadas circunstancias, las leyes del estado en el que vive. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades incluso si las leyes no están incluidas ni explicadas en este documento.

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación

Nuestro plan debe cumplir con las leyes que lo protegen contra la discriminación o la falta de imparcialidad. **No discriminamos** por cuestiones de raza, origen étnico, nacionalidad, color, religión, sexo, género, edad, orientación sexual, discapacidad física o mental, estado de salud, experiencia en reclamaciones, antecedentes médicos, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que ofrecen planes Medicare Advantage, como nuestro plan, deben cumplir con las leyes federales contra la discriminación, incluido el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley del Cuidado de Salud de Bajo Costo, todas las demás leyes que se aplican a las organizaciones que reciben fondos federales y cualquier otra ley o norma que se aplique por cualquier otra razón.

Si desea obtener más información o tiene alguna inquietud en cuanto a discriminación o un trato que no ha sido imparcial, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Sociales 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 sobre la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Sociales en https://www.hhs.gov/ocr/index.html.

Si usted tiene una discapacidad y necesita ayuda con el acceso a la atención, llámenos a Servicios para los Miembros. Si tiene una queja, como un problema con el acceso para silla 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 CMS en el Título 42, Secciones 422.108 y 423.462 del Código de Regulaciones Federales (CFR), Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP), como una organización Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que los que la Secretaría ejerce conforme a las regulaciones de los CMS en las subpartes B a D de la Parte 411 del Título 42 del CFR, y las normas establecidas en esta sección sustituyen cualquier legislación estatal.

SECCIÓN 4 Aviso sobre el derecho limitado de subrogación

Conforme a la ley federal, Elderplan se reserva el derecho limitado de subrogación de acuerdo con este contrato. Esto significa que si (1) usted resulta lesionado por una acción u omisión por parte de un tercero (es decir, una persona o compañía que no es parte de este contrato), (2) entabla una demanda y (3) recibe dinero de la otra parte (o de la compañía aseguradora de un tercero) como resolución de la demanda o porque usted ganó el juicio en la corte o en un arbitraje, o bien en una forma alternativa de resolución de disputas, Elderplan tiene derecho a recuperar el monto que le pagó por su atención médica que incluye, de manera no taxativa, gastos hospitalarios, honorarios de médicos y enfermeros, servicios de atención médica a domicilio, pruebas, medicamentos y otros gastos relacionados. Usted acepta notificar a Elderplan en caso de entablar una demanda contra un tercero debido a una lesión. Elderplan se reserva el derecho de presentar un embargo en su contra para recuperar los costos médicos relacionados en los que Elderplan incurrió. Este puede quedarse con cualquier monto que usted haya recibido por parte del tercero que demandó. Independientemente de que Elderplan presente o no dicho embargo, usted acepta reembolsarle a Elderplan cualquier monto que reciba por parte de un tercero, el costo de la atención médica y de los servicios que se le proporcionaron en relación a la lesión.

CAPÍTULO 12:

Definiciones de palabras importantes

Apelación: una apelación es un recurso que usted presenta si no está de acuerdo con la decisión de denegarle una solicitud de servicios de atención médica o medicamentos con receta o pagos por servicios o medicamentos que ya ha recibido. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con una decisión de interrumpir los servicios que está recibiendo.

Área de servicio: un área geográfica donde debe vivir para inscribirse en un plan de salud en particular. Para los planes que limitan qué médicos y hospitales puede utilizar, también es generalmente el área donde puede obtener servicios de rutina (no emergencias). El plan debe cancelar su inscripción si se muda fuera del área de servicio del plan de manera permanente.

Atención de emergencia: corresponde a los servicios cubiertos que: (1) brinda un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia; y (2) son necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia.

Autorización previa: la aprobación por adelantado para obtener servicios o determinados medicamentos. En la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4 se señalan los servicios cubiertos que necesitan autorización previa. Los medicamentos que necesitan autorización previa están marcados en el formulario.

Auxiliar de atención de la salud en el hogar: una persona que brinda servicios que no necesitan las habilidades de enfermeros o terapeutas certificados, como ayudar con el cuidado personal (p. ej., bañarse, usar el baño, vestirse o realizar ejercicios prescritos).

Ayuda adicional: un programa de Medicare o un programa estatal para ayudar 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.

Cancelar o **cancelación de la inscripción:** el proceso de cancelación de su membresía en nuestro plan.

Centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF): un centro que brinda principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, incluidos servicios médicos, fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios de patología del habla y el lenguaje, y servicios de evaluación del entorno en el hogar.

Centro quirúrgico ambulatorio: un centro quirúrgico ambulatorio es una entidad que funciona exclusivamente con el propósito de brindar servicios quirúrgicos ambulatorios a pacientes que no requieren hospitalización y que esperan no pasar más de 24 horas en el centro asistencial.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS): es la agencia federal que administra Medicare.

Cobertura acreditable para medicamentos con receta: cobertura para medicamentos con receta (por ejemplo, de un empleador o un sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura, cuando pasan a ser elegibles para Medicare, pueden normalmente mantener esa cobertura sin pagar una multa si deciden inscribirse más tarde en un plan de cobertura para medicamentos con receta de Medicare.

Cobertura para medicamentos 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 por un servicio o suministro médico, como una consulta con el médico, una consulta como paciente externo en un hospital o un medicamento con receta. Un copago es un monto establecido (por ejemplo, $10), en lugar de un porcentaje.

Coseguro: un monto que, posiblemente, usted deba pagar, expresado como un porcentaje (por ejemplo, 20%) como su parte del costo por servicios o medicamentos con receta.

Costo compartido diario: es posible que se aplique un costo compartido diario cuando su médico le receta un suministro de determinados medicamentos para menos de un mes completo y usted debe pagar un copago. El costo compartido diario es el copago dividido por la cantidad de días de un suministro para un mes. A continuación, le presentamos un ejemplo: Si su copago para un suministro de un medicamento para un mes es de $30, y un suministro para un mes en su plan tiene 30 días, su "costo compartido diario" es de $1 por día.

Costo compartido: hace referencia a los montos que un miembro debe pagar cuando recibe servicios o medicamentos; incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) cualquier monto deducible que puede imponer un plan antes de cubrir los servicios o medicamentos; (2) cualquier monto fijo de copago que un plan exige cuando se recibe un medicamento o servicio específico; o (3) cualquier monto de coseguro, un porcentaje del monto total pagado por un servicio o medicamento, que un plan exige cuando se recibe un medicamento o servicio específico.

Costo de suministro: una tarifa que se cobra cada vez que se entrega un medicamento cubierto para pagar el costo de obtener un medicamento con receta; por ejemplo, el tiempo que le lleve al farmacéutico preparar y envolver el medicamento con receta.

Cuidado asistencial: el cuidado asistencial es el cuidado personal brindado en un asilo de ancianos, hospicio u otro centro cuando usted no necesita atención médica o de enfermería especializada. El cuidado asistencial, brindado por personas que no tienen habilidades ni preparación profesional, incluye ayuda con actividades de la vida diaria, como bañarse, vestirse, alimentarse, acostarse y levantarse de la cama o de la silla, desplazarse y utilizar el baño. Puede incluir el tipo de atención relacionada con la salud que la mayoría de las personas realizan por sí mismas, como por ejemplo, usar gotas para los ojos. Medicare no paga el cuidado asistencial.

Deducible: el monto que debe pagar por los medicamentos con receta o por la atención médica antes de que nuestro plan pague.

Determinación de cobertura: una decisión para determinar si un medicamento que le recetaron está cubierto por el plan y el monto, si lo hubiera, que deberá pagar por el medicamento con receta. En general, si usted lleva su receta a la farmacia y allí le indican que la receta no está cubierta por su plan, eso no es una determinación de cobertura. Deberá llamar o escribir a su plan para pedir una decisión de cobertura formal. Las determinaciones de cobertura se denominan decisiones de cobertura en este documento.

Determinación de la organización integrada: una decisión que nuestro plan toma sobre si los servicios están cubiertos o cuánto le corresponde pagar a usted por los artículos o servicios cubiertos. Las determinaciones de la organización se denominan «decisiones de cobertura» en este documento.

Dispositivos ortopédicos y protésicos: dispositivos médicos, incluidos, entre otros, dispositivos ortopédicos, brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y los dispositivos necesarios para reemplazar una parte o una función interna del cuerpo, incluidos suministros para ostomía y terapia nutricional enteral y parenteral.

Emergencia: una emergencia médica ocurre cuando usted o cualquier persona prudente con un conocimiento normal sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar que pierda la vida (y, si usted es una mujer embarazada, un niño en gestación), un miembro o la función de un miembro, o pérdida o deterioro serio a una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección médica que empeore rápidamente.

Equipo médico duradero (DME): ciertos equipos médicos indicados por su médico por razones médicas. Algunos de estos son andadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores de habla, equipos de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital solicitadas por un proveedor para su uso en el hogar.

Etapa de cobertura en situaciones catastróficas: la etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D que comienza cuando usted (o alguna persona calificada en su nombre) haya gastado $8,000 para los medicamentos cubiertos de la Parte D durante el año de cobertura. Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de los medicamentos de la Parte D cubiertos. Usted no paga nada.

Etapa de cobertura inicial: es la etapa previa a que los costos totales por sus medicamentos, incluidos los montos que usted ha pagado y lo que ha pagado su plan en su nombre, O los gastos no cubiertos que pague en el año, alcancen el límite de la cobertura inicial de $5,030 o el umbral de gastos que paga de su bolsillo, que es de $8,000.

Evidencia de cobertura (EOC) y Divulgación de información: en este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro documento adjunto, cláusula adicional u otra cobertura opcional seleccionada, se explica su cobertura, lo que debemos hacer 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 de costo compartido menor (una excepción de nivel). También puede solicitar una excepción si nuestro plan lo obliga a probar otro medicamento antes de recibir el medicamento que está solicitando, 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 en la que los miembros del plan pueden obtener los beneficios de medicamentos con receta. En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta están cubiertos solo si se obtienen en una de nuestras farmacias de la red.

Farmacia fuera de la red: una farmacia que no ha contratado a nuestro plan para coordinar o proporcionar los medicamentos cubiertos a los miembros del plan. La mayoría de los medicamentos que obtenga en las farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que se apliquen ciertas condiciones.

Gastos no cubiertos: consulte la definición de costo compartido indicada más arriba. El requisito de costo compartido que un miembro debe pagar por una parte de los servicios o medicamentos recibidos también se conoce como el requisito de gasto no cubierto del miembro.

Herramienta de beneficios en tiempo real: un portal o aplicación informática en la que los inscritos pueden consultar información completa, precisa, oportuna, clínicamente apropiada y específica sobre el formulario y los beneficios. Esto incluye los importes de los gastos compartidos, los medicamentos alternativos del formulario que pueden utilizarse para la misma condición que un medicamento determinado y las restricciones de cobertura (autorización previa, tratamiento escalonado, límites de cantidad) que se aplican a los medicamentos alternativos.

Hospicio: un beneficio que brinda tratamiento especial para un miembro que ha sido médicamente certificado como enfermedad terminal, lo que significa que tener una expectativa de vida 6 meses o menos. Nosotros, su plan, debemos proporcionarle una lista de hospicios en su área geográfica. Si elige un hospicio y continúa pagando las primas, usted sigue siendo miembro de nuestro plan. Puede seguir recibiendo todos los servicios médicamente necesarios, así como también los beneficios complementarios que ofrecemos.

Hospitalización: una hospitalización es cuando usted ha sido ingresado formalmente al hospital para recibir servicios médicos especializados. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente externo.

Indicación médicamente aceptada: uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos y respaldado por ciertos libros de referencia.

Ingreso complementario administrado por el Seguro Social (SSI): es un beneficio mensual que paga el Seguro Social a las personas con ingresos y recursos limitados, y que son discapacitadas, están ciegas o tienen 65 años o más. Los beneficios del SSI no son iguales que los beneficios del Seguro Social.

Límite de cobertura inicial: el límite máximo de cobertura en la etapa de cobertura inicial.

Límites de cantidad: una herramienta de gestión diseñada para limitar el uso de medicamentos seleccionados por motivos de calidad, seguridad o utilización. Los límites también pueden ser en la cantidad de medicamento que cubrimos por receta o durante un período definido de tiempo.

Lista de medicamentos cubiertos (Formulario o "Lista de medicamentos"): es una lista de los medicamentos con receta cubiertos por el plan.

Medicaid (o Asistencia médica): un programa conjunto, estatal y federal, que ayuda a solventar costos médicos de ciertas personas con ingresos bajos y recursos limitados. Los programas estatales de Medicaid varían, pero cubren la mayoría de los costos de atención médica si usted reúne los requisitos tanto para Medicare como para Medicaid.

Médicamente necesario: servicios, suministros o medicamentos que son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.

Medicamento de marca: medicamento con receta fabricado y vendido por la compañía farmacéutica que originariamente investigó y desarrolló dicho medicamento. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de ingrediente activo que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos los fabrican y venden 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 (FDA), dado que se considera que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Un medicamento genérico funciona igual que un medicamento de marca, pero, generalmente, cuesta menos.

Medicamentos cubiertos: es el término que se utiliza para referirse a todos los medicamentos con receta que cubre el plan.

Medicamentos de la Parte D: los medicamentos que pueden estar cubiertos por la Parte D. Podemos ofrecer todos los medicamentos de la Parte D o no. Ciertas categorías de medicamentos han sido excluidas de la cobertura de la Parte D por el Congreso. Ciertas categorías de medicamentos de la Parte D deben estar cubiertas por todos los planes.

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

Miembro (miembro de nuestro plan o miembro del plan): una persona con Medicare que es elegible para recibir servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso (IRMAA): si su ingreso bruto ajustado modificado, según su declaración de impuestos al IRS de hace 2 años, supera 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 pagarán una prima más alta.

Monto máximo no cubierto: es el monto máximo que paga de su bolsillo durante el año calendario para los servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B. Si usted es elegible para la asistencia con el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, 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. (**Nota:** Debido a que nuestros miembros también obtienen asistencia de Medicaid, muy pocos alcanzan el monto máximo que pagan de sus bolsillo).

Multa por inscripción tardía de la Parte D: un monto que se suma a su prima mensual por la cobertura para medicamentos de Medicare si no tiene una cobertura acreditable (la cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare) durante un período continuo de 63 días o más después de que es elegible por primera vez para inscribirse en un plan de la Parte D. Si pierde la Ayuda adicional, es posible que esté sujeto a la multa por inscripción tardía si se queda sin cobertura de la Parte D u otra cobertura acreditable para medicamentos con receta durante 63 días o más.

Organización para la Mejora de la Calidad (QIO): un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica a los cuales el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare.

Original Medicare ("Medicare tradicional" o plan Medicare con "pago por servicio"): el plan Original Medicare es ofrecido por el gobierno y no por planes de salud privados, como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos con receta. En Original Medicare, los servicios de Medicare están cubiertos al pagarles a los médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica los montos de pago establecidos por el Congreso. Usted puede consultar con cualquier médico, hospital o proveedor de atención médica que acepte Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga lo que le corresponde de la cantidad aprobada por Medicare, y usted paga lo que le corresponde a usted. Original Medicare tiene dos partes: la Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico), y está disponible en cualquier lugar de 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 beneficios: la manera en que nuestro plan y Original Medicare miden su uso de los servicios de los hospitales y los centros de enfermería especializada (SNF). El período de beneficios comienza el día en que usted ingresa en un hospital o centro de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza cuando no haya recibido atención para pacientes internados en un hospital (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si ingresa en el hospital o en el centro de enfermería especializada después de que un período de beneficios haya terminado, comenzará un período de beneficios nuevo. No hay límite en cuanto a la cantidad de períodos de beneficios.

Período de inscripción abierta de Medicare Advantage: el período de tiempo desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo para que los miembros de un plan Medicare Advantage puedan cancelar su inscripción en el plan y cambiarse a otro plan de 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 al mismo tiempo. El Período de inscripción abierta de Medicare Advantage también está disponible durante un período de 3 meses después de que la persona es elegible por primera vez para Medicare.

Período de inscripción inicial: cuando resulta elegible por primera vez para Medicare, el tiempo en el que puede inscribirse en la Parte A y la Parte B de Medicare. Si es elegible para Medicare cuando cumpla 65 años, el período de inscripción inicial es el período de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que cumple 65 años; incluye el mes en que cumple 65 años y termina 3 meses después del mes en que cumple 65 años.

Persona con doble elegibilidad: una persona que reúne los requisitos para la cobertura de Medicare y Medicaid.

Plan de necesidades especiales (SNP) institucional equivalente: un plan que inscribe las personas elegibles que viven en la comunidad, pero que requieren de un nivel de atención institucional según la evaluación del estado. La evaluación debe realizarse mediante el uso de la misma herramienta de evaluación de nivel de atención del estado correspondiente y debe estar administrada por una entidad que no sea la organización que ofrece el plan. Este tipo de Plan de necesidades especiales puede restringir la inscripción de personas que viven en una residencia de vivienda asistida contratada (ALF) si fuera necesario, para garantizar que se brinde atención especializada uniforme.

Plan de necesidades especiales (SNP) institucional: un plan que inscribe las personas elegibles que residan, o que se espera que residan, de forma permanente durante 90 días o más en un centro de atención a largo plazo (LTC). Estos centros pueden incluir centros de enfermería especializada (SNF), centros de enfermería (NF) o ambos, centros de atención intermedia para personas con discapacidades intelectuales (ICF/IID), centros psiquiátricos para pacientes internados o centros aprobados por los CMS que brindan servicios médicos similares a largo plazo, servicios de atención médica cubiertos por la Parte A, la Parte B de Medicare o Medicaid; y cuyas personas tienen necesidades y estados de atención médica similares a los otros tipos de centros nombrados. El Plan de necesidades especiales institucional debe tener un acuerdo contractual con los centros de LTC específicos (o poseer y operar dichos centros).

Plan de necesidades especiales de atención crónica: los C-SNP son SNP que restringen la inscripción a las personas elegibles para Medicare Advantage (MA) que tienen una o más condiciones crónicas graves o incapacitantes, según se definen en la sección 422.2 del Título 42 del Código de Regulaciones Federales (CFR), incluida la restricción de la inscripción basada en las agrupaciones de afecciones múltiples comúnmente comórbidas y clínicamente vinculadas especificadas en la Sección 422.4(a)(1)(iv) del Título 42 del CFR.

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 un asilo de ancianos o que tienen ciertas afecciones médicas crónicas.

Plan de Organización de proveedores preferidos (PPO): un plan de Organización de proveedores preferidos es un plan Medicare Advantage que tiene una red de proveedores contratados que han acordado tratar a los miembros por un monto de pago específico. Un plan PPO debe cubrir todos los beneficios del plan independientemente de si son recibidos por proveedores dentro o fuera de la red. El costo compartido del miembro será normalmente superior cuando se reciban los beneficios de proveedores fuera de la red. Los planes PPO tienen un límite anual de los costos que paga de su bolsillo para los servicios recibidos de proveedores (preferidos) de la red y un límite más alto en los costos que paga de su bolsillo por servicios de proveedores tanto dentro de la red (preferido) como fuera de la red (no preferidos).

Plan de salud de Medicare: un plan de salud de Medicare ofrecido por una empresa privada que tiene un contrato con Medicare para brindar los beneficios de la Parte A y la Parte B a personas con Medicare que se inscriben en el plan. Incluye todos los planes Medicare Advantage, los planes Medicare Cost, los planes de necesidades especiales, Programas de Demostración/Pilotos y Programas de Atención Integral para las Personas de Edad Avanzada (PACE).

Plan Medicare Advantage (MA): (a veces llamado Parte C de Medicare) un plan ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindarle todos sus beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare. Un plan Medicare Advantage puede ser i) una HMO, ii) una PPO, iii) un plan privado de pago por servicio (PFFS) o iv) un plan de Cuenta de ahorro para gastos médicos de Medicare (MSA). Además de elegir estos tipos de planes, un plan Medicare Advantage HMO o PPO también puede ser un Plan de necesidades especiales (SNP). En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D (cobertura para medicamentos con receta) de Medicare. Estos planes se llaman planes **Medicare Advantage con cobertura para medicamentos con receta.**

Plan PACE: un plan PACE (Programa de Atención Integral para las Personas de Edad Avanzada) combina servicios y apoyos médicos, sociales y de atención a largo plazo (LTSS) para personas frágiles, para ayudarlas a conservar su independencia y vivir en sus comunidades (en lugar de mudarse a un asilo de ancianos) tanto tiempo como sea posible. Las personas inscritas en los planes PACE reciben los beneficios de Medicare y Medicaid a través del plan.

Planes de necesidades especiales para miembros con doble elegibilidad (D-SNP): los miembros del D-SNP pueden inscribirse personas con derecho a Medicare (título XVIII de la Ley del Seguro Social) y asistencia médica de un plan estatal a través de Medicaid (título XIX). Los estados cubren algunos costos de Medicare, según el estado y la elegibilidad de la persona.

Póliza Medigap (seguro complementario de Medicare): el seguro complementario de Medicare que vende 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).

Prima: el pago periódico a Medicare, a una compañía de seguros o a un plan de atención médica para una cobertura de salud o de medicamentos con receta.

Producto biológico: un medicamento con receta que está hecho de fuentes naturales y vivas como las células animales, las células vegetales, las bacterias o la levadura. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no pueden copiarse exactamente, por lo que las formas alternativas se denominan biosimilares. Por lo general, los biosimilares funcionan igual de bien y son tan seguros como los productos biológicos originales.

Programa de descuentos para el período sin cobertura de Medicare: un programa que le brinda descuentos para la mayoría de los medicamentos de marca cubiertos de la Parte D a los miembros que hayan alcanzado la Etapa del período sin cobertura y que aún no estén recibiendo "Ayuda adicional". Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y ciertos fabricantes de medicamentos.

Proveedor de atención primaria (PCP): el médico u otro proveedor a quién usted consulta primero para la mayoría de los problemas de salud. En muchos planes de salud de Medicare, usted debe consultar con su proveedor de atención primaria antes de consultar con otro proveedor de atención médica.

Proveedor de la red: proveedor es el término general para médicos, otros profesionales de salud, hospitales y otros centros de atención médica que tienen licencia o están certificados por Medicare y por el estado para brindar servicios de atención médica. Los **proveedores de la red** tienen un acuerdo con nuestro plan para aceptar nuestro pago como pago completo y, en algunos casos, para coordinar y brindar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de la red también se denominan "proveedores del plan".

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red: es un proveedor o centro que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar o ofrecer servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no están empleados, ni son propiedad ni los opera nuestro plan.

Queja: el nombre formal para presentar una queja es **interponer un reclamo**. El proceso de quejas se aplica *solo* a determinados tipos de problemas. Entre ellos se incluyen los problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. También incluye quejas si su plan no sigue los períodos en el proceso de apelaciones.

Reclamo integrado: un tipo de queja que se presenta sobre nuestro plan, proveedores o farmacias, incluidas las quejas acerca de la calidad de la atención. Esto no incluye las disputas por pagos o cobertura.

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. Los servicios cubiertos por Medicare no incluyen los beneficios adicionales, como los beneficios de la vista, dentales o de la audición, que puede ofrecer un plan Medicare Advantage.

Servicios cubiertos: es el término que usamos para todos los servicios y suministros de atención médica cubiertos por nuestro plan.

Servicios de rehabilitación: estos servicios incluyen fisioterapia, terapia del habla y del lenguaje, y terapia ocupacional.

Servicios de urgencia: servicios cubiertos que no son de emergencia, proporcionados cuando los proveedores de la red no están disponibles temporalmente o no se puede acceder a ellos, o cuando el inscrito se encuentra fuera del área de servicio. Por ejemplo, necesita atención inmediata durante el fin de semana. Los servicios deben ser inmediatamente necesarios y médicamente necesarios.

Servicios en un centro de enfermería especializada (SNF): servicios de atención de enfermería especializada o rehabilitación especializada brindados todos los días en un centro de enfermería especializada. Los ejemplos de atención incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo pueden ser aplicadas por un enfermero registrado o un médico.

Servicios para los Miembros: un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder a sus preguntas sobre su membresía, beneficios, reclamos y apelaciones.

Subsidio por bajos ingresos (LIS): consulte “Ayuda adicional”.

Tratamiento escalonado: herramienta de utilización que exige que primero intente tratar su afección médica con otro medicamento antes de que cubramos el medicamento que le recetó el médico en primer lugar.

Servicios para los Miembros de Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP)

Método	Información de contacto de Servicios para los Miembros
LLAME AL	1-877-891-6447 Las llamadas a este número son gratuitas. De 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana. Servicios para los Miembros también ofrece servicios de interpretación gratuitos para las personas que no hablan inglés.
TTY	*711* Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. De 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana
FAX	718-759-3643
ESCRIBA A	ELDERPLAN, INC. ATTN: MEMBER SERVICES 55 Water Street NEW YORK, NY 10041
SITIO WEB	www.elderplan.org

Programa de asistencia, asesoría e información sobre seguros de salud (HIICAP) de la Oficina para las Personas de Edad Avanzada: (SHIP de New York)

El Programa de asistencia, asesoría e información sobre seguros de salud (Health Insurance Information, Counseling and Assistance Program, HIICAP) de la Oficina para las Personas de Edad Avanzada es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros de salud, a nivel local y en forma gratuita, a las personas que tienen Medicare.

Método	**Programa de asistencia, asesoría e información sobre seguros de salud (HIICAP) de la Oficina para las Personas de Edad Avanzada: (SHIP de New York): información de contacto**
LLAME A	1-212-602-4180 si se encuentra dentro de los distritos municipales 1-800-701-0501 si se encuentra fuera de los distritos municipales
TTY	711 o (212) 504-4115 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.

Método	Programa de asistencia, asesoría e información sobre seguros de salud (HIICAP) de la Oficina para las Personas de Edad Avanzada: (SHIP de New York): información de contacto
ESCRIBA A	Dutchess County Office for the Aging 114 Delafield Street Poughkeepsie, NY 12601 Nassau County Office for the Aging 60 Charles Lindbergh Blvd. Uniondale, NY 11553-3691 New York City HIICAP 2 Lafayette Street, 9th Floor New York, NY 10007 Orange County Office for the Aging 40 Matthews Street 3rd Floor - Suite 305 Goshen, NY 10924

Método	Programa de asistencia, asesoría e información sobre seguros de salud (HIICAP) de la Oficina para las Personas de Edad Avanzada: (SHIP de New York): información de contacto
ESCRIBA A (continuación)	Putnam County Office for Senior Resources 110 Old Route 6, Building #1 Carmel, NY 10512 Rockland County Rockland County Office for the Aging 50 Sanatorium Road, Bldg B Pomona, NY 10970 Westchester County Department of Senior Programs & Services 9 South First Avenue, 10th Floor Mt. Vernon, NY 1055
SITIO WEB	https://aging.ny.gov/programs/medicare-and-health-insurance

Declaración de divulgación de PRA *De acuerdo con la Ley de Reducción de Papel (Paperwork Reduction Act) de 1995, ninguna persona debe responder a una recopilación de información, a menos que presente un número de control OMB válido. El número de control OMB válido para esta recopilación de información es 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escríbanos a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.*

Elderplan, Inc.
Notice of Nondiscrimination – Discrimination is Against the Law

Español (Spanish)

Elderplan/HomeFirst cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Elderplan/HomeFirst no excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Elderplan/HomeFirst.:

- Proporciona ayuda y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera efectiva con nosotros, como lo siguiente:
    - Intérpretes de lenguaje de señas calificados
    - Información por escrito en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Proporciona servicios de idiomas gratuitos a las personas cuyo idioma principal no es el inglés, como lo siguiente:
    - Intérpretes calificados
    - Información en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con el Coordinador de derechos civiles. Si considera que Elderplan/HomeFirst no le ha proporcionado estos servicios o lo ha discriminado de otra manera debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo ante:

Elderplan, Inc.
ATTN Civil Rights Coordinator
55 Water Street
New York NY 10041
Teléfono: 1-877-326-9978, TTY 711
Fax: 1-718-759-3643

Puede presentar un reclamo en persona, por correo postal, por teléfono o por fax. Si necesita ayuda para presentar un reclamo, el Coordinador de derechos civiles está disponible para ayudarlo.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos, de manera electrónica a través del Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, o por correo postal o teléfono:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)

Hay formularios de quejas disponibles en http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

Multi-language Interpreter Services

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-877-891-6447 (TTY: 711). Someone who speaks English can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-877-891-6447 (TTY: 711). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Simplified: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑 问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-877-891-6447 (TTY: 711)。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Traditional: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯 服務。如需翻譯服務，請致電 1-877-891-6447 (TTY: 711)。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-877-891-6447 (TTY: 711). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-877-891-6447 (TTY: 711). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quí vị cần thông dịch viên xin gọi 1-877-891-6447 (TTY: 711) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quí vị. Đây là dịch vụ miễn phí .

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-877-891-6447 (TTY: 711). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 답해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-877-891-6447 (TTY: 711) 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-877-891-6447 (TTY: 711). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم بمساعدتك. هذه خدمة فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-877-891-6447 (TTY:711) (. سيقوم شخص ما يتحدث العربية مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-877-891-6447 (TTY: 711) पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-877-891-6447 (TTY: 711). Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portugués: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-877-891-6447 (TTY: 711). Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-877-891-6447 (TTY: 711). Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-877-891-6447 (TTY: 711). Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするため に、無料の通訳サービスがありますございます。通訳をご用命になるには、1-877-891-6447 (TTY: 711) にお電話ください。日本語を話す人 者 が支援いたします。これは無料のサー ビスです。

Albanian: Ne ofrojmë shërbime interpretimi pa pagesë për t'ju përgjigjur çdo lloj pyetjeje që mund të keni rreth planit tonë të shëndetit ose të mjekimit. Për t'u lidhur me një interpret, telefononi në 1-877-891-6447 (TTY: 711). Një shqip folës mund t'ju ndihmojë. Ky shërbim është pa pagesë.

Bengali: আমাদের স্বাস্থ্য বা ওষুধপত্র বিষয়ক পরিকল্পনা সম্পর্কিত আপনার যে কোনো প্রশ্নের উত্তর দেওয়ার জন্য আমাদের বিনামূল্যে দোভাষী পরিষেবা রয়েছে। একজন দোভাষী পেতে, আমাদের কেবল 1-877-891-6447 (TTY: 711) নম্বরে কল করুন। বাংলা বলতে পারেন এমন কেউ আপনাকে সাহায্য করতে পারবেন। পরিষেবাটি বিনামূল্যে।

Greek: Διαθέτουμε υπηρεσία δωρεάν διερμηνείας προκειμένου να απαντούμε σε οποιεσδήποτε απορίες σας σχετικά με το πρόγραμμα υγείας ή φαρμάκων που προσφέρουμε. Προκειμένου να χρησιμοποιήσετε την υπηρεσία διερμηνείας, επικοινωνήστε μαζί μας καλώντας το 1-877-891-6447 (TTY: 711). Θα λάβετε βοήθεια από ένα άτομο που μιλά ελληνικά. Αυτή είναι μια υπηρεσία που παρέχεται δωρεάν.

Yiddish: מיר האבן אומזיסטע דאלמעטשער סערוויסעס צו ענטפערן סיי וועלכע פראגעס וואס איר קענט מעגליך האבן וועגן אונזער העלט אדער דראג פלאן. צו באקומען א דאלמעטשער, רופט אונז אויף 1-877-891-6447 (TTY:711) . איינער וואס רעדט אידיש/שפראך קען אייך העלפן. דאס איז אן אומזיסטע סערוויס.

Urdu: ہماری صحت یا دوا کے پلان کے بارے میں آپ کے کسی بھی سوال کا جواب دینے کے لیے ہمارے پاس مفت مترجم کی خدمات موجود ہیں۔ مترجم حاصل کرنے کے لیے، ہمیں بس 1-877-891-6447 (TTY:711) پر کال کریں۔ اردو بولنے والا کوئی شخص آپ کی مدد کر سکتا ہے۔ یہ ایک مفت خدمت ہے۔

elderplan homefirst®
un miembro del sistema de salud de MJHS

Para obtener más información,
llámenos sin cargo al

1-877-891-6447

de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.,
los 7 días de la semana.

Los usuarios de TTY/TDD
deben llamar al

711

Visite nuestro sitio web

Elderplan.org

Elderplan es un plan HMO que tiene contratos con Medicare y Medicaid. La inscripción en Elderplan depende de la renovación del contrato. Cualquier persona con derecho a las Partes A y B de Medicare puede solicitar su inscripción. Los miembros inscritos deben continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare si no la paga de otro modo Medicaid.