2026

elderplan®

Abriendo el camino hacia un cuidado de excelencia.℠

Evidencia de Cobertura

Elderplan Selecto (HMO-POS I-SNP/IE-SNP)

del 01 de enero de 2026 al 31 de diciembre de 2026

H3347_EPS17985_C

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2026

Evidencia de cobertura para 2026:

Sus beneficios y servicios de salud y la cobertura de medicamentos de Medicare como miembro de Elderplan Selecto (HMO-POS I-SNP/IE-SNP) Este documento brinda los detalles de su cobertura médica y para medicamentos de Medicare desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2026. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

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

- La prima y el costo compartido de nuestro plan
- Nuestros beneficios médicos y de medicamentos
- Cómo presentar una queja si no está satisfecho con un servicio o tratamiento
- Cómo ponerse en contacto con nosotros
- Otras protecciones requeridas por la ley de Medicare

Si tiene preguntas sobre este documento, llame a Servicios para los Miembros al 1-800-353-3765 (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 Selecto (HMO-POS I-SNP/IE-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 Selecto (HMO-POS I-SNP/IE-SNP).

OMB Approval 0938-1051 (Expires: August 31, 2026)

Este documento está disponible en español gratuitamente.

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.

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

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

H3347_EPS17985_C

Índice

CAPÍTULO 1: Primeros pasos como miembro..... 9

SECCIÓN 1 Usted es miembro de Elderplan Selecto (HMO-POS I-SNP/IE-SNP) 9
SECCIÓN 2 Requisitos de elegibilidad del plan.....11
SECCIÓN 3 Materiales importantes para la membresía.....14
SECCIÓN 4 Resumen de costos importantes para 2026 18
SECCIÓN 5 Más información sobre su multa por inscripción tardía de la Parte D 34
SECCIÓN 6 Mantenga actualizado su registro de membresía del plan.....38
SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan 39

CAPÍTULO 2: Números de teléfono y recursos..... 43

SECCIÓN 1 Contactos de Elderplan Selecto (HMO-POS I-SNP/IE-SNP).....43
SECCIÓN 2 Obtenga ayuda de Medicare 54
SECCIÓN 3 Programa de Asistencia de Seguro de Salud del Estado 57
SECCIÓN 4 Organización para la Mejora de la Calidad.....65
SECCIÓN 5 Seguro Social.....67
SECCIÓN 6 Medicaid 69

SECCIÓN 7 Programas para ayudar a las personas a pagar los medicamentos con receta 76
SECCIÓN 8 Junta de Jubilación para Ferroviarios (RRB) 83
SECCIÓN 9 Si tiene un seguro grupal u otro seguro de salud de un empleador 85

CAPÍTULO 3: Cómo utilizar nuestro plan para obtener servicios médicos 86

SECCIÓN 1 Cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan 86
SECCIÓN 2 Use proveedores de la red para obtener atención médica 92
SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios en caso de emergencia, desastre o necesidad urgente de recibir atención 105
SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de los servicios cubiertos? 109
SECCIÓN 5 Servicios médicos en un estudio de investigación clínica 111
SECCIÓN 6 Normas para obtener atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica 116
SECCIÓN 7 Normas para la posesión de equipos médicos duraderos 118

CAPÍTULO 4: Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)..... 122

SECCIÓN 1 Cómo comprender los gastos no cubiertos por los servicios cubiertos.....122

SECCIÓN 2 La Tabla de beneficios médicos muestra sus beneficios y costos médicos.....126

SECCIÓN 3 Servicios que no están cubiertos por nuestro plan (exclusiones) 251

CAPÍTULO 5: Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos de la Parte D..... 256

SECCIÓN 1 Normas básicas de la cobertura de la Parte D de nuestro plan.....256

SECCIÓN 2 Obtenga sus medicamentos con receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan 257

SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar en la Lista de medicamentos del plan 269

SECCIÓN 4 Medicamentos con restricciones de la cobertura 272

SECCIÓN 5 ¿Qué puede hacer si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera que usted querría que lo estuviera? 275

SECCIÓN 6 La Lista de medicamentos puede tener modificaciones durante el año 282

SECCIÓN 7 Tipos de medicamentos que no cubrimos 288
SECCIÓN 8 Cómo surtir una receta.....291
SECCIÓN 9 Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales 292
SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad y el manejo de los medicamentos.....296

CAPÍTULO 6: Lo que le corresponde pagar por los medicamentos de la Parte D 302

SECCIÓN 1 Lo que le corresponde pagar por los medicamentos de la Parte D 302
SECCIÓN 2 Etapas de pago de medicamentos para los miembros de Elderplan Selecto (HMO-POS I-SNP/IE-SNP).....307
SECCIÓN 3 La *Explicación de beneficios (EOB)* de la Parte D explica la etapa de pago en la que se encuentra.....308
SECCIÓN 4 La Etapa del deducible 312
SECCIÓN 5 La Etapa de cobertura inicial.....312
SECCIÓN 6 La Etapa de cobertura en situaciones catastróficas 327
SECCIÓN 7 Lo que le corresponde pagar por las vacunas de la Parte D 327

CAPÍTULO 7: Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura en concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos .. 332

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos la parte que nos corresponde de los servicios o medicamentos cubiertos 332

SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que recibió.....339

SECCIÓN 3 Analizaremos su solicitud de pago y decidiremos si le pagaremos o no.....341

CAPÍTULO 8: Sus derechos y responsabilidades ... 343

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales.....343

SECCIÓN 2 Sus responsabilidades como miembro de nuestro plan.....376

CAPÍTULO 9: Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas) 379

SECCIÓN 1 Lo que debe hacer si tiene un problema o una inquietud 379

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y ayuda personalizada.....381

SECCIÓN 3 Qué proceso utilizar para su problema 382

SECCIÓN 4 Una guía para las decisiones de cobertura y las apelaciones.....383

Índice

SECCIÓN 5 Atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación 392
SECCIÓN 6 Medicamentos de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación 411
SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que está siendo dado de alta demasiado pronto 434
SECCIÓN 8 Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto 445
SECCIÓN 9 Cómo llevar su apelación a los Niveles 3, 4 y 5 454
SECCIÓN 10 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes 461

CAPÍTULO 10: Cancelación de la membresía en nuestro plan 470

SECCIÓN 1 Cancelación de su membresía en nuestro plan 470
SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan? 471
SECCIÓN 3 Cómo cancelar su membresía en nuestro plan 473

SECCIÓN 4 Hasta que finalice su membresía, debe seguir recibiendo sus artículos y servicios médicos, y medicamentos a través de nuestro plan 475
SECCIÓN 5 Elderplan Selecto (HMO-POS I-SNP/IE-SNP) debe cancelar su membresía del plan en ciertas situaciones 476

CAPÍTULO 11: Avisos legales 480

SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes vigentes 480
SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación 481
SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare 482
SECCIÓN 4 Aviso sobre el derecho limitado de subrogación.....483

CAPÍTULO 12: Definiciones 484

CAPÍTULO 1:
Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 1 Usted es miembro de Elderplan Selecto (HMO-POS I-SNP/IE-SNP)

Sección 1.1 Usted está inscrito en Elderplan Selecto (HMO-POS I-SNP/IE-SNP), que es un plan Medicare Advantage especializado (“Plan de necesidades especiales”)

Usted está cubierto por Medicare y eligió recibir la cobertura de salud y para medicamentos de Medicare a través de Elderplan Selecto (HMO-POS I-SNP/IE-SNP).

Elderplan Selecto (HMO-POS I-SNP/IE-SNP) es un plan Medicare Advantage HMO (HMO significa “organización para el mantenimiento de la salud”) con opción de punto de servicio (POS) aprobado por Medicare y administrado por una compañía privada. Punto de servicio significa que usted puede usar los proveedores que estén fuera de la red de nuestro plan por un costo adicional. (Para obtener información sobre cómo utilizar la opción de punto del servicio, consulte la sección 2.4 del capítulo 3).

Elderplan Selecto (HMO-POS I-SNP/IE-SNP) es un plan Medicare Advantage especializado (un "Plan de necesidades especiales" de Medicare Advantage). Esto significa que los beneficios están diseñados para las personas con necesidades de atención médica especiales. Elderplan Selecto (HMO-POS I-SNP/IE-SNP) está diseñado específicamente para las personas que viven en una institución (como un asilo de ancianos) o en la comunidad, pero necesitan un nivel de atención que se brinda, por lo general, en un hogar de personas mayores.

Nuestro plan incluye proveedores que se especializan en el tratamiento de pacientes que necesitan este nivel de atención. Como miembro de nuestro plan, usted obtiene beneficios especialmente diseñados y todo su servicio de atención estará coordinado por medio de nuestro plan.

Sección 1.2 Información legal sobre la *Evidencia de cobertura*

Esta *Evidencia de cobertura* es parte de nuestro contrato con usted sobre cómo Elderplan Selecto (HMO-POS I-SNP/IE-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 que esté inscrito en Elderplan Selecto (HMO-POS I-SNP/IE-SNP), desde el 1 de enero de 2026 hasta el 31 de diciembre de 2026.

Medicare nos permite realizar cambios en los planes que ofrecemos cada año calendario. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de Elderplan Selecto (HMO-POS I-SNP/IE-SNP) después del 31 de diciembre de 2026. También podemos decidir dejar de ofrecer nuestro plan en su área de servicio, después del 31 de diciembre de 2026.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar el plan Elderplan Selecto (HMO-POS I-SNP/IE-SNP) cada año. Usted puede seguir recibiendo cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan mientras elijamos seguir ofreciendo nuestro plan y Medicare renueve la aprobación de nuestro plan.

SECCIÓN 2 Requisitos de elegibilidad del plan

Sección 2.1 Los requisitos de elegibilidad

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

- Tenga la Parte A y la Parte B de Medicare.
- Viva en nuestra área de servicio geográfica (descrita en la sección 2.2). No se considera que las personas encarceladas vivan en el área geográfica de servicio, incluso si se encuentran físicamente en ella.
- Sea ciudadano estadounidense o tenga presencia legal en los Estados Unidos.

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

Requisitos especiales de elegibilidad para nuestro plan

Nuestro plan está diseñado para cubrir las necesidades especializadas de las personas que necesitan un nivel de atención que se brinda generalmente en los hogares de personas mayores.

Para ser elegible para nuestro plan, debe vivir en una comunidad de vivienda asistida contratada; hogares de personas mayores o centros de atención grupales disponibles a través de nuestro plan y el estado de New York haya certificado que necesita el tipo de atención que se brinda generalmente en un hogar de personas mayores. Consulte el *Directorio de proveedores y farmacias,* www.elderplan.org, de nuestro plan para obtener una lista de los hogares de personas mayores contratados o llame a Servicios para los Miembros al 1-800-353-3765 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y pídanos que le enviemos una lista.

Nota: Si pierde su elegibilidad para nuestro plan, pero se espera razonablemente que recupere la elegibilidad dentro de 1 mes, seguirá siendo elegible para la membresía. En el capítulo 4, sección 2.1 se describen la cobertura y el costo compartido durante un período de elegibilidad continua estimada.

Sección 2.2 Área de servicio para Elderplan Selecto (HMO-POS I-SNP/IE-SNP)

Elderplan Selecto (HMO-POS I-SNP/IE-SNP) solo está disponible para personas que residen en el área de servicio de nuestro plan. Para seguir siendo miembro de nuestro plan, debe continuar viviendo en nuestra área de servicio. El área de servicio se describe a continuación.

Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados del estado de New York: Bronx, Dutchess, Kings, Livingston, Monroe, Nassau, New York, Ontario, Orange, Orleans, Putnam, Queens, Richmond, Rockland, Seneca, Suffolk, Westchester y Yates.

Si se muda fuera del área de servicio de nuestro plan, no puede seguir siendo miembro de este plan. Comuníquese con Servicios para los Miembros 1-800-353-3765 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para saber si tenemos un plan en su nueva área. Si se muda, tendrá un Período de inscripción especial para cambiarse a Medicare Original o inscribirse en un plan de salud o de medicamentos de Medicare en su nueva ubicación.

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

Sección 2.3 Ciudadanía estadounidense o presencia legal

Debe ser ciudadano estadounidense o tener presencia legal en los Estados Unidos para ser miembro de los planes de salud de Medicare. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificará a Elderplan Selecto (HMO-POS I-SNP/IE-SNP) si usted no es elegible para seguir siendo miembro de nuestro plan según este criterio. Elderplan Selecto (HMO-POS I-SNP/IE-SNP) debe cancelar su inscripción si no cumple con este requisito.

SECCIÓN 3 Materiales importantes para la membresía

Sección 3.1 Tarjeta de membresía de nuestro plan

Use su tarjeta de membresía cada vez que obtenga servicios cubiertos por nuestro plan y para los medicamentos con receta que obtenga en las farmacias de la red. También debe mostrarle su tarjeta de Medicaid al proveedor, si tiene una. Ejemplo de tarjeta de membresía del plan:

NO use su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para los servicios médicos cubiertos mientras sea miembro de este plan. Si usa su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de membresía de Elderplan Selecto (HMO-POS I-SNP/IE-SNP), es posible que usted 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 la tarjeta de membresía de nuestro plan se daña, se pierde o se la roban, llame a Servicios para los Miembros al 1-800-353-3765 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) de inmediato y le enviaremos una tarjeta nueva.

Sección 3.2 Directorio de proveedores y farmacias

El *Directorio de proveedores y farmacias,* www.elderplan.org, 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. Si se va a otro lugar sin la debida autorización, deberá pagar el importe 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), y casos en los que Elderplan Selecto (HMO-POS I-SNP/IE-SNP) autorice el uso de proveedores fuera de la red.

Su plan también ofrece una opción de punto del servicio (POS). La opción 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.

Obtenga la lista más actualizada de proveedores que se encuentra en nuestro sitio web en www.elderplan.org.

Si no tiene un *Directorio de proveedores*, puede solicitar una copia (en formato electrónico o impreso) a Servicios para los Miembros al 1-800-353-3765 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Le enviaremos por correo los *Directorios de proveedores* impresos solicitados en un plazo de 3 días hábiles.

Sección 3.3 Lista de medicamentos (formulario)

Nuestro plan cuenta con una *Lista de medicamentos cubiertos* (también denominada Lista de medicamentos o formulario). Indica cuáles son los medicamentos con receta cubiertos por el beneficio de la Parte D incluido en Elderplan Selecto (HMO-POS I-SNP/IE-SNP). Nuestro plan, con la colaboración de un equipo de médicos y farmacéuticos, seleccionó los medicamentos de esta lista. La Lista de medicamentos debe cumplir con los requisitos de Medicare. Los medicamentos con precios negociados bajo el Programa de Negociación de Precios de Medicamentos de Medicare se incluirán en su Lista de medicamentos, a menos que hayan sido retirados y reemplazados como se describe en la sección 6 del capítulo 5. Medicare aprobó la Lista de medicamentos de Elderplan Selecto (HMO-POS I-SNP/IE-SNP).

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

Le daremos una copia de la Lista de medicamentos. La Lista de medicamentos incluye información sobre los medicamentos cubiertos que son más comúnmente utilizados por nuestros miembros. Sin embargo, también cubrimos medicamentos adicionales que no están incluidos en la Lista de medicamentos. Si algún medicamento no está incluido en la Lista de medicamentos, visite nuestro sitio web o llame a Servicios para los Miembros al 1-800-353-3765 para averiguar si lo cubrimos. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Para obtener la información más completa y vigente sobre los medicamentos cubiertos, visite www.elderplan.org o llame a Servicios para los Miembros al 1-800-353-3765; los usuarios de TTY deben llamar al 711.

SECCIÓN 4 Resumen de costos importantes para 2026

	Sus costos en 2026
Prima mensual del plan* *Su prima puede ser mayor que este monto. Consulte la sección 4.1 para obtener más información.	No paga una prima de la Parte D.
Deducible de la Parte B	No hay deducible de la Parte B.

	Sus costos en 2026
Monto máximo de gastos no cubiertos Este es el máximo que tendrá que pagar de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B dentro y fuera de la red combinados. (Para obtener más detalles, consulte la sección 1 del capítulo 4).	**Dentro y fuera de la red combinados** $7,500
Consultas presenciales de atención primaria	**Dentro y fuera de la red** Usted paga un copago de $0 por consulta.

	Sus costos en 2026
Consultas presenciales con un especialista	**Dentro y fuera de la red** Usted paga un copago de $45 por consulta Es posible que se requieran remisiones. Usted paga $0 de copago por visita al consultorio para: • Endocrinólogo. Es posible que se requieran remisiones. • Urólogo. Es posible que se requieran remisiones.
Servicios hospitalarios para pacientes internados	**Dentro y fuera de la red** Usted paga por admisión: Días 1 a 6: copago de $320 por día. Día 7 en adelante: copago de $0 por día. Se requiere autorización

	Sus costos en 2026
Deducible de la cobertura de medicamentos de la Parte D (Para obtener más detalles, consulte la sección 4 del capítulo 6).	Deducible: El deducible de la Parte D es de $0.

	Sus costos en 2026
Cobertura de medicamentos de la Parte D (Consulte el capítulo 6 para obtener más detalles, como el deducible anual, las Etapas de cobertura inicial y de cobertura en situaciones catastróficas).	**Durante la Etapa de cobertura inicial:** **Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) *Ω** A continuación, se detalla el costo para usted durante la Etapa de cobertura inicial por un suministro de un mes cuando obtiene el medicamento en una farmacia dentro la red que brinda un costo compartido estándar: **Nivel 1:** **medicamentos genéricos preferidos:** usted paga un copago de $0. **Nivel 2: medicamentos genéricos:** usted paga un copago de $2.

	Sus costos en 2026
Cobertura de medicamentos de la Parte D (continuación)	**Nivel 3: medicamentos de marca preferidos**: usted paga un copago de $25. **Nivel 4: medicamentos no preferidos:** usted paga un copago de $100. **Nivel 5: medicamentos especializados:** usted paga un coseguro del 25%. El costo para usted durante la Etapa de cobertura inicial por un suministro extendido (máximo de 90 días)†**Ω** cuando obtiene el medicamento en una farmacia de la red que brinda costo compartido estándar: **Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos** Venta al público: usted paga un copago de $0. Pedido por correo: usted paga un copago de $0.

	Sus costos en 2026
Cobertura de medicamentos de la Parte D (continuación)	**Nivel 2: medicamentos genéricos:** Venta al público: usted paga un copago de $6. Pedido por correo: usted paga un copago de $4. **Nivel 3: medicamentos de marca preferidos:** Venta al público: usted paga un copago de $75. Pedido por correo: usted paga un copago de $50. **Nivel 4: medicamentos no preferidos:** Venta al público: usted paga un copago de $300. Pedido por correo: usted paga un copago de $200. **Nivel 5: medicamentos especializados:** Venta al público: usted paga un coseguro del 25%.

	Sus costos en 2026
Cobertura de medicamentos de la Parte D (continuación)	Pedido por correo: usted paga un coseguro del 25%. * 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. **Ω**: usted no pagará más de $35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar el costo compartido para los medicamentos de la Parte B y la Parte D, incluso si no ha pagado su deducible.

	Sus costos en 2026
Cobertura de medicamentos de la Parte D (continuación)	Si recibe "Ayuda adicional" para pagar sus medicamentos, puede ser elegible para el costo compartido reducido. Consulte su "Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos (LIS)". **Etapa de cobertura en situaciones catastróficas:** **Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D.**

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)
- Monto del plan de pago de medicamentos con receta de Medicare (sección 4.5)

Sección 4.1 Prima del plan

No es necesario que pague una prima mensual por separado para Elderplan Selecto (HMO-POS I-SNP/IE-SNP).

Si *ya recibe* 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 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 al 1-800-353-3765, los usuarios de TTY deben llamar al 711, y solicite la Cláusula adicional LIS.

Sección 4.2 Prima mensual de la Parte B de Medicare

Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare

Su plan incluye un beneficio de reducción de la prima de la Parte B. Esto significa que la prima de la Parte B de Medicare que se descuenta de su cheque del Seguro Social se reducirá a un máximo de $2.50 por mes. Si paga la prima de la Parte B a través del Seguro Social, el Reembolso de la Parte B se acreditará mensualmente a su cheque del Seguro Social.

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

Sección 4.3 Multa por inscripción tardía de la Parte D

Algunos miembros deben pagar una **multa por inscripción tardía** de la Parte D. La multa por inscripción tardía de la Parte D es una prima adicional que debe pagar por la cobertura de la Parte D si, en cualquier momento después de que finalice su período de inscripción inicial, hubo un período de 63 días consecutivos o más en los que usted no tuvo la Parte D u otra cobertura acreditable para medicamentos. La cobertura acreditable para medicamentos 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 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. Tendrá que pagar esta multa mientras tenga la cobertura de la Parte D.

Cuando se inscribe por primera vez en Elderplan Selecto (HMO-POS I-SNP/IE-SNP), le comunicamos el monto de la multa.

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

- Usted recibe Ayuda Adicional de Medicare para poder pagar los costos de los medicamentos.
- Pasó menos de 63 días consecutivos sin cobertura acreditable.
- Tuvo cobertura acreditable para medicamentos a través de otra fuente (como un empleador anterior, un sindicato, TRICARE o la Administración de Salud de Veteranos [VA]). Su aseguradora o el Departamento de Recursos Humanos le avisarán cada año si su cobertura para medicamentos es una cobertura acreditable. Puede obtener esta información en una carta o en un boletín informativo de ese plan. Conserve esta información, ya que puede necesitarla si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.
    - **Nota:** cualquier carta o aviso debe indicar que tenía una cobertura acreditable para medicamentos con receta que se espera que pague el mismo monto que paga el plan de medicamentos estándar de Medicare.
    - **Nota:** las tarjetas de descuento para medicamentos con receta, las clínicas gratuitas y los sitios de web de descuentos en medicamentos no constituyen cobertura para medicamentos con receta acreditable.

Medicare determina el monto de la multa por inscripción tardía de la Parte D. Funciona de esta forma:

- Si estuvo durante 63 días o más sin cobertura de la Parte D u otra cobertura acreditable para medicamentos con receta después de que fue elegible por primera vez para inscribirse en la Parte D, nuestro plan contará el número de meses completos que no tuvo cobertura. 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 (prima base nacional del beneficiario). Para 2025, este monto promedio de la prima era de $36.78. Este monto puede cambiar para 2026.
- Para calcular su multa mensual, multiplique el porcentaje de la multa por la prima base nacional del beneficiario y redondee el resultado a los 10 centavos más cercanos. En este ejemplo, sería el 14% multiplicado por $36.78, lo que es igual a $5.15. Esto se redondea a $5.20. Esta suma debe agregarse **a la prima mensual del plan de una persona que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D.**

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

- **La multa puede cambiar cada año** porque la prima base nacional del beneficiario puede cambiar cada año.

- **Seguirá pagando una multa** cada mes durante el tiempo que esté inscrito en un plan que incluya los beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare, incluso si cambia de plan.
- Si tiene *menos* de 65 años y está inscrito en 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 esta revisión **en un plazo de 60 días** a partir de la fecha de la primera carta que recibió en la que se le informa que debe pagar una multa por inscripción tardía. Sin embargo, si estaba pagando una multa antes de inscribirse en nuestro plan, 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 (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 www.Medicare.gov/health-drug-plans/part-d/basics/costs.

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

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

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

Si participa en el plan de pago de medicamentos con receta de Medicare, cada mes pagará la prima del plan (si tiene una) y recibirá una factura de su plan de salud o medicamentos para sus medicamentos con receta (en lugar de pagarle a la farmacia). Su factura mensual se basa en lo que debe por cualquier medicamento con receta que reciba, además del saldo de su mes anterior, dividido por la cantidad de meses que se deja en el año.

En la sección 7 del capítulo 2 encontrará más información sobre el plan de pago de medicamentos con receta de Medicare. Si no está de acuerdo con el monto facturado como parte de esta opción de pago, puede seguir los pasos que se indican en el capítulo 9 para presentar una queja o apelación.

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

Sección 5.1 Cómo pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D

Existen tres formas para pagar la multa.

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
P.O. BOX 71401
PHILADELPHIA, PA 19176

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

Opción 2: Pagar la multa por inscripción tardía en la Parte D 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 documento).

Opción 3: Que las multas por inscripción tardía de la Parte D se deduzcan de su cheque mensual del Seguro Social

Puede pedir que la prima del plan 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 documento).

Cambiar la forma de pago de la multa por inscripción tardía en la Parte D Si decide cambiar la forma de pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D, el nuevo método de pago puede tardar hasta 3 meses en entrar en vigencia. Mientras procesamos su nuevo método de pago, usted aún es responsable de asegurarse de que la multa por inscripción tardía de la Parte D se pague a tiempo. Para cambiar el método de pago, llame a Servicios para los Miembros al 1-800-353-3765.

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

Debemos recibir el pago de la multa por inscripción tardía de la Parte D en nuestra oficina antes del día 25. Si no recibimos su pago antes del 25, le enviaremos facturas en las que le informaremos sobre su saldo adeudado actual. Si adeuda una multa por inscripción tardía de la Parte D, debe pagarla para conservar su cobertura de medicamentos.

Si tiene problemas para pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D, si la adeuda, dentro del plazo establecido, llame a Servicios para los Miembros al 1-800-353-3765 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para que le enviemos programas que le ayudarán a pagar los costos.

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

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

Sin embargo, en algunos casos, es posible que pueda dejar de pagar una multa por inscripción tardía, si la adeuda o si debe comenzar a pagar una multa por inscripción tardía. Por ejemplo, si resulta ser elegible para recibir Ayuda adicional o si pierde su elegibilidad para obtener esta ayuda 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 de la Parte D si se queda sin cobertura de la Parte D u otra cobertura acreditable para medicamentos con receta durante 63 días o más.

Obtenga más información sobre la Ayuda adicional en la sección 7 del capítulo 2.

SECCIÓN 6 Mantenga 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 otros proveedores de la red de nuestro plan **utilizan su registro de membresía para saber cuáles son los servicios y medicamentos que están cubiertos y los montos de costo compartido**. Debido a esto, es muy importante que ayudes a mantener tu información actualizada.

Si tiene alguno de estos cambios, háganoslo saber:

- 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 ingresa en un hogar de personas mayores.
- Si recibe atención en un hospital o una sala de emergencias que se encuentran 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 informe a nuestro plan sobre los estudios de investigación clínica en los que tiene la intención de participar, pero le recomendamos que lo haga).

Si hay algún cambio, háganoslo saber llamando a Servicios para los Miembros al 1-800-353-3765. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

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

SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

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

Una vez al año, le enviaremos una carta que enumera cualquier otra cobertura médica o de medicamentos que conozcamos. Lea esta información detenidamente. Si es correcta, no es necesario que haga nada. Si la información no es correcta o si tiene alguna otra cobertura que no está incluida en la lista, llame a Servicios para los Miembros al 1-800-353-3765. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Es posible que sus otros aseguradores le requieran el n.º 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, las normas de Medicare deciden si nuestro plan o su otro seguro paga primero. El seguro que paga en primer lugar, “el pagador primario”, paga hasta los límites de su cobertura. El seguro que paga en segundo lugar, “pagador secundario”, solo paga si quedan costos sin cubrir por la cobertura primaria. Es posible que el pagador secundario no pague los costos no cubiertos. Si tiene otro seguro, infórmeselo a su médico, hospital y farmacia.

Estas normas se aplican a la cobertura 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 que 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 se haya convertido en elegible 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, los planes de salud grupales del empleador o Medigap hayan pagado.

CAPÍTULO 2:
Números de teléfono y recursos

SECCIÓN 1 Contactos de Elderplan Selecto (HMO-POS I-SNP/IE-SNP)

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 Selecto (HMO-POS I-SNP/IE-SNP) al 1-800-353-3765. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Estaremos encantados de ayudarte.

Información de contacto de Servicios para los Miembros	
Llame al	1-800-353-3765 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 al 1-800-353-3765 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) también ofrece servicios de interpretación gratuitos para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos 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, 46TH FLOOR NEW YORK, NY 10041
Sitio web	www.elderplan.org

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

Información de contacto para decisiones de cobertura sobre la atención médica	
Llame al	1-800-353-3765 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 requiere del uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos 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, 46TH FLOOR NEW YORK, NY 10041
Sitio web	www.elderplan.org

Información de contacto para apelaciones sobre la atención médica	
Llame al	1-800-353-3765 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 requiere del uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos 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

Información de contacto para decisiones de cobertura sobre los medicamentos con receta de la Parte D	
Llame al	1-866-490-2102 Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas, los 7 días de la semana.
TTY	711 Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. 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

Información de contacto para apelaciones sobre los medicamentos con receta de la Parte D	
Llame al	1-866-490-2102 Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas, los 7 días de la semana.
TTY	711 Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. 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 presentar una queja sobre su atención médica

Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre alguno de los proveedores o farmacias de la red, incluidas las quejas sobre la calidad de su atención. Este tipo de queja no incluye disputas por pagos o cobertura. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre su atención médica, consulte el capítulo 9.

Información de contacto para quejas sobre la atención médica y los medicamentos con receta de la Parte D	
Llame al	1-800-353-3765 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 requiere del uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos 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 de Medicare	Para presentar una queja sobre Elderplan Selecto (HMO-POS I-SNP/IE-SNP) directamente ante Medicare, visite www.Medicare.gov/my/medicare-complaint.

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

Si recibió una factura o pagó por servicios (como una factura del proveedor) que considera que deberíamos pagar nosotros, es posible que deba solicitarnos un reembolso o que paguemos la factura del proveedor. Para obtener más información, consulte el capítulo 7.

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.

Información de contacto para solicitudes de pago (reclamaciones médicas)	
Llame al	1-800-353-3765 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 requiere del uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos 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. CLAIMS DEPARTMENT P.O. BOX 73111 NEWNAN, GA 30271
Sitio web	www.elderplan.org

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. Las 24 horas, los 7 días de la semana.
TTY	711 Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. 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 Obtenga ayuda de Medicare

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

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

Información de contacto de Medicare	
Llame al	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048. Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.
Chatee en vivo	Chatee en vivo en www.Medicare.gov/talk-to-someone.
Escriba a	Escriba a Medicare a PO Box 1270, Lawrence, KS 66044.

Información de contacto de Medicare	
Sitio web	www.Medicare.gov • Obtenga información sobre los planes de salud y medicamentos de Medicare en su área, incluido lo que cuestan y los servicios que brindan. • Encuentre médicos participantes en Medicare u otros proveedores y proveedores de atención médica. • Averigüe qué cubre Medicare, incluidos los servicios preventivos (como pruebas de detección, inyecciones o vacunas, y las consultas anuales de bienestar). • Obtenga información y formularios de apelaciones de Medicare. • Obtenga información sobre la calidad de la atención brindada por los planes, los hogares de personas mayores, los hospitales, los médicos, las agencias de atención médica en el hogar, los centros de diálisis, los centros de hospicio, los centros de rehabilitación para pacientes internados y los hospitales de atención a largo plazo. • Busque sitios web y números de teléfono útiles.

Información de contacto de Medicare	
Sitio web (continuación)	También puede visitar Medicare.gov para informarle a Medicare sobre cualquier queja que tenga de Elderplan Selecto (HMO-POS I-SNP/IE-SNP). **Para presentar una queja ante Medicare,** ingrese en www.Medicare.gov/my/medicare-complaint. Medicare toma muy seriamente sus quejas y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare.

SECCIÓN 3 Programa de Asistencia de Seguro de Salud del Estado

El Programa de Asistencia de Seguro de Salud del Estado (SHIP) es un programa del gobierno que cuenta con asesores capacitados en todos los estados que ofrece ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare. En New York, al SHIP se lo denomina Programa de asistencia, asesoría e información sobre seguros de salud (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 brindarles asesoramiento sobre seguros de salud, a nivel local y en forma gratuita, a las personas que tienen Medicare.

Los asesores del HIICAP pueden ayudarle 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, ayudarlo a comprender sus opciones del plan de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan.

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 al	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 lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 5:00 p.m. Livingston County: (585) 243-7520 Estamos disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 4:00 p.m. Condado de Monroe: (585) 753-6280 Estamos disponibles de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 4:30 p.m. Condado de Nassau: (516) 227-8900 Estamos disponibles de lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 4:30 p.m. Ciudad de New York: (718) 557-1399 Estamos disponibles de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5:00 p.m.

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 al (continuación)	Condado de Ontario: (585) 396-4040 Estamos disponibles de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 4:00 p.m. Condado de Orange: (845) 615-3700 Estamos disponibles de lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 5:00 p.m. Condado de Orleans: (585) 589-3193 Estamos disponibles de lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 5:00 p.m. Condado de Putnam: (845) 808-1700 Estamos disponibles de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 4:30 p.m. Condado de Rockland: (845) 364-2110 Estamos disponibles de lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 5:00 p.m. Condado de Seneca: (315) 539-1765 Estamos disponibles de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5:00 p.m.

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 al (continuación)	Condado de Suffolk: (631) 853-8200 Estamos disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 4:00 p.m. Condado de Westchester: (914) 813-6400 Estamos disponibles de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5:00 p.m. Condado de Yates: (315) 536-5515. Estamos disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.
TTY	711 o (212) 504-4115 Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla.

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 LIVINGSTON COUNTY OFFICE FOR THE AGING 3 MURRAY HILL DRIVE MT. MORRIS, NY 14510 MONROE COUNTY OFFICE FOR THE AGING 435 EAST HENRIETTA ROAD, 3RD FLOOR - FAITH-EAST ROCHESTER, NY 14620 NASSAU COUNTY DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES OFFICE FOR THE AGING 60 CHARLES LINDBERGH BLVD, SUITE 260 UNIONDALE, NY 11553

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)	NEW YORK CITY HIICAP 2 LAFAYETTE STREET, 9TH TH FLOOR NEW YORK, NY 10007 ONTARIO COUNTY OFFICE FOR THE AGING 3019 COUNTY COMPLEX DR. CANANDAIGUA, NY 14424 ORANGE COUNTY OFFICE FOR THE AGING 40 MATTHEWS STREET 3RD FLOOR - SUITE 305 GOSHEN, NY 10924 ORLEANS COUNTY ORLEANS COUNTY OFFICE FOR THE AGING 14016 ROUTE 31 ALBION, NY 14411

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 A CARMEL, NY 10512 ROCKLAND COUNTY OFFICE FOR THE AGING 50 SANATORIUM ROAD, YAEGER HEALTH CENTER BUILDING B POMONA, NY 10970 SENECA COUNTY O FFICE FOR THE AGING 2465 BONADENT DRIVE, SUITE 4 WATERLOO, NY 13165 SUFFOLK COUNTY OFFICE FOR THE AGING H. LEE DENNISON BUILDING 100 VETERANS MEMORIAL HIGHWAY P.O. BOX 6100 HAUPPAUGE, NY 11788

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)	WESTCHESTER COUNTY DEPARTMENT OF SENIOR PROGRAMS & SERVICES 9 SOUTH FIRST AVENUE, 10TH FLOOR MT. VERNON, NY 10550 YATES COUNTY OFFICE FOR THE AGING 417 LIBERTY STREET, SUITE 1116 PENN YAN, NY 14527
Sitio web	https://aging.ny.gov/health-insurance-information-counseling-and-assistance-programs

SECCIÓN 4 Organización para la Mejora de la Calidad

Una Organización para la Mejora de la Calidad (QIO) designada atiende a las personas con Medicare en cada estado. En New York, la Organización para la Mejora de la Calidad se denomina Livanta.

Livanta tiene 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. Ejemplos de problemas de calidad de la atención incluyen recibir el medicamento equivocado, pruebas o procedimientos innecesarios o un diagnóstico erróneo.
- 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) finaliza demasiado pronto.

Livanta: 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 requiere del uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos 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

El Seguro Social determina la elegibilidad para Medicare y maneja la inscripción en Medicare. El Seguro Social también es responsable de determinar quién debe pagar un monto adicional por la cobertura de medicamentos de la Parte D debido a que tiene un ingreso mayor. Si recibió una carta 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, comuníquese con el Seguro Social para informar dichos cambios.

Información de contacto del Seguro Social	
Llame al	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m. Use los servicios telefónicos automáticos del Seguro Social para obtener información grabada y hacer gestiones durante las 24 horas del día.
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. Disponible de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m.
Sitio web	www.SSA.gov

SECCIÓN 6 Medicaid

Medicaid es un programa conjunto del estado y del gobierno federal que brinda ayuda con los costos médicos a determinadas personas con ingresos y recursos limitados. Algunos beneficiarios de Medicare también pueden reunir los requisitos para ser beneficiarios de Medicaid. Medicaid ofrece programas para ayudar a las personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare, como las primas de Medicare. Estos **Programas de Ahorros de Medicare** incluyen los siguientes:

- **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). (Algunos beneficiarios de QMB también son elegibles para todos los beneficios de Medicaid [QMB+]).
- **Beneficiario de Medicare con ingreso bajo específico (SLMB):** ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunas personas con SLMB también son elegibles para todos los beneficios de Medicaid (SLMB+)).
- **Persona calificada (QI):** ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Trabajador discapacitado calificado (QDWI):** ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Para obtener más información sobre Medicaid y los Programas de ahorros de Medicare, póngase en contacto con el Departamento de Salud del Estado de New York (Servicios Sociales).

Departamento de Salud del Estado de New York (Servicios Sociales): Información de contacto del Programa Medicaid de New York	
Llame al	Línea de ayuda de Medicaid de la HRA: 1-888-692-6116 Condado de Dutchess: (845) 486-3000 Estamos disponibles de lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 5:00 p.m. Condado de Monroe: (585) 753-2760 Estamos disponibles de lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 3:00 p.m. Livingston County: (585) 243-7300 Estamos disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 4:00 p.m. Condado de Nassau: (516) 227-8519 Estamos disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 4:00 p.m. Ciudad de New York: (718) 557-1399 Estamos disponibles de lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 5:00 p.m. Condado de Ontario: (585) 396-4060 Estamos disponibles de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5:00 p.m.

Departamento de Salud del Estado de New York (Servicios Sociales): Información de contacto del Programa Medicaid de New York	
Llame al (continuación)	Condado de Orange: (845) 291-4000 Estamos disponibles de lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 5:00 p.m. Condado de Orleans: (585) 589-7000 Estamos disponibles de lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 5:00 p.m. Condado de Putnam: (845) 808-1500 Estamos disponibles de lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 5:00 p.m. Condado de Rockland: (845) 364-3040 Estamos disponibles de lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 5:00 p.m. Condado de Seneca: (315) 539-1800 Estamos disponibles de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5:00 p.m. Condado de Suffolk: (631) 854-9700 Estamos disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 4:00 p.m.

Departamento de Salud del Estado de New York (Servicios Sociales): Información de contacto del Programa Medicaid de New York	
Llame al (continuación)	Condado de Westchester: (914) 995-3333 Estamos disponibles de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5:00 p.m. Condado de Yates: (315) 536-5183 Estamos disponibles de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5:00 p.m.
TTY	711 Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla.

Departamento de Salud del Estado de New York (Servicios Sociales): Información de contacto del Programa Medicaid de New York	
Escriba a	DUTCHESS COUNTY DSS 60 MARKET STREET POUGHKEEPSIE, NY 12601 LIVINGSTON COUNTY DSS 1 MURRAY HILL DRIVE MT. MORRIS, NY 14510 MONROE COUNTY DSS 111 WESTFALL ROAD ROCHESTER, NY 14605 NASSAU COUNTY DSS 60 CHARLES LINDBERGH BLVD UNIONDALE, NY 11553 NEW YORK CITY HUMAN RESOURCES ADMINISTRATION 785 ATLANTIC AVENUE, 1ST FLOOR BROOKLYN, NY 11238 ONTARIO COUNTY DSS 3019 COUNTY COMPLEX DRIVE CANANDAIGUA, NY 14424

Departamento de Salud del Estado de New York (Servicios Sociales): Información de contacto del Programa Medicaid de New York	
Escriba a (continuación)	ORANGE COUNTY DSS 11 QUARRY ROAD PO BOX Z GOSHEN, NY 10924 ORLEANS COUNTY DSS 14016 ROUTE 31 WEST ALBION, NY 14411 PUTNAM COUNTY DSS 110 OLD ROUTE SIX CENTER CARMEL, NY 10512 ROCKLAND COUNTY DSS 50 SANATORIUM RD, BUILDING L POMONA, NY 10970 SENECA COUNTY DSS 1 DIPRONIO DRIVE PO BOX 690 WATERLOO, NY 13165 SUFFOLK COUNTY DSS 3085 VETERANS MEMORIAL HIGHWAY RONKONKOMA, NY 11779

Departamento de Salud del Estado de New York (Servicios Sociales): Información de contacto del Programa Medicaid de New York	
Escriba a (continuación)	WESTCHESTER COUNTY DSS WHITE PLAINS DISTRICT OFFICE 85 COURT STREET WHITE PLAINS, NY 10601 YATES COUNTY DSS COUNTY OFFICE BUILDING 417 LIBERTY ST. SUITE 2122 PENN YAN, NEW YORK 14527
Sitio web	https://www.health.ny.gov/health_care

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

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

Ayuda adicional de Medicare

Medicare y el Seguro Social tienen un programa llamado Ayuda adicional que puede ayudar a pagar los costos de los medicamentos a las personas con ingresos y recursos limitados. Si reúne los requisitos, obtendrá ayuda para pagar la prima mensual del plan de medicamentos de Medicare, el deducible anual y los copagos. Esta Ayuda adicional también cuenta para los gastos no cubiertos.

Si califica automáticamente para la Ayuda adicional, Medicare le enviará una carta morada para informarle. Si no califica automáticamente, puede presentar su solicitud en cualquier momento. Para saber si reúne los requisitos para recibir Ayuda adicional:

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

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

Si reúne los requisitos para recibir Ayuda adicional y cree que está pagando un monto incorrecto por su medicamento con receta en una farmacia, nuestro plan tiene un proceso para ayudarlo a obtener evidencia del monto correcto del copago. Si ya tiene evidencia de la cantidad correcta, podemos ayudarlo a compartir esta evidencia con nosotros.

- Envíe una copia de uno de los documentos a continuación 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 hogares de personas mayores: 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 tengamos las pruebas que demuestren el nivel de copago correcto, actualizaremos nuestro sistema para que pueda pagar el monto correcto cuando obtenga su próxima receta. Si paga de más por su copago, se lo devolveremos, ya sea con cheque o con un crédito de copago futuro. Si la farmacia no cobró su copago y usted tiene una deuda, es posible que hagamos el pago directamente a la farmacia. Si un estado pagó en su nombre, es posible que le hagamos el pago directamente al estado. Llame a Servicios para los Miembros al 1-800-353-3765 si tiene preguntas. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

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

Muchos Estados ofrecen ayuda para pagar los medicamentos con receta, las primas del plan de medicamentos u otros costos de medicamentos. Si está inscrito en un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP), la Ayuda adicional de Medicare paga en primer lugar.

¿Qué ocurre si tiene Ayuda adicional y la cobertura del Programa de Asistencia de Medicamentos para el Sida (ADAP)?

El Programa de Asistencia de Medicamentos para el Sida (ADAP) ayuda a las personas que viven con VIH/sida a acceder a medicamentos para el VIH esenciales para salvar la vida. Los medicamentos de la Parte D de Medicare que también están en el formulario del ADAP califican para la ayuda de costos compartidos para medicamentos con receta del ADAP de New York.

Nota: para ser elegible para el ADAP en su estado, las personas deben cumplir ciertos criterios, como presentar un comprobante de residencia en el estado y de su condición con VIH, un comprobante de ingresos bajos, según lo definido por el estado, y un comprobante de que no tiene seguro o que su seguro es insuficiente. Si cambia de plan, notifique a su trabajador local de inscripciones del ADAP para que pueda seguir recibiendo ayuda. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al Programa de Asistencia de Medicamentos para el Sida (ADAP) al 1-800-542-2437.

Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica

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

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

Información de contacto del Programa de Cobertura de Seguro de Productos Farmacéuticos para las Personas Mayores (EPIC) (Programa estatal de asistencia farmacéutica de New York)

Llame al	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 requiere del uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla.
Escriba a	EPIC P.O. BOX 15018 ALBANY, NY 12212
Sitio web	http://www.health.ny.gov/health_care/epic

Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare

El Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare es una opción de pago que funciona con su cobertura actual de medicamentos para ayudarle a manejar sus gastos no cubiertos de los medicamentos cubiertos por nuestro plan, repartiéndolos a lo largo **del año calendario** (de enero a diciembre). Cualquier persona que tenga un plan de medicamentos de Medicare o un plan de salud de Medicare con cobertura para medicamentos (como un plan Medicare Advantage con cobertura para medicamentos) puede usar esta opción de pago. **Esta opción de pago podría ayudarlo a administrar sus gastos, pero no le ahorrará dinero ni reducirá los costos de sus medicamentos. Si participa en el Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare y permanece en el mismo plan de la Parte D, su participación se renovará automáticamente para 2026.** Para obtener más información sobre esta opción de pago, llame a Servicios para los Miembros al 1-800-353-3765, los usuarios de TTY deben llamar al 711, o visite www.Medicare.gov.

Información de contacto del Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare	
Llame al	1-866-490-2102 Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas, los 7 días de la semana. Servicios para los Miembros al 1-800-353-3765 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) también ofrece servicios de interpretación gratuitos para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas, los 7 días de la semana.
Escriba a	Caremark CVS P.O. Box 7 Pittsburgh, PA 15230
Sitio web	Caremark.com/mppp

SECCIÓN 8 Junta de Jubilación para Ferroviarios (RRB)

La Junta de jubilación para ferroviarios es una agencia federal independiente que administra los programas integrales de beneficios destinados a los trabajadores ferroviarios del país y a sus familias. Si obtiene Medicare a través de la Junta de jubilación para ferroviarios, infórmeles 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.

Información de contacto de la Junta de Jubilación para Ferroviarios (RRB)

Llame al	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Presione “0” para hablar con un representante de la RRB de 9:00 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. Presione “1” para acceder a la Línea de ayuda automática de la RRB y obtener información grabada las 24 horas, incluidos los fines de semana y feriados.
TTY	1-312-751-4701 Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número no son gratuitas.
Sitio web	https://RRB.gov

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

Si usted (o su cónyuge o pareja de hecho) recibe beneficios de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge o pareja de hecho) como parte de este plan, llame al administrador de beneficios de su empleador o sindicato o a Servicios para los Miembros al 1-800-353-3765 si tiene alguna pregunta. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede preguntar acerca de los beneficios de salud, las primas o el período de inscripción de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge o pareja de hecho). Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) si tiene preguntas sobre su cobertura de Medicare en este plan. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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

CAPÍTULO 3:
Cómo utilizar nuestro plan para obtener servicios médicos

SECCIÓN 1 Cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan

En este capítulo, encontrará datos importantes sobre el uso del plan para obtener cobertura para su atención médica. Para obtener más detalles sobre qué tipo de atención médica cubre nuestro plan y cuánto paga usted cuando recibe atención, consulte la Tabla de beneficios médicos en el capítulo 4.

Sección 1.1 Proveedores de la red y servicios cubiertos

- Los **proveedores** son los médicos y otros profesionales de 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 salud, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que han acordado con nosotros aceptar nuestros pagos y su monto de costo compartido como pago pleno. Acordamos con estos proveedores que les 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 consulta con un proveedor de la red, solo paga la parte que le corresponde del costo de los servicios.
- 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. Los servicios cubiertos de atención médica se incluyen en la Tabla de beneficios médicos del capítulo 4. En el capítulo 5, se analizan sus servicios cubiertos para medicamentos con receta.

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

Como plan de salud de Medicare, Elderplan Selecto (HMO-POS I-SNP/IE-SNP) debe cubrir todos los servicios cubiertos por Medicare Original y debe seguir las normas de cobertura de Medicare Original.

Elderplan Selecto (HMO-POS I-SNP/IE-SNP) cubrirá, por lo general, su atención médica siempre y cuando:

- **La atención que reciba está incluida en la Tabla de beneficios médicos de nuestro plan, en el** capítulo 4.
- **La atención que reciba se considere médicamente necesaria**. Médicamente necesario significa que los servicios, suministros, equipos o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o 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 de nuestro plan, debe elegir a un PCP de la red (consulte la sección 2.1 para obtener más información).
  - En general, no es necesario que obtenga la aprobación previa de su PCP para consultar con un especialista dentro o fuera de la red 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 en el hogar certificada, necesitará una autorización de nuestro plan (para obtener información sobre los servicios médicos que necesitan autorización, consulte el capítulo 4). Su PCP puede ayudarlo 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).

- **Debe recibir atención de un proveedor de la red** (consulte la sección 2). En la mayoría de los casos, no se cubrirá la atención que reciba de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no forme parte de la red de nuestro plan). Esto significa que usted tiene que pagarle al proveedor en su totalidad por los servicios que recibe. Existen 4 excepciones*:*
  - Nuestro plan cubre la atención de emergencia o de urgencia que usted reciba de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información y ver qué son los servicios de emergencia y de urgencia, consulte la sección 3.

- Si necesita recibir atención médica que Medicare exige que cubra nuestro plan, pero no hay especialistas 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. Si se ofrece un beneficio dentro y fuera de la red, usted o su proveedor deben comunicarse con el plan para confirmar si se requiere autorización. En este caso, usted paga lo mismo que pagaría 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.

- Nuestro 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 de nuestro plan o cuando su proveedor para este servicio no está disponible o no es posible comunicarse con él temporalmente. El costo compartido que paga a nuestro plan para diálisis nunca puede ser mayor que el costo compartido de Medicare Original. Si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan y recibe diálisis de un proveedor que no pertenece a la red de nuestro plan, su costo compartido no puede ser mayor que el costo compartido que paga dentro de la red. Sin embargo, si su proveedor habitual de diálisis dentro de la red no está disponible temporalmente y usted elige recibir servicios dentro de nuestra área de servicio de un proveedor fuera de la red de nuestro plan, su costo compartido para la diálisis puede ser mayor.
- Conforme a la opción de punto del servicio (POS), puede usar proveedores fuera de la red para obtener servicios y beneficios cubiertos 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 POS. Para obtener más información sobre estos servicios y cómo utilizarlos, consulte la sección 2.4 (Cómo obtener atención médica de proveedores fuera de la red).

SECCIÓN 2 Use proveedores de la red para obtener atención médica

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

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

- ¿Qué es un PCP?
  Cuando le den de alta como miembro de Elderplan Selecto (HMO-POS I-SNP/IE-SNP), deberá 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 internistas y médicos de familia que han aceptado brindar servicios a nuestros miembros en calidad de proveedores de atención primaria.
- El papel que desempeña un PCP en nuestro 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 se convierte en miembro de Elderplan Selecto (HMO-POS I-SNP/IE-SNP), puede elegir un 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, puede seleccionar 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 dentro de la red. 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

Usted puede cambiar de PCP por cualquier motivo y en cualquier momento. También es posible que su PCP deje de estar en la red de proveedores de nuestro plan, y usted deberá elegir un nuevo PCP.

Para cambiar de PCP, llame a Servicios para los Miembros. Cuando llame, asegúrese de informarle a Servicios para los Miembros si está consultando a algún especialista o está recibiendo otros servicios cubiertos en los que su PCP requiera autorizaciones o aprobaciones previas. Servicios para los Miembros se asegurará de que, cuando cambie de PCP, usted pueda seguir recibiendo la atención del especialista, así como los demás servicios que estuviese recibiendo. 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 Atención médica que puede recibir sin una remisión de un 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 mamas, mamografías de control (radiografías de las mamas), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos.
- Vacunas antigripales, vacunas 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 cubiertos por el plan son servicios que requieren atención médica inmediata, pero que no son una emergencia, si se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o si no es razonable, según su tiempo, lugar y circunstancias, obtener este servicio de los proveedores de la red. Como ejemplos de servicios de urgencia están las enfermedades imprevistas y lesiones o exacerbaciones imprevistas de afecciones existentes. Las consultas de rutina médicamente necesarias con el proveedor, como los chequeos anuales, no se consideran de urgencia, incluso si usted se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o si nuestra red del plan no está disponible temporalmente.

- Los servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando está temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan. Si es posible, llame a Servicios para los Miembros al 1-800-353-3765 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) antes de abandonar el área de servicio, así podremos ayudarle a coordinar para que reciba la diálisis de mantenimiento mientras se encuentre fuera.
- Consultas a proveedores especialistas del plan, excepto para los especialistas mencionados en la sección 2.3.

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. Por ejemplo:

- Los oncólogos atienden a pacientes con cáncer.
- Los cardiólogos atienden a pacientes con afecciones del corazón.
- Ortopedistas: atienden 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 usando nuestro Directorio de proveedores y farmacias, disponible en www.elderplan.org. También puede llamar a Servicios para los Miembros (los números de teléfono se encuentran impresos en la portada posterior de este documento).

- ¿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. Se necesita remisión antes de consultar con los siguientes especialistas:
        - Servicios de especialistas médicos (cardiología, neumonología, medicina vascular)
        - Otros proveedores de atención médica
        - Servicios de radiografías para pacientes externos (radiología intervencionista, cateterismo cardíaco)

- ¿Qué debe hacer si necesita una 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 decisión.

Cuando 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) de la red de nuestro plan. Si su médico o especialista deja de participar en nuestro plan, usted tiene estos derechos y protecciones:

- 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 de salud conductual deja de participar en el plan, le notificaremos si visitó a ese proveedor en los últimos 3 años.

  - Si alguno de sus otros proveedores deja de participar en nuestro plan, le notificaremos si se le asignó el proveedor, si actualmente recibe atención de él o si lo visitó en los últimos 3 meses.

- Lo ayudaremos a elegir un nuevo proveedor calificado de la red para que reciba atención continua.
- Si está recibiendo tratamiento médico o terapias con su proveedor actual, tiene derecho a pedir que se le sigan recibiendo el tratamiento o las terapias médicamente necesarios. Trabajaremos con usted para que pueda seguir recibiendo atención.
- Le daremos información sobre los períodos de inscripción disponibles y las opciones que puede 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 nuestro plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a elegir un nuevo proveedor para que administre su atención.

- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no está siendo administrada de manera apropiada, tiene derecho a presentar una queja sobre la calidad de la atención ante la QIO, un reclamo sobre la calidad de la atención a nuestro 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 Medicare Original. 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:

- Paciente internado (enfermedades agudas)
- Servicios de atención médica en el hogar
- Servicios de médicos de atención primaria
- Servicios de quiropráctica
- Servicios de terapia ocupacional
- Servicios de especialistas médicos

- Servicios especializados de salud mental (sesiones individuales y grupales)
- Servicios de podiatría
- Servicios de psiquiatría (sesiones individuales y grupales)
- Servicios de patología del habla y del lenguaje y fisioterapia
- Procedimientos y pruebas de diagnóstico
- Servicios de laboratorio
- Servicios de radiología 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)
- Servicios preventivos cubiertos por Medicare
- Prueba de detección de glaucoma
- Tacto rectal
- Electrocardiograma posterior a una consulta de bienvenida
- Capacitación para el autocontrol de la diabetes
- Prueba de detección de glaucoma
- Exámenes de la vista cubiertos por Medicare
- Anteojos cubiertos por Medicare

- Exámenes de la audición cubiertos por Medicare
- Otros servicios de profesionales de salud
- Acupresión suplementaria, acupuntura suplementaria y atención quiropráctica de rutina
- Servicios de podiatría de rutina

Para algunos tipos de servicios, su médico necesitará la aprobación por adelantado (una "autorización previa") de nuestro plan. Para obtener más información sobre para qué servicios "se requiere 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, los planes deben cubrir los servicios de diálisis para los miembros de ESRD que hayan viajado fuera del área de servicio de nuestro plan y no puedan acceder a proveedores de ESRD contratados.

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

Sección 3.1 Obtenga atención si tiene una emergencia médica

Una **emergencia médica** es cuando usted, o cualquier 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), la pérdida de una extremidad o de su funcionalidad o la pérdida o el 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 la necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios, y de cualquier proveedor con licencia estatal apropiada, incluso si no forma 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 deberán 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.

Servicios cubiertos en 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.

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 condición 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 cree que su salud está en grave peligro) y que el médico le diga 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 diga que *no* se trataba de una emergencia, cubriremos la atención médica adicional *solo* si la recibe de alguna de estas 2 formas:

- Usted acude a un proveedor de la red para obtener la atención médica adicional, o
- La atención que recibe se considera atención de urgencia y usted sigue las normas para obtener esta atención de urgencia.

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

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

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.

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

Sección 3.3 Obtenga atención durante un desastre

Si el gobernador de su estado, la Secretaría de Salud y Servicios Humanos de los 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 nuestro plan.

Visite www.elderplan.org para obtener información sobre cómo recibir la atención que necesita durante un desastre.

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.

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

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

Sección 4.1 Si nuestro plan no cubre los servicios, usted debe pagar el costo total

Elderplan Selecto (HMO-POS I-SNP/IE-SNP) cubre todos los servicios médicamente necesarios según la tabla de beneficios médicos del capítulo 4. Si recibe servicios que no están cubiertos por nuestro plan o si recibe servicios fuera de la red sin autorización, usted es responsable de pagar el costo total de los servicios.

En el caso de los servicios cubiertos que tienen un límite para los beneficios, también paga el costo total de los servicios que reciba después de utilizar 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 y fuera de la red combinados de gastos no cubiertos. Puede llamar a Servicios para los Miembros cuando desee saber cuánto ya usó de su límite de beneficios.

SECCIÓN 5 Servicios médicos en un estudio de investigación clínica

Sección 5.1 ¿Qué es un estudio de investigación clínica?

Un estudio de investigación clínica (también 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. 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 participa en un estudio aprobado por Medicare, Medicare Original 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 de ese ensayo. Si pagó más, por ejemplo, si ya pagó el monto de costo compartido de Medicare Original, le reembolsaremos la diferencia entre lo que pagó y el costo compartido de la red. Deberá presentarnos la documentación para mostrarnos cuánto pagó.

Si quiere participar en cualquier estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, no es necesario que nos lo comunique ni que obtenga nuestra aprobación o de 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 nuestro plan. (Esto no se aplica a los beneficios cubiertos que requieren un ensayo o registro clínico para evaluar el beneficio, incluidos ciertos beneficios que requieren cobertura con desarrollo de pruebas [NCD-CED] y estudios de exención de dispositivos de investigación [IDE]. Estos beneficios también pueden estar sujetos a autorización previa y a otras normas del plan).

Si bien no necesita la autorización de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica, 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 Quién paga los servicios en un estudio de investigación clínica

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

- Habitación y comida en un hospital que Medicare pagaría incluso si 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 pague la parte que le corresponde del costo por estos servicios, nuestro plan pagará la diferencia entre el costo compartido en Medicare Original y su costo compartido dentro de la red como miembro de nuestro plan. Esto significa que usted pagará el mismo monto por los servicios que recibe como parte del estudio igual que el que pagaría si recibiera estos servicios de nuestro plan. Sin embargo, debe presentar la documentación que muestre cuánto costo compartido pagó. Consulte el capítulo 7 para obtener más información sobre cómo presentar una solicitud de pagos.

Ejemplo de costo compartido en un ensayo clínico: Supongamos que tiene un análisis de laboratorio que cuesta $100, como parte del estudio de investigación. La parte que le corresponde de los costos por este análisis es $20 con Medicare Original, pero sería de $10 con nuestro plan. En este caso, Medicare Original pagaría $80 por el examen y usted pagaría el copago de $20 requerido por Medicare Original. Usted debe notificar a nuestro plan que recibió un servicio de ensayo clínico calificado y enviar documentación (como una factura de proveedor) al plan. Nuestro plan entonces le pagaría directamente $10. Esto hace que su pago neto por el análisis sea de $10, el mismo monto que pagaría según los beneficios de nuestro plan.

Cuando usted forma parte de un estudio de investigación clínica, **ni Medicare ni nuestro plan 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 condición médica normalmente exigiera solo una CT.

- Artículos y servicios brindados por los patrocinadores de la investigación, completamente gratuitos para las personas del estudio.

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

Obtenga más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica en la publicación *Medicare y los estudios de investigación clínica (Medicare and Clinical Research Studies)*, que se encuentra disponible en www.Medicare.gov/sites/default/files/2019-09/02226-medicare-and-clinical-research-studies.pdf. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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

Sección 6.1 Una institución religiosa de atención sanitaria no médica

Una institución religiosa de atención sanitaria no médica es un centro que provee atención 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, cubriremos la 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 Cómo obtener atención en 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 médicos *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.
- Nuestro plan solo cubre 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 condición médica que le permitiría recibir los servicios cubiertos correspondientes a la atención para pacientes internados en un hospital o 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 médicos en la sección 2.1 del capítulo 4.

SECCIÓN 7 Normas para la posesión de equipos médicos duraderos

Sección 7.1 Usted no será propietario de los equipos médicos duraderos después de haber realizado una 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 de DME, como los dispositivos protésicos. Usted debe rentar otros tipos de DME.

En Medicare Original, quienes rentan ciertos tipos de DME pueden quedarse con el equipo después de pagar el copago del artículo durante 13 meses. **Como miembro de Elderplan Selecto (HMO-POS I-SNP/IE-SNP), no tendrá posesión de los artículos de DME rentados, independientemente de la cantidad de copagos que realice por el artículo siendo miembro de nuestro plan**. No obtendrá la propiedad incluso si realizó hasta 12 pagos consecutivos por el DME en Medicare Original antes de inscribirse en nuestro plan.

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

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

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

Ejemplo 2: realizó 12 pagos consecutivos o menos por el artículo en Medicare Original y luego se unió a nuestro plan. No obtuvo la propiedad del artículo mientras estuvo en nuestro plan. Luego regresa a Medicare Original. Deberá realizar 13 pagos consecutivos para ser propietario del artículo una vez que se inscribe en Medicare Original. Los pagos que ya haya realizado (ya sea a nuestro plan o a Medicare Original) no se tienen en cuenta.

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

Si reúne los requisitos para la cobertura de equipos de oxígeno de Medicare, Elderplan Selecto (HMO-POS I-SNP/IE-SNP) cubrirá lo siguiente:

- Renta 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 Selecto (HMO-POS I-SNP/IE-SNP) o el equipo de oxígeno ya no es médicamente necesario, el equipo deberá devolverse.

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

Medicare Original requiere que un proveedor de oxígeno le brinde servicios durante 5 años. Durante los primeros 36 meses, usted renta el equipo. Para los 24 meses restantes, el proveedor proporciona el equipo y el mantenimiento (usted sigue siendo responsable del copago de oxígeno). Después de 5 años, puede elegir permanecer con la misma compañía o ir a otra compañía. En este punto, el ciclo de 5 años comienza de nuevo, incluso si permanece con la misma compañía, y nuevamente debe pagar copagos durante los primeros 36 meses. Si se inscribe o deja nuestro plan, el ciclo de 5 años comienza nuevamente.

CAPÍTULO 4: Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

SECCIÓN 1 Cómo comprender los gastos no cubiertos por los servicios cubiertos

La Tabla de beneficios médicos enumera los servicios cubiertos y detalla la cantidad que debe pagar por cada servicio cubierto como miembro de Elderplan Selecto (HMO-POS I-SNP/IE-SNP). En esta sección, también se brinda información sobre los servicios médicos que no están cubiertos.

Sección 1.1 Gastos no cubiertos que posiblemente deba pagar por los servicios cubiertos

Los tipos de gastos no cubiertos que posiblemente deba pagar por los servicios cubiertos incluyen los siguientes:

- **Deducible:** el monto que debe pagar por los servicios médicos antes de que el plan comience a pagar la parte que le corresponde.
- **Copago:** 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 le brinda más información sobre sus copagos).

- **Coseguro:** 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 le brinda más información sobre su coseguro).

La mayoría de las personas que califican para Medicaid o para el programa Beneficiario calificado de Medicare (QMB) nunca pagan deducibles, copagos ni coseguros. Si está en uno de estos programas, asegúrese de presentarle su prueba de elegibilidad de Medicaid o QMB a su proveedor.

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

Los planes Medicare Advantage tienen límites en el monto total que usted tiene que pagar de su bolsillo cada año por los servicios médicos combinados dentro y fuera de la red cubiertos por nuestro plan. Este límite se denomina monto máximo que paga de su bolsillo (MOOP) por servicios médicos. **Para el año calendario 2026, el monto del MOOP es de $7,500.**

Los montos que paga por los copagos y el coseguro para los servicios cubiertos combinados dentro y fuera de la red se tienen en cuenta para el monto máximo combinado de gastos no cubiertos. Los montos que paga por las primas del plan y los medicamentos de la Parte D no se tienen en cuenta para el monto máximo combinado de los gastos no cubiertos. Si llega al monto máximo combinado de gastos no cubiertos de $7,500, ya no deberá pagar más gastos no cubiertos por el resto del año por servicios cubiertos dentro y fuera de la red combinados de la Parte A y de la Parte B. No obstante, debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid o un tercero paguen su prima de la Parte B por usted).

Sección 1.3 Los proveedores no tienen permitido facturarle saldos

Como miembro de Elderplan Selecto (HMO-POS I-SNP/IE-SNP), tiene una protección importante porque solo debe pagar el monto del costo compartido del plan cuando obtiene servicios cubiertos por nuestro plan. Los proveedores no pueden facturarle cargos adicionales, lo que se denomina **facturación de saldos**. Esta protección se aplica incluso si le pagamos al proveedor un monto inferior a lo que el proveedor cobra por un servicio, incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.

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

- Si su costo compartido es un copago (un monto fijo en dólares; por ejemplo, $15.00), usted solo paga dicho monto por cualquier servicio cubierto de un proveedor de la red.
- Si su costo compartido es un coseguro (un porcentaje de los cargos totales), usted nunca paga más que dicho porcentaje. Sin embargo, su costo depende del tipo de proveedor que consulte:
    - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor de la red, paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tarifa de reembolso del plan (esto está determinado en el contrato entre el proveedor y el plan).
    - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor que no pertenece a la red y que participa con Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores participantes. (Nuestro plan cubre servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, por ejemplo, cuando recibe una remisión o para servicios de urgencia).

  - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera la red que no participa con Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores no participantes. (Nuestro plan cubre servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, por ejemplo, cuando recibe una remisión o para emergencias o servicios de urgencia fuera del área de servicio).
- Si cree que un proveedor le ha facturado saldos, llame a Servicios para los Miembros al 1-800-353-3765 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

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

La Tabla de beneficios médicos en las páginas siguientes enumera los servicios cubiertos por Elderplan Selecto (HMO-POS I-SNP/IE-SNP) y lo que usted paga de su bolsillo por cada uno de ellos (la cobertura de medicamentos de la Parte D está en el capítulo 5). Los servicios descritos en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos solo cuando se cumplen estos requisitos:

- Los servicios cubiertos por Medicare deben brindarse de conformidad con las pautas de cobertura de Medicare.

- Sus servicios (incluidos la atención médica, los servicios, los suministros, los equipos y los medicamentos de la Parte B) *deben* ser médicamente necesarios. Médicamente necesario significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o tratamiento de su condición médica y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.
- Para los nuevos inscritos, su plan de atención de MA coordinado debe brindar un período de transición mínimo de 90 días, durante el tiempo en que el nuevo plan MA no puede requerir autorización previa para cualquier curso de tratamiento activo, incluso si el curso de tratamiento era para un servicio que comenzó con un proveedor fuera de la red.
- Usted recibe atención por parte de un proveedor de la red. También puede recibir atención de un proveedor fuera de la red. Su plan tiene una opción de punto de 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 servicios mencionados en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos *solo* si el médico o los demás proveedores 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:

- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Medicare Original. Para algunos de estos beneficios, usted paga *más* en nuestro plan de lo que pagaría en Medicare Original. Por otros, usted paga *menos*. (Para obtener más información sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte su manual *Medicare y Usted 2026 (Medicare & You 2026*). También puede consultarlo en línea en www.Medicare.gov o solicitar una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).
- En el caso de los servicios preventivos cubiertos sin costo por Medicare Original, nosotros también cubrimos esos servicios sin costo para usted. No obstante, si también recibe tratamiento o se somete a un control debido a una condición médica existente durante la consulta en la que recibe el servicio preventivo, se aplicará un copago por la atención recibida para tratar dicha condición médica.

- Si Medicare agrega cobertura para algún nuevo servicio durante el año 2026, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.
- Si se encuentra dentro del período de 1 mes de nuestro plan de elegibilidad continuada estimada, seguiremos proporcionando todos los beneficios cubiertos por el plan y sus montos de costo compartido no cambiarán durante este período.

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 suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas.
    - Trastornos crónicos por consumo de alcohol y otras sustancias (SUD), incluidos, entre otros, los siguientes:
        - Consumo de tabaco y afecciones relacionadas
    - 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

- Enfermedades gastrointestinales crónicas, incluidas, entre otras, las siguientes:
  - Enfermedad inflamatoria intestinal (IBD)
    - Enfermedad de Crohn
    - Colitis ulcerosa
    - Síndrome del intestino irritable (IBS)
    - Celiaquía
    - Enfermedad hepática terminal
    - Hepatitis B
    - Hepatitis C
    - Fibrosis quística
- 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 Waldenström
- 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:
  - Trastornos de bipolaridad
  - Trastornos depresivos graves
  - Trastorno de paranoia
  - Esquizofrenia
  - Trastorno esquizoafectivo
  - Trastornos alimenticios

- 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
- Postrasplante de órganos
- Inmunodeficiencias y trastornos inmunosupresores, incluidos, entre otros, los siguientes:
  - Inmunodeficiencia combinada grave (SCID)
  - Inmunodeficiencia común variable (CVID)
  - Agammaglobulinemia ligada al cromosoma X (XLA)
  - Síndrome de DiGeorge

- Enfermedad granulomatosa crónica (CGD)
- Síndrome de Wiskott-Aldrich
- Deficiencias del complemento

- Afecciones asociadas con el deterioro cognitivo, incluidas, entre otras, las siguientes:
  - Enfermedad de Alzheimer
  - Enfermedad de Parkinson
  - Demencia con cuerpos de Lewy
  - Demencia frontotemporal (FTD)
  - Enfermedad de Huntington
  - Enfermedades priónicas
  - Lesión cerebral traumática (TBI)
  - Delirio
  - Depresión y otras afecciones psiquiátricas
  - Hidrocefalia normotensiva (NPH)
  - Epilepsia
  - Trastornos del sueño
- Afecciones con desafíos funcionales, incluidas, entre otras, las siguientes:
  - Esclerosis múltiple
  - Distrofia muscular
  - Accidente cerebrovascular

- Artritis, incluidas, entre otras, las siguientes:
  - Artritis reumatoidea, osteoartritis

- Afecciones crónicas que afectan la visión, la audición (sordera), el gusto, el tacto y el olfato, incluidas, entre otras, las siguientes.
  - Degeneración macular relacionada con la edad (AMD)
  - Ambliopía
  - Neuritis óptica
  - Enfermedad ocular tiroidea (TED)
  - Síndrome de Usher
  - Enfermedad de Ménière
  - Otosclerosis
  - Enfermedad autoinmune del oído interno (AIED)
  - Neuroma acústico
  - Enfermedad de Lyme
  - Síndrome de Guillain-Barré
  - Síndrome del túnel carpiano
- Afecciones que requieren servicios de tratamiento continuo para que las personas mantengan o conserven el funcionamiento, incluidas, entre otras, las siguientes:
  - Depresión grave

        - Trastorno de estrés postraumático (TEPT)
        - Trastornos de ansiedad graves
        - Trastorno de bipolaridad
        - Parálisis cerebral
    - Enfermedad renal crónica (CKD)
        - Enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) que requiere diálisis
    - Sobrepeso, obesidad y síndrome metabólico
    - Osteoporosis
    - Síndrome de distrofia simpática refleja (RSD)

Elderplan ofrece un beneficio de alimentos, comidas entregadas a domicilio, pagos de ciertos servicios públicos y beneficios de higiene personal para miembros con determinadas afecciones crónicas. Los miembros confirmarán la elegibilidad después de inscribirse en el plan.

- Para obtener más detalles, consulte la fila *Beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas* en la Tabla de beneficios médicos a continuación.
- Comuníquese con nosotros para averiguar exactamente qué beneficios puede recibir según su elegibilidad.

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

Tabla de beneficios médicos

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal Una ecografía de detección única para las personas en riesgo. Nuestro plan solo cubre esta prueba de detección si usted tiene ciertos factores de riesgo y recibe una remisión de parte de su médico, auxiliar médico, enfermero practicante o especialista en enfermería clínica.	**Dentro y fuera de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para miembros elegibles para esta prueba de detección preventiva.
Servicios de acupuntura, servicios de acupresión y servicios de quiropráctica de rutina (no cubiertos por Medicare)	**Dentro y fuera de la red** No se requiere coseguro ni copago para cada consulta. Máximo de 20 consultas para servicios de acupresión, servicios de acupuntura y servicios de quiropráctica de rutina combinados.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Acupuntura para el dolor lumbar crónico Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: Se cubren hasta 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; y • No se asocia al embarazo. Se cubrirán 8 sesiones adicionales para pacientes que demuestren una mejora. No se pueden administrar más de 20 tratamientos de acupuntura por año. Se debe interrumpir el tratamiento si el paciente no mejora o tiene un retroceso.	**Dentro de la red** No se requiere coseguro ni copago para la acupuntura para el dolor lumbar crónico cubierta por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Acupuntura para el dolor lumbar crónico (continuación) **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 cumplen con todos los requisitos estatales vigentes y tienen lo siguiente: • 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	

Servicio cubierto	Lo que paga usted
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.	

Servicio cubierto	Lo que paga usted
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 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 nuestro plan. Si los servicios de ambulancia cubiertos no son para una situación de emergencia, se debe documentar que la condición 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** Coseguro de $100 por cada viaje de ida o vuelta en ambulancia de transporte terrestre. Coseguro del 20% por cada viaje de ida o vuelta en ambulancia de transporte aéreo Se requiere autorización para los servicios que no sean de emergencia.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
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 *de Bienvenida a Medicare*. Sin embargo, no es necesario que haya tenido una consulta de *Bienvenida a Medicare* para tener cobertura para las consultas anuales de bienestar después de haber tenido la Parte B por 12 meses.	**Dentro y fuera de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta anual de bienestar.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Medición de la masa ósea Para las personas que reúnen los requisitos (generalmente, personas en riesgo de pérdida de la masa ósea o de osteoporosis), los siguientes servicios están cubiertos cada 24 meses, o con mayor frecuencia si se trata de procedimientos para identificar la masa ósea, detectar la pérdida ósea o determinar la calidad ósea, incluida la interpretación de los resultados por parte de un médico.	**Dentro y fuera de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para la medición de la masa ósea cubierta por Medicare.
Prueba de detección de cáncer de mama (mamografías) Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Una mamografía inicial entre los 35 y 39 años • Una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres mayores de 40 años • Exámenes clínicos de las mamas una vez cada 24 meses	**Dentro y fuera de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para mamografías de detección cubiertas.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
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. Nuestro 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** Usted paga un copago de $30 por los servicios de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare. Se requiere autorización. Usted paga un copago de $40 por los servicios intensivos de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare. Se requiere autorización.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
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 y fuera de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo para el tratamiento conductual intensivo de enfermedades cardiovasculares.
Prueba de detección de enfermedades cardiovasculares Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas al riesgo elevado de enfermedades cardiovasculares) una vez cada 5 años (60 meses).	**Dentro y fuera 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.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
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 tenido una prueba de Papanicolaou anormal en los últimos 3 años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses	**Dentro y fuera de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos preventivos cubiertos por Medicare.
Servicios de quiropráctica Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Manipulación manual de la columna para corregir una subluxación.	**Dentro y fuera de la red** Copago de $0 para los servicios de quiropráctica cubiertos por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
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 anterior.	**Dentro y fuera 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 quita un pólipo u otro tejido durante la colonoscopia o sigmoidoscopia flexible, el examen de detección se convierte en un examen de diagnóstico.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Prueba de detección de cáncer colorrectal (continuación) • Colonografía por tomografía computarizada para pacientes de 45 años o más que no tengan alto riesgo de cáncer colorrectal y está cubierta cuando hayan pasado al menos 59 meses después del mes en que se realizó la última colonografía por tomografía computarizada de detección, o cuando hayan pasado 47 meses después del mes en que se realizó la última sigmoidoscopia flexible de detección o colonoscopia de detección. Para los pacientes con alto riesgo de cáncer colorrectal, se puede cubrir el pago por una colonografía por tomografía computarizada de detección después de que hayan pasado al menos 23 meses después del mes en que se realizó la última colonografía por tomografía computarizada de detección o la última colonoscopia de detección.	

Servicio cubierto	Lo que paga usted
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 colonografía por tomografía computarizada. • Análisis de sangre oculta en la materia fecal para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 12 meses. • Test 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.	

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Prueba de detección de cáncer colorrectal (continuación) • Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de seguimiento después de una prueba de detección de cáncer colorrectal no invasiva cubierta por Medicare con resultado positivo. • Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una sigmoidoscopia flexible de detección planificada o una colonoscopia de detección que implique la extirpación de tejido u otra materia, u otro procedimiento realizado en relación con la prueba de detección, como resultado de esta y en el mismo encuentro clínico que esta prueba.	

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Servicios dentales En general, los servicios dentales preventivos (como limpiezas, exámenes de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Medicare Original. Sin embargo, Medicare paga los servicios dentales en una serie limitada de circunstancias, específicamente cuando dicho servicio es parte integral del tratamiento específico de una condición médica primaria de la persona. Entre los ejemplos se incluyen la reconstrucción de la mandíbula después de una fractura o lesión, las extracciones dentales realizadas en preparación para la radioterapia contra el cáncer que afecta la mandíbula o los exámenes bucales antes de un trasplante de órganos. Además, cubrimos lo siguiente: **Servicios dentales preventivos y de diagnóstico suplementarios:** • Exámenes bucales • Radiografías dentales	**Dentro de la red** No se requiere coseguro ni copago para los servicios dentales de diagnóstico, preventivos e integrales suplementarios. Usted puede recibir servicios dentales de diagnóstico, preventivos e integrales suplementarios ilimitados por un monto máximo anual de $1,500. Los servicios dentales elegibles son los siguientes: • Exámenes bucales • Radiografías dentales

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Servicios dentales (continuación) • Otros servicios dentales de diagnóstico • Profilaxis (limpieza) • Tratamiento con flúor • Otros servicios dentales preventivos **Servicios dentales integrales suplementarios:** • Servicios de restauración • Endodoncia • Servicios • Prostodoncia (extraíble) • Dispositivos protésicos maxilofaciales • Servicios de implantes • Prostodoncia (dentaduras fijas) • Cirugía bucal y maxilofacial • Ortodoncia • Servicios generales suplementarios	• Otros servicios dentales de diagnóstico • Profilaxis (limpieza) • Tratamiento con flúor • Otros servicios dentales preventivos • Servicios de restauración • Endodoncia • Servicios • Prostodoncia (extraíble) • Dispositivos protésicos maxilofaciales • Servicios de implantes • Prostodoncia (dentaduras fijas)

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Servicios dentales (continuación)	• Cirugía bucal y maxilofacial • Ortodoncia • Servicios generales suplementarios Usted recibirá una tarjeta prepagada para el pago de los servicios dentales de diagnóstico, preventivos e integrales suplementarios. Cualquier cifra en dólares de los beneficios que no se use vence al final del año calendario o si cancela su inscripción en el plan.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Servicios dentales (continuación)	**Servicios dentales integrales:** Coseguro del 20% para los servicios dentales integrales cubiertos por Medicare. Medicare pagará solo determinados servicios dentales que usted reciba mientras está en el hospital. Medicare puede pagar la atención para pacientes internados en un hospital si necesita un procedimiento de emergencia o procedimiento dental complicado.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
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 y fuera de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para una consulta anual de pruebas de detección de depresión.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Prueba de detección de diabetes Cubrimos esta prueba (incluidas pruebas rápidas de glucosa) si tiene alguno de estos factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), niveles históricos anormales de triglicéridos y colesterol (dislipidemia), obesidad o historial de niveles elevados de azúcar en sangre (glucosa). Las pruebas también pueden estar cubiertas si cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso y tener antecedentes familiares de diabetes. Puede ser elegible para un máximo de 2 pruebas de detección de diabetes cada 12 meses después de la fecha del examen de detección de diabetes más reciente.	**Dentro y fuera de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
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: glucómetro, tiras reactivas para análisis de glucosa en sangre, dispositivos de punción y lancetas y soluciones de control de glucosa para verificar la precisión de las tiras reactivas y de los glucómetros.	**Dentro y fuera de la red** • No se requiere coseguro ni copago para los siguientes servicios cubiertos por Medicare: • Capacitación para el autocontrol de la diabetes. • Pruebas de detección de glaucoma.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para pacientes diabéticos (continuación) • Para las personas que padecen diabetes y pie diabético grave: un par de zapatos terapéuticos a medida por año calendario (con los zapatos se incluyen las plantillas ortopédicas) y 2 pares extra de plantillas ortopédicas, o un par de zapatos profundos y 3 pares de plantillas ortopédicas (con los zapatos no se incluyen las plantillas ortopédicas extraíbles que no están hechas a medida). La cobertura incluye la adaptación. • La capacitación para el autocontrol de la diabetes está cubierta en ciertas condiciones.	**Dentro de la red** Copago de $10 para los siguientes servicios cubiertos por Medicare: • Suministros para la diabetes. 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. • Plantillas o zapatos terapéuticos para personas con diabetes.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados (Para ver la definición de equipo médico duradero, consulte el capítulo 12 y el capítulo 3). Los artículos cubiertos incluyen, entre otros: sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, camas de hospital solicitadas por un proveedor para uso en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores de habla, equipos de oxígeno, nebulizadores y andadores. Cubrimos todo DME que sea médicamente necesario cubierto por Medicare Original. 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 de proveedores más actualizada en nuestro sitio web, www.elderplan.org.	**Dentro de la red** Coseguro del 20% por 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 personalizados.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados (continuación)	Usted paga un copago de $0 por los glucómetros continuos Freestyle Libre y los suministros disponibles en las farmacias participantes. Se puede requerir autorización. Su costo compartido para la cobertura del equipo de oxígeno de Medicare es un coseguro del 20% por mes. Su costo compartido no cambiará luego de estar inscrito durante 36 meses.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Atención de emergencia La atención de emergencia hace referencia a los servicios que cumplen con las siguientes características: • Son brindados por un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia, y • Son necesarios para evaluar o estabilizar una condición 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.	Copago de $115 por cada consulta en la sala de emergencias cubierta por Medicare. Si ingresa en el hospital en un plazo de 24 horas por la misma afección, usted no deberá pagar costos compartidos.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Atención de emergencia (continuación) Los costos compartidos para los servicios de emergencia necesarios que recibe fuera de la red son los mismos que cuando recibe estos servicios dentro de la red.	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 ir a un hospital dentro de la red para que se siga cubriendo su atención, *O* 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 costo compartido más alto que pagaría en un hospital de la red.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Programas educativos sobre salud y bienestar **Programa de entrenamiento de la memoria con 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. Los miembros también pueden participar en seminarios web mensuales sobre la salud del cerebro y en una clase en línea sobre la memoria. 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 10:00 a.m. a 7:00 p.m.	**Dentro de la red** No se requiere coseguro ni copago para BrainHQ®.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
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. **Servicios auditivos que no cubre Medicare (una vez por año): Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:** • Exámenes auditivos de rutina • Audífonos, incluidos todos los tipos • Adaptación/evaluación de audífonos	**Dentro y fuera de la red** Sin coseguro, copago ni deducible para los exámenes auditivos de diagnóstico cubiertos por Medicare. **Dentro de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para los exámenes auditivos de rutina, la adaptación/evaluación de audífonos, o los audífonos (todos los tipos) no cubiertos por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Servicios auditivos (continuación)	Asignación anual de $1,000 para exámenes auditivos de rutina, adaptación/evaluación de audífonos y audífonos (todos los tipos). Recibirá una tarjeta de asignación prepaga para exámenes auditivos de rutina, adaptación/evaluación de audífonos y audífonos (todos los tipos). Cualquier cifra en dólares de los beneficios que no se use vence al final del año calendario o si cancela su inscripción en el plan.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Prueba de detección del VIH Para las personas que solicitan una prueba de detección o que tienen alto riesgo de infectarse con el VIH, cubriremos lo siguiente: • Una prueba de detección cada 12 meses. Si está embarazada, cubrimos lo siguiente: • Hasta 3 pruebas de detección durante un embarazo.	**Dentro y fuera de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para miembros elegibles para pruebas de detección de VIH preventivas cubiertas por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Atención médica en el hogar Antes de recibir los servicios de atención médica en el hogar, un médico debe certificar que usted necesita estos servicios y solicitará que una agencia de atención médica en el hogar 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 virtud del beneficio de atención médica en el hogar; los servicios de enfermería especializada y de atención médica en el hogar combinados deben totalizar menos de 8 horas por día y 35 horas por semana).	**Dentro y fuera de la red** No se requiere coseguro ni copago para los servicios de atención brindados por agencias de atención médica en el hogar. Se requiere autorización.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Atención médica en el hogar (continuación) • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Servicios médicos y sociales • Equipos y suministros médicos	

Servicio cubierto	Lo que paga usted
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	**Dentro de la red** Coseguro del 20% para los siguientes servicios cubiertos por Medicare: • Suministros médicos Se requiere autorización. • Equipo médico duradero (DME) 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.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Terapia de infusión intravenosa en el hogar (continuación) • Capacitación y educación para pacientes no cubiertas de otra forma por el beneficio de equipo médico duradero • Monitoreo remoto • 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. Es posible que se requiera autorización para ciertos medicamentos. **Dentro y fuera de la red** No se requiere coseguro ni copago para los siguientes servicios cubiertos por Medicare: • Servicios de atención brindados por agencias de atención médica en el hogar. Se requiere autorización.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Terapia de infusión intravenosa en el hogar (continuación)	• Consultas presenciales con otros profesionales de atención médica. Es posible que se requieran remisiones. Copago de $45 para los siguientes servicios cubiertos por Medicare: • Consultas presenciales con un especialista. Es posible que se requieran remisiones.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
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. Puede recibir atención a través de cualquier programa de hospicio certificado por Medicare. Nuestro plan está obligado a ayudarlo a encontrar programas de hospicio certificados por Medicare en el área de servicio de nuestro plan, incluidos los programas que poseemos, controlamos o en los que tenemos un interés financiero. El médico del hospicio puede ser un proveedor de la red o fuera de la red. 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	**Dentro de la red** Cuando se inscribe en un programa de hospicio certificado por Medicare, los servicios de hospicio y los servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su diagnóstico terminal los paga Medicare Original, y no Elderplan Selecto (HMO-POS I-SNP/IE-SNP). Elderplan Selecto (HMO-POS I-SNP/IE-SNP) pagará una única consulta por asesoramiento antes de que elija el hospicio.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Atención en un hospicio (continuación) Cuando ingresa en un hospicio, tiene derecho a permanecer en nuestro plan; si permanece en nuestro plan, debe continuar pagando las primas del plan. **Para los servicios del hospicio y los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare que se relacionan con su diagnóstico de enfermedad terminal:** Medicare Original (en lugar de nuestro plan) pagará a su proveedor del hospicio por sus servicios de hospicio y cualquier servicio de la Parte A y la Parte B relacionado con su diagnóstico de enfermedad terminal. Mientras esté en el programa de hospicio, el proveedor del hospicio facturará a Medicare Original por los servicios que Medicare Original cubra. Se le facturará el costo compartido de Medicare Original.	

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Atención en un hospicio (continuación) **Para los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare que no se relacionan 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	

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Atención en un hospicio (continuación) • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, usted paga el costo compartido de Medicare Original **Para los servicios cubiertos por Elderplan Selecto (HMO-POS I-SNP/IE-SNP), pero que no están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare:** Elderplan Selecto (HMO-POS I-SNP/IE-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 nuestro plan por estos servicios.	

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Atención en un hospicio (continuación) **Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Parte D del plan:** si estos medicamentos no están relacionados con su condición médica terminal, usted paga el costo compartido. Si están relacionados con su condición médica terminal, usted paga el costo compartido de Medicare Original. Los medicamentos nunca están cubiertos por el hospicio y nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte la sección 9.4 del capítulo 5. **Nota:** si necesita atención no relacionada con un hospicio (atención que no está relacionada con su diagnóstico de enfermedad terminal), comuníquese con nosotros para coordinar los servicios. Nuestro plan cubre los servicios de consulta con hospicios (una única vez) para una persona que padece una enfermedad terminal y no ha optado por el beneficio de hospicios.	

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Inmunizaciones Los servicios de la Parte B cubiertos por Medicare incluyen los siguientes: • Vacunas 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 • Vacunas contra la hepatitis B si tiene un riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B • Vacunas 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 la mayoría de las vacunas para adultos según nuestro beneficio de medicamentos de la Parte D. Consulte la sección 8 del capítulo 6 para obtener más información.	**Dentro y fuera de la red** No hay ningún coseguro, copago o deducible para las vacunas contra la neumonía, la gripe, la hepatitis B y las vacunas contra la COVID-19.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
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 • Costos de las unidades de atención especial (por ejemplo, unidades de atención intensiva o coronaria) • Drogas y medicamentos • Exámenes de laboratorio	**Dentro y fuera de la red** Un período de beneficios comienza el primer día en que usted es internado en un hospital para pacientes internados o centro de enfermería especializada. Usted paga por admisión: • Días 1 a 6: copago de $320 por día • Día 7 en adelante: copago de $0 por día Se requiere autorización.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Atención para pacientes internados en un hospital (continuación) • 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	

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Atención para pacientes internados en un hospital (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 de trasplante pueden ser locales o fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de trasplantes 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 trasplantes estén dispuestos a aceptar la tarifa de Medicare Original.	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.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Atención para pacientes internados en un hospital (continuación) • Si Elderplan Selecto (HMO-POS I-SNP/IE-SNP) brinda servicios de trasplante en un lugar fuera de sus patrones comunitarios de atención para trasplantes y usted elige recibir el trasplante en este lugar alejado, coordinaremos o pagaremos los costos de alojamiento y transporte correspondientes para usted y un acompañante. • Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre total y concentrado de glóbulos rojos solo comienza con la cuarta pinta de sangre que necesite. Debe pagar por las 3 primeras pintas de sangre que reciba en un año calendario, o donar la sangre usted mismo o pedirle a alguien más que done. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta de sangre. • Servicios médicos.	

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Atención para pacientes internados en un hospital (continuación) **Nota:** para ser un paciente internado, el proveedor debe hacer una orden por escrito para que lo ingresen de manera formal como paciente internado en el hospital. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente externo. Si no está seguro de si es un paciente internado o externo, pregúntele al personal del hospital. Obtenga más información en la hoja de datos de Medicare *Beneficios hospitalarios de Medicare*. Esta hoja de datos se encuentra disponible en línea en www.Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.	

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico Los servicios cubiertos incluyen servicios de atención de salud mental que requieren hospitalización. 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** Un período de beneficios comienza el primer día en que usted es internado en un hospital para pacientes internados o centro de enfermería especializada. Usted paga por admisión: • Días 1 a 6: copago de $250 por día • Día 7 en adelante: copago de $0 por día Se requiere autorización.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Hospitalización de pacientes internados: servicios cubiertos que recibe 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. 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: • Servicios médicos. • Exámenes de diagnóstico (como análisis de laboratorio). • Radiografías, tratamiento con radio e isótopos, incluidos los servicios y materiales de los técnicos. • Vendajes quirúrgicos. • Las tablillas, los yesos y otros dispositivos utilizados para reducir las fracturas y dislocaciones.	No se requiere coseguro ni copago para los siguientes servicios cubiertos por Medicare: • Servicios de proveedores de atención primaria (PCP). • Servicios de laboratorio. • Procedimientos y exámenes de diagnóstico. • Servicios de radiografías Es posible que se requiera autorización para ciertos servicios de radiografías. Es posible que se requieran remisiones.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Hospitalización de pacientes internados: servicios cubiertos que recibe en un hospital o un SNF durante una hospitalización no cubierta (continuación) • Las prótesis y los 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. • Dispositivos ortopédicos para piernas, brazos, espalda y cuello; trusas; y piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos ajustes, reparaciones y sustituciones que se necesiten debido a roturas, desgaste, pérdida o cambio en el estado físico del paciente. • La fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional	• Se requiere autorización para tomografías computarizadas (CT). Se requiere un copago de $45 para los siguientes servicios cubiertos por Medicare: • Servicios de especialistas. Es posible que se requieran remisiones.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Hospitalización de pacientes internados: servicios cubiertos que recibe en un hospital o un SNF durante una hospitalización no cubierta (continuación)	Se requiere un copago de $75 para los siguientes servicios cubiertos por Medicare: • Servicios de radiología de diagnóstico. Se requiere autorización solo para tomografías por emisión de positrones (PET), imágenes por resonancia magnética (MRI) y angiografías por resonancia magnética (MRA). • Servicios de radiología terapéutica.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Hospitalización de pacientes internados: servicios cubiertos que recibe en un hospital o un SNF durante una hospitalización no cubierta (continuación)	Se requiere un coseguro del 20% para los siguientes servicios cubiertos por Medicare: • suministros médicos Se requiere autorización. • Dispositivos protésicos Se requiere autorización. Se requiere un copago de $35 para los siguientes servicios cubiertos por Medicare por consulta: • Terapia ocupacional por consulta. Se requiere autorización.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Hospitalización de pacientes internados: servicios cubiertos que recibe en un hospital o un SNF durante una hospitalización no cubierta (continuación)	Se requiere un copago de $40 para los siguientes servicios cubiertos por Medicare por consulta. • Fisioterapia o servicios de patología del habla/lenguaje. Se requiere autorización.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
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 tratamiento nutricional clínico en virtud de Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier otro 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 y fuera de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para miembros elegibles para servicios de tratamiento médico nutricional cubiertos por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP) **Los servicios de MDPP están cubiertos para las personas elegibles 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 y fuera de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio del MDPP.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Medicamentos de la Parte B de Medicare **La Parte B de Medicare Original 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, servicios hospitalarios para 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** Coseguro del 20% para medicamentos con receta de la Parte B de Medicare. Es posible que se requiera autorización para ciertos medicamentos. 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 su deducible.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Medicamentos de la Parte B de Medicare (continuación) • El medicamento de Alzheimer, Leqembi® (nombre genérico lecanemab), que se administra intravenosamente. Además de los costos de los medicamentos, es posible que necesite exámenes y pruebas adicionales antes o durante el tratamiento que pudieran sumarse a sus costos generales. Consulte con su médico sobre qué exámenes y pruebas es posible que necesite como parte de su tratamiento. • Factores de coagulación que se administra uno mismo por medio de una inyección si tiene hemofilia.	

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Medicamentos de la Parte B de Medicare (continuación) • Medicamentos inmunosupresores/para trasplantes: Medicare cubre la terapia de medicamentos para trasplante si Medicare pagó por el trasplante de órganos. Debe tener la Parte A en el momento del trasplante cubierto, y debe tener la Parte B en el momento de obtener medicamentos inmunosupresores. La cobertura de medicamentos de la Parte D de Medicare cubre medicamentos inmunosupresores si la Parte B no los cubre. • Medicamentos inyectables para la osteoporosis si usted no puede salir de su casa, tiene una fractura ósea que el médico confirma que se relacionó con la osteoporosis posmenopáusica y no puede administrarse usted mismo el medicamento.	

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Medicamentos de la Parte B de Medicare (continuación) • Algunos antígenos: Medicare cubre antígenos si un médico los prepara y una persona adecuadamente capacitada (que podría ser usted, el paciente) los brinda bajo la supervisión apropiada. • Determinados medicamentos orales para el tratamiento del cáncer: Medicare cubre algunos medicamentos orales que toma por la boca si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable o el medicamento es un profármaco (una forma oral de un medicamento que, cuando se ingirió, rompe con los mismos ingredientes activos que se encuentran en el medicamento inyectable) del medicamento inyectable. A medida que hay nuevos medicamentos para el cáncer disponibles, la Parte B puede cubrirlos. Si la Parte B no los cubre, la Parte D sí lo hace.	

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Medicamentos de la Parte B de Medicare (continuación) • Medicamentos orales contra las náuseas: Medicare cubre los medicamentos orales para las náuseas que usted utiliza como parte de un régimen de quimioterapia si se administran antes o dentro de las 48 horas de la quimioterapia, o si se utilizan como un reemplazo terapéutico completo para un medicamento intravenoso contra las náuseas. • Determinados medicamentos orales para la enfermedad renal terminal (ESRD) cubiertos por la Parte B de Medicare. • Calcimiméticos y aglutinantes de fosfatos según el sistema de pago de ESRD, incluido el medicamento intravenoso Parsabiv® y el medicamento oral Sensipar®.	

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Medicamentos 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) y anestésicos tópicos. • Agentes estimuladores de la eritropoyesis: Medicare cubre la eritropoyetina por vía inyectable si usted padece enfermedad renal en fase terminal (ESRD) o si necesita este medicamento para tratar la anemia asociada a ciertas afecciones (por ejemplo, Epogen®, Procrit®, Retacrit®, Epoetina alfa, Aranesp®, Darbepoetina alfa, Mircera® o Metoxipolietilenglicol-epoetina beta). • Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento a domicilio de deficiencias inmunitarias primarias. • Nutrición parenteral y enteral (alimentación intravenosa y por sonda).	

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Medicamentos de la Parte B de Medicare (continuación) También cubrimos algunas vacunas según la Parte B y la mayoría de las vacunas para adultos según nuestro beneficio de medicamentos de la Parte D. En nuestro capítulo 5 se explica el beneficio de los medicamentos de la Parte D, incluidas las normas que usted debe cumplir para que se cubran las recetas. En el capítulo 6, se explica lo que le corresponde pagar por los medicamentos de la Parte D a través de nuestro plan.	

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Prueba de detección y tratamiento de la obesidad para promover la pérdida de peso sostenida Si tiene un índice de masa corporal mayor a 30, cubriremos el 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 y fuera de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para pruebas de detección de obesidad y tratamientos preventivos.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Servicios del programa 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 Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los EE. UU. • Suministro y administración de medicamentos para el 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** Coseguro del 20% para los servicios de tratamiento para dejar los opioides.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
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 • Las tablillas, los yesos y otros dispositivos utilizados para reducir las fracturas y dislocaciones. • Exámenes de laboratorio	**Dentro y fuera de la red** No se requiere coseguro ni copago para los siguientes servicios cubiertos por Medicare: • Servicios de laboratorio. • Procedimientos y exámenes de diagnóstico. • Servicios de radiografías Es posible que se requiera autorización para ciertos servicios de radiografías. Es posible que se requiera una remisión.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Exámenes de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos (continuación) • Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre total y 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 Selecto (HMO-POS I-SNP/IE-SNP) cubre las primeras tres pintas de sangre sin costo para usted en un entorno para pacientes externos.	• Se requiere autorización para tomografías computarizadas (CT). Se requiere un copago de $45 para los siguientes servicios cubiertos por Medicare: • Servicios de especialistas. Es posible que se requieran remisiones.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Exámenes de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos (continuación) • Pruebas de diagnóstico no realizadas en laboratorio, como tomografías computarizadas, resonancias magnéticas, electrocardiogramas y tomografías por emisión de positrones, cuando su médico u otro proveedor de atención médica las recetan para tratar un problema de salud. • Otros exámenes de diagnóstico para pacientes externos.	Se requiere un copago de $75 para los siguientes servicios cubiertos por Medicare: • Servicios de radiología de diagnóstico. Se requiere autorización solo para tomografías por emisión de positrones (PET), imágenes por resonancia magnética (MRI) y angiografías por resonancia magnética (MRA). • Servicios de radiología terapéutica.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Exámenes de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos (continuación) • Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre total y 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 Selecto (HMO-POS I-SNP/IE-SNP) cubre las primeras tres pintas de sangre sin costo para usted en un entorno para pacientes externos.	

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Exámenes de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos (continuación) • Pruebas de diagnóstico no realizadas en laboratorio, como tomografías computarizadas, resonancias magnéticas, electrocardiogramas y tomografías por emisión de positrones, cuando su médico u otro proveedor de atención médica las recetan para tratar un problema de salud. • Otros exámenes de diagnóstico para pacientes externos.	

Servicio cubierto	Lo que paga usted
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 y fuera de la red** Copago de $200 por los servicios hospitalarios de observación para pacientes externos cubiertos por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
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. Obtenga más información en la hoja de datos de Medicare *Beneficios hospitalarios de Medicare*. Esta hoja de datos se encuentra disponible en línea en www.Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.	

Servicio cubierto	Lo que paga usted
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 y fuera de la red** Usted paga un copago para los siguientes servicios cubiertos por Medicare: • Copago de $185 para servicios hospitalarios para pacientes externos. • Copago de $35 por consulta para servicios de terapia ocupacional. Se requiere autorización. • Copago de $40 para terapia ocupacional, fisioterapia o servicios de patología del habla/lenguaje por consulta. Se requiere autorización.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
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.	No se requiere coseguro ni copago para las siguientes consultas presenciales: • Servicios de laboratorio. • Procedimientos y exámenes de diagnóstico. • Servicios de radiografías Es posible que se requiera autorización para ciertos servicios de radiografías. Es posible que se requieran remisiones. **Dentro de la red** No se requiere coseguro ni copago para servicios de sangre para pacientes externos.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Servicios hospitalarios para pacientes externos (continuación)	Usted paga un copago para los siguientes servicios cubiertos por Medicare: • Copago de $70 para los servicios de hospitalización parcial. Se requiere autorización. Se requiere un coseguro del 20% para los siguientes servicios cubiertos por Medicare: • suministros médicos Se requiere autorización. • Dispositivos protésicos Se requiere autorización.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Servicios hospitalarios para pacientes externos (continuación)	• Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare. Es posible que se requiera autorización para ciertos medicamentos.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
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 y fuera de la red** Copago de $50 para sesiones individuales y grupales de especialidades de salud mental cubiertas por Medicare. Se requiere autorización. Copago de $45 por sesiones individuales y grupales de servicios de psiquiatría cubiertas por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
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** Copago de $35 por consulta para servicios de terapia ocupacional. Se requiere autorización. Copago de $40 para servicios de fisioterapia o patología del habla/lenguaje por consulta. Se requiere autorización.
Servicios para trastornos por el 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** Coseguro del 20% para sesiones individuales y grupales por abuso de sustancias cubiertas por Medicare para pacientes externos.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
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 redacte 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 y fuera de la red** Copago de $185 para una cirugía para pacientes externos en un hospital para pacientes externos. Copago de $100 para una cirugía para pacientes externos en un centro quirúrgico ambulatorio. Es posible que se requiera una remisión.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Productos de venta libre (OTC) Los miembros reciben una tarjeta de OTC con un monto máximo mensual proporcionado por Elderplan Selecto (HMO-POS I-SNP/IE-SNP) para comprar los 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. La tarjeta de productos de venta libre (OTC) 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.	Puede comprar hasta $175 por mes de productos de OTC elegibles. El saldo de la tarjeta de OTC no se puede transferir al siguiente mes. El beneficio de OTC cubre pruebas de COVID-19 y el spray nasal Naloxona en algunas farmacias o comercios minoristas. El beneficio de OTC se combina con los Beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (SSBCI) para los miembros elegibles.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
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, terapeuta, un terapeuta de familia y matrimonio licenciado (LMFT) o un consejero profesional licenciado y es una alternativa a la hospitalización como paciente internado.	**Dentro de la red** Copago de $70 para servicios de hospitalización parcial y servicios intensivos para pacientes externos. Se requiere autorización.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Servicios de hospitalización parcial y servicios intensivos para pacientes externos (continuación) 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 del médico, terapeuta, un terapeuta de familia y matrimonio licenciado (LMFT) o un consejero profesional licenciado, pero menos intenso que la hospitalización parcial.	

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Servicios médicos o profesionales, incluidas las consultas presenciales con el médico Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Servicios quirúrgicos o de atención médica necesarios que recibe en un consultorio médico, centro quirúrgico ambulatorio certificado, departamento para pacientes externos de un hospital o cualquier otra ubicación. • Consulta, diagnóstico y tratamiento por parte de un especialista. • Exámenes auditivos y relacionados con el equilibrio básicos realizados por su PCP *O* especialista, si el médico así lo indica para determinar si usted necesita tratamiento médico. • 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.	**Dentro y fuera de la red** No se requiere coseguro ni copago para las siguientes consultas presenciales: • Servicios de proveedores de atención primaria (PCP). • Servicios de otros profesionales de atención médica. Es posible que se requieran remisiones. • Servicios de endocrinólogo. Es posible que se requieran remisiones. • Servicios de urólogo. Es posible que se requieran remisiones.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Servicios médicos o profesionales, incluidas las consultas presenciales con el médico (continuación) • El control no está relacionado con una consulta en los últimos 7 días. • El control no implica una consulta al 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. • 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.	Se requiere un copago de $45 para los siguientes servicios cubiertos por Medicare: • Servicios de proveedores especialistas. Es posible que se requiera una remisión.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Servicios médicos o profesionales, incluidas las consultas presenciales con el médico (continuación) • Consulta que su médico tiene con otros médicos por teléfono, Internet o expediente médico electrónico • Segunda opinión antes de una cirugía. Elderplan Selecto (HMO-POS I-SNP/IE-SNP) además cubre lo siguiente: **Servicios de telesalud** • Determinados servicios de telesalud, incluidos los siguientes: o Servicios de urgencia o Servicios del proveedor de atención primaria o Servicios de especialistas médicos o Servicios especializados de salud mental (sesiones individuales y grupales) o Servicios de psiquiatría (sesiones individuales y grupales)	**Dentro de la red** Usted paga los siguientes costos compartidos por los siguientes servicios de telesalud: • Copago de $0 por servicios de proveedores de atención primaria (PCP). • Copago de $40 por servicios de urgencias.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Servicios médicos o profesionales, incluidas las consultas presenciales con el 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 telesalud, debe usar un proveedor de la red que ofrezca el servicio a través de telesalud. • 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.	• Copago de $45 por consultas a especialistas. • Copago de $50 por servicios especializados de salud mental (sesiones individuales y grupales). • Copago de $45 por servicios de psiquiatría (sesiones individuales y grupales).

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Servicios médicos o profesionales, incluidas las consultas presenciales con el 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 concurrente, 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 6 meses antes de su primera consulta de telesalud. • Tiene una consulta en persona cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud.	

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Servicios médicos o profesionales, incluidas las consultas presenciales con el médico (continuación) • Las excepciones se pueden hacer al mismo para ciertas circunstancias. • Servicios de telesalud para consultas de salud mental brindadas por clínicas de salud rurales y centros federales de salud calificados	

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Servicios de podiatría Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (por ejemplo, dedo en martillo o espolones calcáneos). • Atención de rutina de los pies para los miembros que padecen determinadas condiciones médicas que comprometen las extremidades inferiores. **Servicios de podiatría suplementarios** • Hasta 6 consultas de atención para los pies de rutina por año	**Dentro y fuera de la red** Copago de $10 para servicios de podiatría cubiertos por Medicare. Copago de $10 para servicios combinados de podiatría suplementarios (atención para los pies de rutina, hasta seis consultas por año).

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Profilaxis preexposición (PrEP) para la prevención del VIH Si no tiene VIH, pero su médico u otro profesional de atención médica determina que tiene un mayor riesgo de contraerlo, cubrimos los medicamentos para la profilaxis previa a la exposición (PrEP) y los servicios relacionados. Si reúne los requisitos, los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Medicamentos PrEP orales o inyectables aprobados por la FDA. Si va a recibir un medicamento inyectable, también cubrimos el costo por inyectarse el medicamento. • Hasta 8 sesiones de asesoramiento individual (que incluyen evaluación del riesgo de VIH, reducción del riesgo de infección por VIH y seguimiento del cumplimiento del tratamiento) cada 12 meses.	**Dentro y fuera de la red** Sin coseguro, copago ni deducible para lo el beneficio de PrEP.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Profilaxis preexposición (PrEP) para la prevención del VIH (continuación) • Hasta 8 pruebas de detección del VIH cada 12 meses. Una prueba de detección del virus de la hepatitis B de una sola vez.	
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 y fuera de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para una prueba de antígeno prostático (PSA). No se requiere coseguro ni copago para los servicios preventivos de exámenes de tacto rectal cubiertos por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Dispositivos ortésicos y protésicos y suministros relacionados Dispositivos (no dentales) que reemplazan una función o parte del cuerpo parcial o totalmente. Estos incluyen, entre otros, la prueba, ajuste o capacitación para el uso de dispositivos ortésicos y protésicos; así como las bolsas de colostomía y los artículos directamente relacionados con la atención de la colostomía, los marcapasos, las férulas, los zapatos protésicos, los miembros artificiales, las prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico para después de una mastectomía). Incluye ciertos suministros relacionados con los dispositivos protésicos y ortésicos 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 tabla).	**Dentro de la red** Coseguro del 20% para dispositivos protésicos y suministros médicos. Se requiere autorización.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
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** Copago de $25 para servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare Se requiere autorización.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Prueba de detección y asesoramiento para disminuir el abuso de alcohol Cubrimos una prueba de detección de abuso de alcohol para adultos (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, puede obtener hasta cuatro sesiones breves personales de asesoramiento por año (si usted es competente y está alerta durante el asesoramiento) brindado por un médico o profesional de atención primaria calificado en un establecimiento de atención primaria.	**Dentro y fuera 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.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
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 de al menos 20 paquetes por año y ser fumadores actualmente o haber dejado de fumar en los últimos 15 años. Además, deben recibir una orden de parte de un médico o un profesional no médico calificado para realizarse una LDCT durante una consulta de asesoramiento sobre la prueba de detección de cáncer de pulmón y una visita de toma de decisiones compartidas que cumplan con los criterios de Medicare para dichas consultas.	**Dentro y fuera 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.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
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:* los miembros deben recibir una orden para realizarse una prueba de detección de cáncer de pulmón con una LDCT, que puede proporcionar un médico o profesional no médico calificado durante cualquier consulta apropiada. Si un médico o profesional no médico calificado elige realizar una consulta de asesoramiento y de toma de decisiones compartidas para realizar una prueba de detección de cáncer de pulmón con LDCT posterior, la consulta debe cumplir con los criterios de Medicare.	

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Prueba de detección de infección por el virus de la hepatitis C Cubrimos una prueba de detección de hepatitis C si su médico de atención primaria u otro proveedor de atención médica calificado ordena una y usted cumple con una de estas condiciones: • Tiene un alto riesgo porque usa o ha usado drogas ilícitas de inyección. • Recibió transfusiones de sangre antes de 1992. • Nació entre los años 1945 y 1965. Si nació entre 1945 y 1965 y no se considera de alto riesgo, pagaremos una sola prueba de detección. Si usted pertenece a un grupo de alto riesgo (por ejemplo, si ha seguido utilizando drogas inyectables de forma ilícita desde su última prueba de detección de hepatitis C con resultado negativo), cubrimos las pruebas de detección anuales.	**Dentro y fuera de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para pruebas de detección del virus de hepatitis C cubiertas por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
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. También cubrimos hasta 2 sesiones personales superintensivas de asesoramiento conductual de 20 a 30 minutos por año para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de infecciones por ETS. Solo cubriremos estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo si las suministra un proveedor de atención primaria y se realizan en un centro de atención primaria, como el consultorio de un médico.	**Dentro y fuera de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para beneficios preventivos para pruebas de detección de ETS y asesoramiento sobre estas, cubiertos por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Servicios para tratar enfermedades renales Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Servicios educativos sobre la enfermedad renal para enseñar sobre el cuidado del riñón y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas sobre su cuidado. En el caso de los miembros con enfermedad renal crónica en la etapa IV, cuando son remitidos por su médico, cubrimos hasta seis sesiones de servicios educativos sobre la enfermedad renal de por vida. • 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).	**Dentro de la red** Copago de $55 para los siguientes servicios (para tratar enfermedades renales): • Servicios de diálisis. Coseguro del 20% para los siguientes servicios (para tratar enfermedades renales): • Servicios educativos sobre la enfermedad renal.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Servicios para tratar enfermedades renales (continuación) • 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. • 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).	• Equipo médico duradero (DME). La autorización se requiere para ciertos artículos que son similares, pero no están limitados a equipos o artículos de alto costo, motorizados y personalizados. • Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare. Es posible que se requiera autorización para ciertos medicamentos.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Servicios para tratar enfermedades renales (continuación) Algunos medicamentos para la diálisis están cubiertos por la Parte B de Medicare. Para obtener información sobre la cobertura de estos medicamentos, consulte la sección correspondiente en la tabla de **medicamentos de la Parte B** de Medicare.	

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Atención en un centro de enfermería especializada (SNF) (En el capítulo 12 encontrará una definición de atención de un centro de enfermería especializada, que suele denominarse SNF). 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. • Medicamentos administrados como parte de nuestro plan de atención (esto incluye sustancias naturalmente presentes en el organismo, como los factores de la coagulación de la sangre).	**Dentro de la red** El plan cubre hasta 100 días por cada período de beneficios (no se requiere una hospitalización previa de 3 días como mínimo por una enfermedad o lesión relacionadas). Usted paga por admisión: • Días 1 a 20: copago de $0 por día. • Días 21 a 100: copago de $214 por día. • Día 101 en adelante: usted paga todos los costos.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Atención en un centro de enfermería especializada (SNF) (continuación) • Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre total y 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. • Suministros médicos y quirúrgicos normalmente provistos por los SNF. • 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.	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. 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. Se requiere autorización.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Atención en un centro de enfermería especializada (SNF) (continuación) • Servicios de médicos o profesionales. En general, usted obtendrá la atención de SNF en centros de la red. En determinadas condiciones que se detallan más abajo, es posible que pueda pagar el costo compartido dentro de la red por un centro que no sea proveedor de la red, si dicho centro acepta los montos de pago de nuestro plan. • Un hogar de personas mayores 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.	

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Servicios para dejar de fumar y consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco) Los servicios de asesoramiento para dejar de fumar y de consumir tabaco están cubiertos para pacientes externos y hospitalizados que cumplen con estos criterios: • Si consume tabaco, independientemente de si tiene signos o síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco • Son competentes y están alerta durante el asesoramiento • Un médico calificado u otro profesional reconocido por Medicare brinda asesoramiento Cubrimos dos intentos al año (cada intento puede incluir un máximo de cuatro sesiones intermedias o intensivas, el paciente puede recibir hasta ocho sesiones al año).	**Dentro y fuera 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.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas Los miembros elegibles para los Beneficios suplementarios 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: • Ciertos pagos de servicios públicos • Comestibles • Higiene personal Los miembros que no son elegibles para los Beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (SSBCI) solo recibirán cobertura para medicamentos sin receta y de venta libre.	**Dentro de la red** No se requiere coseguro ni copago para los Beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas. Este beneficio de SSBCI se combina con el beneficio de OTC para cubrir determinados pagos de facturas de teléfono celular como parte de la asignación mensual de OTC.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (continuación) La cobertura combinada de OTC de hasta $175 por mes estará disponible en forma mensual. 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.	

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Terapia de ejercicio supervisado (SET) El SET está cubierto para los miembros con enfermedad arterial periférica sintomática (PAD) y una remisión para PAD del médico responsable del tratamiento de PAD. Se cubren hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa SET. El programa SET debe: • Consistir en sesiones de 30-60 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** Copago de $20 para cada sesión de SET (para PAD) cubierta por Medicare. Se requiere autorización.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
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.	

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Licencia terapéutica Los miembros del plan tienen hasta cinco días de licencia terapéutica cubiertos por año calendario. La licencia de cama terapéutica hace referencia a cualquier estadía durante la noche fuera del Centro de enfermería especializada (SNF) o residencias de vivienda asistida (ALF) para la cual el plan de salud proporciona un reembolso por día cuando la ausencia del paciente se debe a una licencia terapéutica. Esta licencia debe ser congruente con un plan de atención indicado por un profesional de atención médica tratante o debido a otras licencias, independientemente del índice de ocupación del SNF o de la ALF en el momento de la licencia.	**Dentro de la red** No se requiere coseguro ni copago para la licencia terapéutica.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Servicios de transporte (no cubiertos por Medicare)	**Dentro de la red** No se requiere coseguro ni copago para el transporte no cubierto por Medicare. Puede recibir viajes de ida o vuelta ilimitada a ubicaciones relacionadas con la salud aprobadas por el plan hasta $1,000 por trimestre (3 meses) en taxi, servicios de viaje compartido, autobús/metro, camioneta y transporte médico. Cualquier beneficio que no se use en dólares vence al final del trimestre o si cancela su inscripción en el plan.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Servicios de transporte (no cubiertos por Medicare) (continuación)	La tarjeta de transporte no cubierta por Medicare es solo para uso personal, no se puede vender o transferir, y no tiene valor en efectivo.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Servicios de urgencia Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata que no es una emergencia es un servicio de urgencia si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan, o bien, incluso si se encuentra dentro del área de servicio, si es razonable acceder a dicho servicio a través de los proveedores de la red, teniendo en cuenta el lugar, el momento y las circunstancias. Nuestro plan debe cubrir los servicios de urgencia y solo cobrar el costo compartido dentro de la red. Como ejemplos de servicios de urgencia están las enfermedades imprevistas y lesiones o exacerbaciones imprevistas de afecciones existentes. Las consultas de rutina médicamente necesarias con el proveedor, como los chequeos anuales, no se consideran de urgencia, incluso si usted se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o si nuestra red del plan no está disponible temporalmente.	**Dentro de la red** Copago de $40 por cada consulta de servicios de urgencia.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
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. Medicare Original no cubre exámenes de la vista de rutina (refracciones de la vista) para anteojos/lentes de contacto. • Para las personas con alto riesgo de glaucoma, cubriremos una prueba de detección de glaucoma cada año. Entre las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma, se incluyen las siguientes: las personas con antecedentes familiares de glaucoma, las personas diabéticas, los afroamericanos de 50 años o más y los hispanoamericanos de 65 años o más.	**Dentro y fuera de la red** No se requiere coseguro ni copago para exámenes de la vista preventivos y de diagnóstico cubiertos por Medicare (incluidos exámenes de la vista si usted tiene diabetes, pruebas de glaucoma y pruebas y tratamiento de degeneración macular). Copago de $0 para un par de anteojos o lentes de contacto cubiertos por Medicare luego de una cirugía de cataratas (no están sujetos al monto máximo de $150).

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Atención de la vista (continuación) • Para las personas con diabetes, se cubre una prueba de detección de retinopatía diabética por año. • Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluya la colocación de una lente intraocular. Si necesita dos operaciones de cataratas por separado, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía y comprar dos pares de anteojos después de la segunda cirugía. **Otros servicios cubiertos incluyen lo siguiente:** • Asignación de $150 para exámenes de la vista de rutina y anteojos.	**Dentro de la red** Asignación de $150 anual para exámenes de la vista de rutina y anteojos. Recibirá una tarjeta de asignación prepaga para exámenes de la vista de rutina y anteojos. Cualquier cifra en dólares de los beneficios que no se use vence al final del año calendario o si cancela su inscripción en el plan.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Consulta preventiva Bienvenido a Medicare Nuestro 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 realice su cita, infórmele al consultorio de su médico que desea programar su consulta preventiva *de Bienvenido a Medicare*.	**Dentro y fuera de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta preventiva *Bienvenido a Medicare*.

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

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

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

Si usted obtiene servicios que están excluidos (no cubiertos), deberá pagarlos usted mismo, excepto en los casos específicos que figuran a continuación. Aun 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 5.3 del capítulo 9).

Servicios no cubiertos por Medicare	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.
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.	No cubiertos en ninguna situación

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubiertos solo en situaciones específicas
Procedimientos, equipos y medicamentos experimentales y quirúrgicos Los procedimientos y artículos experimentales son aquellos artículos y procedimientos que Medicare Original determina que no son aceptados, generalmente, por la comunidad médica.	Medicare Original 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	No cubiertos en ninguna situación
Atención de enfermería de tiempo completo en su casa	No cubiertos en ninguna situación
Comidas a domicilio	No cubiertos en ninguna situación

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubiertos solo en situaciones específicas
Los servicios de empleada doméstica incluyen ayuda básica del hogar, como servicio doméstico o preparación de comidas livianas	No cubiertos en ninguna situación
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
Artículos personales en su habitación en un hospital o centro de enfermería especializada, como un teléfono o televisor	No cubiertos en ninguna situación
Habitación privada en el hospital	Solo se cubre cuando es médicamente necesario.

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubiertos solo en situaciones específicas
Reversión de procedimientos de esterilización o suministros contraceptivos no recetados	No cubiertos en ninguna situación
Queratotomía radial, cirugía LASIK y otros dispositivos de ayuda para baja visión	Un par de anteojos con una montura estándar (o un conjunto de lentes de contacto) después de cada cirugía de cataratas que incluya la colocación de una lente intraocular.
Servicios considerados no razonables ni necesarios, según las normas de Medicare Original	No cubiertos en ninguna situación

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

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

Consulte la Tabla de beneficios médicos en el capítulo 4 para ver los beneficios de medicamentos de la Parte B de Medicare y los beneficios de medicamentos en un hospicio.

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

- Debe pedirle a un proveedor (médico, odontólogo u otra persona autorizada a dar recetas) que escriba una receta 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 nuestra red para obtener sus medicamentos con receta (consulte la sección 2), o también puede solicitar su receta a través del servicio de envío por correo de nuestro plan).
- El medicamento debe estar en la Lista de medicamentos del plan (consulte la sección 3).

- 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 FDA o respaldado por ciertas referencias. (Si desea obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada, consulte la sección 3).
- Es posible que su medicamento requiera la autorización de nuestro plan según ciertos criterios antes de que podamos aceptar cubrirlo. (Si desea obtener más información, consulte la sección 4 de este capítulo).

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

En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta están cubiertos *solo* si los obtiene en las farmacias de la red del plan. (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 nuestro plan para proveer sus medicamentos cubiertos. El término "medicamentos cubiertos" significa todos los medicamentos de la Parte D que se encuentran en la Lista de medicamentos del plan.

Sección 2.1 Farmacias de la red

Cómo encontrar una farmacia de la red en su área

Para encontrar una farmacia de la red, visite el *Directorio de proveedores y farmacias*, visite nuestro sitio web (www.elderplan.org) o llame a Servicios para los Miembros al 1-800-353-3765 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Puede acudir a cualquiera de las farmacias de nuestra red.

Si su farmacia deja de formar parte de la red

Si la farmacia que usa abandona la red de nuestro plan, tendrá que buscar una nueva farmacia de la red. Para encontrar otra farmacia en su área, obtenga ayuda de Servicios para los Miembros al 1-800-353-3765 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visite el *Directorio de proveedores y farmacias*. También puede encontrar información en nuestro sitio web en www.elderplan.org

Farmacias especializadas

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 intravenosa en el hogar. Consulte el Directorio de proveedores y farmacias para encontrar en su área un proveedor de farmacia de aplicación de infusiones en el hogar. Para obtener más información, llame a Servicios para los Miembros al 1-800-353-3765.
- 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 hogar de personas mayores) tienen su propia farmacia. Si tiene dificultades para obtener medicamentos de la Parte D en un centro de LTC, llame a Servicios para los Miembros al 1-800-353-3765 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).
- 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 FDA para ciertos lugares o que demandan un manejo especial, la coordinación del proveedor o el aprendizaje sobre su uso. Para encontrar una farmacia especializada, busque en su *Directorio de proveedores y farmacias* www.elderplan.org o llame a Servicios para los Miembros al 1-800-353-3765 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Sección 2.2 Servicio de pedidos por correo del plan

Para determinados tipos de medicamentos, puede utilizar nuestro 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 condición médica crónica o prolongada. Los medicamentos que no están disponibles a través del servicio de pedido por correo de nuestro plan 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 póngase en contacto 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, como mucho, 5 a 7 días hábiles. Sin embargo, a veces puede haber demoras. Si su proveedor le indica que comience a tomar un medicamento, puede obtener otra receta de su proveedor y obtener un suministro para 30 días en una farmacia local. Usted deberá pagar el costo compartido que se aplique tanto para el medicamento con receta que obtenga en la farmacia de pedidos por correo como para el suministro de los medicamentos 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 verificar 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 CVS/Caremark al 1-866-490-2102, durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

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 CVS/Caremark al 1-866-490-2102, durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

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 usted responda cada vez que la farmacia lo contacte para informar si debe enviar, retrasar o cancelar el nuevo medicamento con receta.

Para cancelar las entregas automáticas de medicamentos con receta nuevos recibidos directamente del consultorio de su proveedor de atención médica, póngase en contacto con nosotros iniciando sesión en su cuenta de Caremark.com o llamando a CVS/Caremark al 1-866-490-2102, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

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 necesite más medicamento. Usted puede cancelar los resurtidos si tiene suficiente medicamento o si el medicamento ha cambiado.

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. De esta forma, nos aseguramos de que su pedido se envíe a tiempo.

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

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

Sección 2.3 Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo

Cuando obtiene un suministro de medicamentos a largo plazo, su costo compartido puede ser menor. Nuestro plan ofrece dos formas 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 aquellos 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* www.elderplan.org, se detallan las farmacias de la red que proporcionan suministros a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar a Servicios para los Miembros al 1-800-353-3765 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información.
2. También puede recibir medicamentos de mantenimiento a través de nuestro programa de pedidos por correo. Consulte la sección 2.3 para obtener más información.

Sección 2.4 Usar una farmacia que no está en la red del plan.

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. También contamos con farmacias de la red fuera del área de servicio, en las que puede obtener medicamentos con receta como miembro de nuestro plan. **Consulte primero con Servicios para los Miembros llamando al 1-800-353-3765 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)** para ver si hay alguna farmacia de la red cerca.

Cubrimos los medicamentos con receta obtenidos en una farmacia fuera de la red solo en las siguientes circunstancias:

- 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 este caso, usted deberá pagar el costo total (en lugar de pagar el copago/coseguro) cuando surte su medicamento con 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.

- Cobertura que obtiene cuando viaja o se encuentra fuera del área de servicio del plan. Si toma un medicamento con receta de forma regular y está por viajar, asegúrese de comprobar el suministro del medicamento antes de salir. Siempre que sea posible, lleve todos los medicamentos que necesitará. Es posible que pueda pedir los medicamentos con receta con anticipación a través de una farmacia de la red que brinde el servicio de pedidos por correo o a través de un servicio de pedido por correo 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.
    - 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 portada posterior de este folleto). 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.

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. (Consulte la sección 2 del capítulo 7 para saber cómo solicitar un reembolso al plan). 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.

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

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

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

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

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 FDA para el diagnóstico o la afección para la cual se le receta; o
- Esté respaldado por determinadas referencias, como American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de Información DRUGDEX de Micromedex.

Medicamentos que no están en la Lista de medicamentos

Nuestro plan no cubre todos los medicamentos con receta.

- En algunos casos, la ley no permite que ningún plan de Medicare cubra ciertos tipos de medicamentos. (Para obtener más información, consulte la sección 7).
- En otros casos, 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 Cinco niveles de costo compartido para los medicamentos que se encuentran en la Lista de medicamentos

Todos los medicamentos de la Lista de medicamentos de nuestro plan se encuentran en uno de los 5 niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor sea el nivel, mayor será el costo del medicamento que le corresponderá pagar.

- Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos (nivel de costo compartido más bajo)
- Nivel 2: medicamentos genéricos
- Nivel 3: medicamentos de marca preferidos
- Nivel 4: medicamentos no preferidos

- Nivel 5: medicamentos de nivel especializado (nivel de costo compartido más alto)

Para saber en qué nivel de costo compartido está su medicamento, consulte la Lista de medicamentos de nuestro plan. En el capítulo 6, se muestra el monto que paga por los medicamentos en cada nivel de costo compartido.

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

Para averiguar si un medicamento está en la Lista de medicamentos, tiene las siguientes opciones:

- Revise la Lista de medicamentos más reciente que le enviamos de manera electrónica. (La Lista de medicamentos incluye información sobre los medicamentos cubiertos que son más comúnmente utilizados por nuestros miembros. Cubrimos medicamentos adicionales que no están incluidos en la Lista de medicamentos. Si algún medicamento no está en la lista, visite nuestro sitio web o llame a Servicios para los Miembros al 1-800-353-3765 [los usuarios de TTY deben llamar al 711] para averiguar si lo cubrimos).
- Visite el sitio web del plan (www.elderplan.org). La Lista de medicamentos del sitio web siempre es la más actualizada.

- Llame a Servicios para los Miembros al 1-800-353-3765 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para averiguar si un medicamento en particular está en la Lista de medicamentos de nuestro plan o solicite una copia de la lista.
- Use la "Herramienta de beneficios en tiempo real" (www.caremark.com) para buscar medicamentos en la Lista de medicamentos y ver un valor estimativo de lo que pagará y si hay medicamentos alternativos en la Lista de medicamentos que podrían tratar la misma afección. También puede llamar a Servicios para los Miembros al 1-800-353-3765 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

SECCIÓN 4 Medicamentos con restricciones de la cobertura

Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?

Para ciertos medicamentos con receta, existen normas especiales que restringen cómo y cuándo nuestro plan los cubre. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrolló estas normas para alentarlo a usted y a su proveedor a usar los medicamentos de la 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 de nuestro plan están destinadas a alentarlo a usted y a su proveedor a usar esa opción más económica.

Tenga en cuenta que, a veces, un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra Lista de medicamentos. Esto se debe a que los mismos medicamentos pueden variar 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 o 100 mg, uno por día frente o dos por día, comprimido o líquido).

Sección 4.2 Tipos de restricciones

Si hay una restricción para su medicamento, por lo general significa que usted o su proveedor debe seguir pasos adicionales para que nosotros cubramos el medicamento. Comuníquese con Servicios para los Miembros al 1-800-353-3765 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para saber qué pueden hacer usted o su proveedor para obtener cobertura para el medicamento**. Si desea pedirnos que eliminemos la restricción, debe usar el proceso de decisiones de cobertura para solicitarnos una excepción.** Podemos no estar de acuerdo en eliminar la restricción. (Consulte el capítulo 9).

Cómo obtener la aprobación del plan por adelantado

Para determinados medicamentos, usted o su proveedor deben obtener la autorización del plan según criterios específicos 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. Los criterios de autorización previa de nuestro plan se pueden obtener llamando a Servicios para los Miembros al 1-800-353-3765 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o en nuestro sitio web www.elderplan.org.

Cómo probar un medicamento diferente primero

Este requisito lo alienta a probar medicamentos menos costosos que, generalmente, son igual de eficaces antes de que nuestro plan le brinde cobertura para otro medicamento. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma condición médica, el plan puede solicitar que primero pruebe el medicamento A. Si nuestro 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**. Los criterios de tratamiento escalonado de nuestro plan se pueden obtener llamando a Servicios para los Miembros al 1-800-353-3765 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o en nuestro sitio web www.elderplan.org.

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 puede hacer si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera 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, y que no está en nuestra lista de medicamentos, o tiene ciertas restricciones. Por ejemplo:

- El medicamento puede no estar cubierto en absoluto. O tal vez una versión genérica del medicamento tenga cobertura, pero la versión de marca que desea tomar no está cubierta.
- El medicamento está cubierto, pero se aplican normas o restricciones adicionales respecto de la cobertura.
- Se cubre el medicamento, pero se encuentra en un nivel de costo compartido que hace que su parte de los costos sea más alta de lo que cree que debería ser.

Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que hace que sus costos sean más altos de lo que cree que deberían ser, consulte la sección 5.1 para obtener información sobre lo que puede hacer.

Si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o está restringido, existen las siguientes 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.

Para ser elegible para un suministro temporal, el medicamento que toma **ya no debe estar en la Lista de medicamentos del plan** O **ahora tiene 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 estuvo en nuestro plan el año pasado,** cubriremos un suministro temporal del medicamento durante los primeros **90 días** del año calendario.
- Este suministro temporal será para un máximo de 30 días de suministro. Si su receta está indicada para menos días, permitiremos obtener varias veces los medicamentos hasta llegar a un suministro máximo del medicamento para 30 días. El medicamento con receta debe obtenerse en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que una farmacia de atención a largo plazo puede proporcionarle el medicamento en menores cantidades por vez para evitar el uso indebido).
- **Para los miembros que estuvieron en nuestro 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. Cubriremos más de un resurtido de estos medicamentos durante los primeros 90 días después de haber ingresado en el centro de LTC.
- 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.

Si tiene preguntas sobre un suministro temporal, llame a Servicios para los Miembros al 1-800-353-3765 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

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 2 opciones:

Opción 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. Llame a Servicios para los Miembros al 1-800-353-3765 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma condición médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que funcione para usted.

Opción 2. Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitarle 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 toma 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 del medicamento antes de que el cambio entre en vigencia.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, la sección 6.4 del capítulo 9 le dice qué hacer. Explica los procedimientos y plazos establecidos por Medicare para asegurarse de que su solicitud se maneje en forma inmediata y justa.

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

Si un medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera muy alto, puede hacer lo siguiente:

Puede cambiar a otro medicamento

Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera muy alto, hable con su proveedor. Es posible que haya un medicamento diferente en un nivel de costo compartido inferior que podría funcionar igual de bien para usted. Llame a Servicios para los Miembros al 1-800-353-3765 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma condición médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que funcione para usted.

Puede solicitar una excepción

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

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, consulte la sección 6.4 del capítulo 9 para saber qué hacer. Explica los procedimientos y plazos establecidos por Medicare para asegurarse de que su solicitud se maneje en forma inmediata y justa.

Los medicamentos especializados del Nivel 5 no son elegibles para este tipo de excepción. No bajamos el monto del costo compartido para los medicamentos en este nivel.

SECCIÓN 6 La Lista de medicamentos puede tener modificaciones durante el año

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

- **Agregar o quitar medicamentos de la Lista de medicamentos.**
- **Pasar un medicamento a un nivel de costo compartido más alto o más bajo.**
- **Agregar o quitar una restricción en la cobertura para un medicamento.**
- **Reemplazar un medicamento de marca por una versión genérica del medicamento.**

- **Reemplazar un producto biológico original con una versión intercambiable biosimilar del producto biológico.**

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

Información sobre cambios en la cobertura de medicamentos

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

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

- **Agregar medicamentos nuevos a la Lista de medicamentos y eliminar de inmediato o hacer cambios en un medicamento similar de la Lista de medicamentos.**

- Cuando agreguemos una nueva versión de un medicamento a la Lista de medicamentos, podremos quitar inmediatamente un medicamento similar de la Lista de medicamentos, pasar el medicamento similar a un nivel de costo compartido diferente, agregar restricciones nuevas, o ambas cosas. La nueva versión del medicamento estará en el mismo nivel de costo compartido o en uno inferior y con las mismas o menos restricciones.
- Haremos estos cambios inmediatos solo si agregamos una nueva versión genérica de un medicamento de marca, o añadimos ciertas versiones nuevas biosimilares de un producto biológico original, que ya estaba en la Lista de medicamentos.
- Es posible que hagamos estos cambios de inmediato y le informemos más adelante, incluso si usted está tomando el medicamento al que se le realizan los cambios o que se quita. Si toma el medicamento similar en el momento en que realizamos el cambio, le informaremos sobre cualquier cambio específico que realizamos.

- **Agregar medicamentos a la Lista de medicamentos y eliminar o realizar cambios a un medicamento similar en la Lista de medicamentos.**
    - Cuando agreguemos otra versión de un medicamento a la Lista de medicamentos, podemos quitar un medicamento como de la Lista de medicamentos, pasarlo a un nivel de costo compartido diferente, agregar restricciones nuevas, o ambos. La nueva versión del medicamento estará en el mismo nivel de costo compartido o en uno inferior y con las mismas o menos restricciones.
    - Haremos estos cambios solo si agregamos una nueva versión genérica de un medicamento de marca, o añadimos ciertas versiones nuevas biosimilares de un producto biológico original, que ya estaba en la Lista de medicamentos.
    - Le informaremos al menos 30 días antes de realizar el cambio, o le informaremos sobre el cambio y cubriremos un surtido de 30 días del medicamento que está tomando.

- **Eliminar 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 toma ese medicamento, se lo informaremos después de hacer el cambio.
- **Hacer otros cambios en los medicamentos de 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, nos basamos en advertencias en caja de la FDA o nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare.
    - Le informaremos al menos 30 días antes de realizar estos cambios, o le informaremos sobre el cambio y cubriremos el medicamento que está tomando para 30 días adicionales.

Si realizamos algún cambio en alguno de los medicamentos que está tomando, hable con la persona autorizada a dar recetas acerca de las opciones que funcionen mejor para usted, incluido el cambio de un medicamento diferente para tratar su afección, o solicitar una decisión de cobertura para satisfacer cualquier nueva restricción sobre el medicamento que está tomando. Usted o la persona autorizada a dar recetas pueden pedirnos que sigamos cubriendo el medicamento o la versión del medicamento que toma. Para obtener más información sobre cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción, consulte el capítulo 9.

Cambios en la Lista de medicamentos que no lo 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 en su caso si usted toma el medicamento cuando se realiza el cambio; sin embargo, estos cambios probablemente lo afectarán al 1 de enero del próximo año del plan si permanece en el mismo plan.

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

- Pasamos su medicamento a un nivel de costo compartido más alto.
- Imponemos una nueva restricción para el uso de su medicamento.

- Quitamos su medicamento de la Lista de medicamentos.

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

No le informaremos sobre estos tipos de cambios directamente durante el año actual del plan. Deberá consultar la Lista de medicamentos para el próximo año del plan (cuando la lista 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 Tipos de medicamentos que no cubrimos

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

Si recibe algún medicamento que está excluido, deberá pagarlo usted mismo. 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).

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 no puede cubrir el uso para una *indicación no autorizada* de un medicamento cuando el uso no está respaldado por determinadas referencias, como American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de Información DRUGDEX de Micromedex. El uso para una *indicación no autorizada* es cualquier uso distinto al indicado en la etiqueta de un medicamento aprobado por la FDA.

Además, por ley, las siguientes categorías de medicamentos no están cubiertas por los planes de medicamentos de Medicare:

- Medicamentos sin receta (también denominados medicamentos sin receta).
- 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 exige como condición de venta que los exámenes asociados o servicios de supervisión se compren solamente al fabricante.

Si recibe Ayuda adicional para pagar sus medicamentos con receta, la Ayuda adicional no pagará los medicamentos que normalmente no están cubiertos. Si tiene una cobertura para medicamentos a través de Medicaid, el programa Medicaid de su estado puede cubrir algunos medicamentos con receta que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos 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 surtir una receta

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 del costo de sus medicamentos. Usted le deberá pagar a la farmacia *su* parte del costo cuando retire el medicamento con receta.

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

Si la farmacia no puede obtener 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 de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales

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

Si ingresa en un hospital o en un centro de 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 Como residente en un centro de atención a largo plazo (LTC)

Normalmente, un centro de atención a largo plazo (LTC) (como un hogar de personas mayores) 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* www.elderplan.org para averiguar si la farmacia del centro de LTC o la que utiliza sea parte de nuestra red. Si no es así, o si necesita más información o ayuda, llame a Servicios para los Miembros al 1-800-353-3765 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). 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.

Si usted reside en un centro de LTC y necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos o que tiene algún tipo de restricción, consulte la sección 5 para obtener información sobre cómo obtener un suministro temporal o de emergencia.

Sección 9.3 ¿Qué sucede si también tiene cobertura para medicamentos del plan de un empleador o grupo de jubilados?

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

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

Nota especial sobre la cobertura acreditable:

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

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

Guarde los avisos sobre la cobertura acreditable, ya que es posible que los necesite más adelante para demostrar que mantuvo la cobertura acreditable. Si no recibió un aviso de cobertura acreditable, solicite una copia a su empleador, el administrador de beneficios del plan de jubilados o al sindicato.

Sección 9.4 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 relacionados 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.

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

Llevamos a cabo revisiones sobre los usos de medicamentos para ayudar a garantizar que nuestros miembros reciban 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 similar para tratar la misma afección.
- Medicamentos que pueden no ser seguros o apropiados debido a su edad o sexo.
- Ciertas combinaciones de medicamentos que podrían 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 10.1 Programa de manejo de medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a usar de forma segura 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 varias recetas o farmacias, o si tuvo una sobredosis de opioides hace poco, es posible que hablemos con sus recetas para asegurarnos de que su uso de los medicamentos opioides sea apropiado y médicamente necesario. Si, al trabajar con las personas autorizadas a recetar, decidimos que su uso de medicamentos opioides o benzodiazepinas con receta puede no ser seguro, podemos limitar la forma en que puede obtener esos medicamentos. Si lo colocamos en nuestro DMP, las limitaciones pueden ser:

- 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 una determinada persona autorizada a dar recetas.

- Limitar la cantidad de medicamentos opioides o benzodiazepinas que le 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 decirnos qué personas autorizadas a recetar o farmacias prefiere usar, y cualquier otra información que, en su opinión, sea 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, automáticamente enviaremos 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 condiciones médicas, como dolor relacionado con el cáncer 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 10.2 Programa de manejo del tratamiento farmacológico (MTM) para ayudar a los miembros a administrar los medicamentos

Tenemos un programa que puede ayudar a nuestros miembros 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 desarrolló el programa para nosotros, para ayudarnos a asegurarnos de que nuestros miembros obtengan el beneficio más grande de los medicamentos que toman.

Algunos miembros que tienen ciertas enfermedades crónicas y toman medicamentos que sobrepasan una cantidad específica de costos de medicamentos o que están en un DMP para ayudarlos a usar opioides de forma segura, pueden obtener 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. Guarde su lista de medicamentos actualizada con usted (por ejemplo, con su n.º de 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 preguntas sobre este programa, llame a Servicios para los Miembros al 1-800-353-3765 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

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

SECCIÓN 1 Lo que le corresponde pagar por los medicamentos de la Parte D

Si usted participa en un programa que le ayuda a pagar sus medicamentos, **es posible que haya información que no aplique para usted en la *Evidencia de cobertura* sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D.** 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 C*láusula 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 al 1-800-353-3765 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicite la *Cláusula adicional LIS*.

En este capítulo usamos el término “medicamento” en el sentido de un medicamento con receta de la Parte D. No todos los medicamentos son medicamentos de la Parte D. Algunos medicamentos están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y otros medicamentos están excluidos de la cobertura de Medicare por ley.

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. En el capítulo 5 se explican estas normas. Cuando utiliza la "Herramienta de beneficios en tiempo real" de nuestro plan para buscar la cobertura para medicamentos (www.caremark.com), el costo que ve muestra un valor estimativo de los gastos no cubiertos que se espera que usted deba pagar. También puede obtener información proporcionada por la "Herramienta de beneficios en tiempo real" llamando a Servicios para los Miembros al 1-800-353-3765 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Sección 1.1 Tipos de gastos no cubiertos que posiblemente deba pagar por los medicamentos cubiertos

Hay tres tipos diferentes de gastos no cubiertos por los medicamentos cubiertos de la Parte D 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 nos corresponde.
- El **copago** es un monto fijo que paga cada vez que obtiene un medicamento con receta.
- El **coseguro** es un porcentaje del costo total que paga cada vez que obtiene un medicamento con receta.

Sección 1.2 Cómo calcula Medicare los gastos no cubiertos

Medicare tiene normas acerca de lo que cuenta y lo que no cuenta para los costos de gastos no cubiertos. Estas son las normas que debemos seguir para llevar un registro de los costos de gastos no cubiertos.

Estos pagos se incluyen en los costos de gastos no cubiertos

Los costos de gastos no cubiertos incluyen 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):

- La cantidad que usted paga por medicamentos cuando se encuentra en las siguientes etapas de pago de medicamentos:
  - La Etapa del deducible.
  - La Etapa de cobertura inicial.
- Cualquier pago que efectuó durante este año calendario como miembro de otro plan de medicamentos de Medicare diferente antes de inscribirse en nuestro plan.
- Cualquier pago por sus medicamentos realizado por familiares o amigos.

- Cualquier pago realizado por sus medicamentos por Ayuda Adicional de Medicare, los planes de salud del empleador o sindicato, el Servicio de Salud para Indígenas, los programas de asistencia de medicamentos para el sida, los Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica (SPAP) y la mayoría de las organizaciones benéficas

Pasar a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas

Cuando usted (o los que pagan en su nombre) haya pagado gastos no cubiertos por un total de $2,100 en el año calendario, pasará de la Etapa de cobertura inicial a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

Estos pagos no se incluyen en los gastos no cubiertos

Los gastos no cubiertos **no incluyen** ninguno de estos tipos de pagos:

- La prima mensual de su plan.
- 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.

- Medicamentos que no pertenecen a la Parte D, incluidas las vacunas y los medicamentos con receta cubiertos por la Parte A o la Parte B y otros medicamentos excluidos de la cobertura por Medicare.
- Pagos que usted realiza por medicamentos que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare.
- Pagos de sus medicamentos hechos por ciertos planes de seguro y programas de salud financiados por el gobierno, como TRICARE y Administración de Salud de Veteranos (VA).
- 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).
- Pagos realizados por los fabricantes de medicamentos en virtud del Programa de descuentos del fabricante

Recordatorio: si cualquier otra organización como las mencionadas anteriormente paga parte o la totalidad de los gastos no cubiertos de medicamentos, debe informar a nuestro plan llamando a Servicios para los Miembros al 1-800-353-3765 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Seguimiento de los gastos no cubiertos totales

- La *Explicación de los beneficios (EOB) de la Parte D* que recibe incluye el monto actual de los gastos no cubiertos. Cuando este monto alcance los $2,100, la *EOB de la Parte D* le dirá que salió de la Etapa de cobertura inicial y pasó a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos**. Consulte la sección 3.1 para obtener información sobre lo que puede hacer para asegurarse de que nuestros registros de lo que gastó estén completos y actualizados.

SECCIÓN 2 Etapas de pago de medicamentos para los miembros de Elderplan Selecto (HMO-POS I-SNP/IE-SNP)

Hay **3 etapas de pago de medicamentos** para su cobertura de medicamentos conforme a Elderplan Selecto (HMO-POS I-SNP/IE-SNP). El monto que usted paga por cada medicamento con receta depende de la etapa en que se encuentre cuando surte o resurte una receta. En este capítulo se explican los detalles de cada etapa. Las etapas son:

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

SECCIÓN 3 La Explicación de beneficios (EOB) de la Parte D explica la etapa de pago en la que se encuentra

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

- **Gastos no cubiertos:** esta es la cantidad que pagó. Esto incluye lo que usted pagó cuando recibe un medicamento cubierto de la Parte D, cualquier pago por sus medicamentos realizado por familiares o amigos y todo pago realizado por sus medicamentos por Ayuda adicional de Medicare, empleador o planes de salud de un sindicato, Servicios de Salud para Indígenas, programas de asistencia de medicamentos para el sida, organizaciones benéficas y la mayoría de los Programas estatales de asistencia farmacéutica (SPAP).
- **Costos totales de los medicamentos**: es el total de todos los pagos realizados por sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Incluye lo que el plan pagó, lo que pagó y lo que otros programas u organizaciones pagaron por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

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

- **Información para ese mes**. Este informe 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.** Esto 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.** Esto muestra el precio total de los medicamentos e información sobre los cambios en los precios desde el primer surtido para cada reclamación de receta de la misma cantidad.
- **Medicamentos con receta alternativos de menor costo disponibles.** Esto muestra información sobre otros medicamentos disponibles con costos compartidos más bajos para cada reclamación de medicamentos con receta, si corresponde.

Sección 3.1 Ayúdenos a mantener al día nuestra información sobre sus pagos de los medicamentos

Para hacer un seguimiento de los costos de sus medicamentos y de los pagos que efectúa por estos, utilizamos los registros que recibimos de las farmacias. 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 ayuda a asegurarnos de que sabemos acerca de los medicamentos con receta que surte y lo que paga.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** Es posible que, en ocasiones, usted deba pagar el costo total de un medicamento con receta. En estos casos, no obtendremos automáticamente la información que necesitamos para llevar un registro de los gastos no cubiertos. Para ayudarnos a mantener un registro de los gastos no cubiertos, debe darnos copias de sus recibos. **Ejemplos de cuándo debe darnos copias de sus recibos de los medicamentos:**
    - Cuando compre un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o usa una tarjeta de descuento que no sea parte del beneficio de nuestro plan.

- Cuando pague un copago por medicamentos proporcionados en virtud de un programa de asistencia del fabricante del medicamento para el paciente.
- Cada vez que compre medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red o pague el precio total de un medicamento cubierto en circunstancias especiales.
- Si se le factura por un medicamento cubierto, puede pedirle a nuestro plan que pague la parte que nos corresponde del costo. Para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo, consulte la sección 2 del capítulo 7.

- **Envíenos información sobre los pagos que terceros realizan por usted.** Los pagos efectuados por otras personas u organizaciones también se tienen en cuenta para los gastos no cubiertos. Por ejemplo, para los gastos no cubiertos, 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 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 obtenga la *EOB de la Parte D*, revísela para asegurarse de que la información sea correcta y esté completa. Si cree que falta algo o tiene preguntas, llame a Servicios para los Miembros al 1-800-353-3765 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Asegúrese de guardar estos informes.

SECCIÓN 4 La Etapa del deducible

No hay deducible para Elderplan Selecto (HMO-POS I-SNP/IE-SNP). Usted comienza en la Etapa de cobertura inicial cuando obtiene el primer medicamento con receta del año. Para obtener información sobre su cobertura en la Etapa de cobertura inicial, consulte la sección 5.

SECCIÓN 5 La Etapa de cobertura inicial

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

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

Nuestro plan tiene 5 niveles de costo compartido

Todos los medicamentos de la Lista de medicamentos de nuestro plan se encuentran en uno de los cinco niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor sea el nivel de costo compartido, mayor será el costo del medicamento que le corresponderá pagar:

- Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos (nivel de costo compartido más bajo). Usted paga $0 por mes de suministro por cada medicamento, incluida la insulina cubierta en este nivel.
- Nivel 2: medicamentos genéricos. Usted paga $2 por mes por cada medicamento, incluida la insulina cubierta en este nivel.
- Nivel 3: medicamentos de marca preferidos. Usted paga $25 por mes de suministro por cada medicamento, incluido el producto de insulina cubierto en este nivel.
- Nivel 4: medicamentos no preferidos. Usted paga $100 por mes de suministro por cada medicamento. Usted paga $35 por mes de un suministro de cada producto de insulina cubierto en este nivel.
- Nivel 5: medicamentos de nivel especializado (nivel de costo compartido más alto). Usted paga un coseguro del 25% por mes para cada medicamento. Usted paga $35 por mes de un suministro de cada producto de insulina cubierto en este nivel.

Para saber en qué nivel de costo compartido está su medicamento, consulte la Lista de medicamentos de nuestro plan.

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 de nuestro plan. Cubrimos medicamentos con receta obtenidos en farmacias fuera de la red solamente en situaciones limitadas. Consulte la sección 2.5 del capítulo 5 para averiguar cuándo cubriremos un medicamento con receta obtenido en una farmacia fuera de la red.
- Nuestra 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* de nuestro plan www.elderplan.org.

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

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

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

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

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

Nivel Costo compartido	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 detalles). (Suministro para 30 días como máximo) Ω
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	Usted paga un copago de $0. Si recibe "Ayuda adicional" para pagar sus medicamentos, puede ser elegible para el costo compartido reducido. Consulte su "Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos (LIS)".	Usted paga un copago de $0. Si recibe "Ayuda adicional" para pagar sus medicamentos, puede ser elegible para el costo compartido reducido. Consulte su "Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos (LIS)".	Usted paga un copago de $0. Si recibe "Ayuda adicional" para pagar sus medicamentos, puede ser elegible para el costo compartido reducido. Consulte su "Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos (LIS)".

Nivel Costo compartido	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 detalles). (Suministro para 30 días como máximo) Ω
Nivel 2: medicamentos genéricos	Usted paga un copago de $2. Si recibe "Ayuda adicional" para pagar sus medicamentos, puede ser elegible para el costo compartido reducido. Consulte su "Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos (LIS)".	Usted paga un copago de $2. Si recibe "Ayuda adicional" para pagar sus medicamentos, puede ser elegible para el costo compartido reducido. Consulte su "Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos (LIS)".	Usted paga un copago de $2. Si recibe "Ayuda adicional" para pagar sus medicamentos, puede ser elegible para el costo compartido reducido. Consulte su "Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos (LIS)".

Nivel Costo compartido	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 detalles). (Suministro para 30 días como máximo) Ω
Nivel 3: medicamentos de marca preferidos	Usted paga: un copago de $25. Si recibe “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos, puede ser elegible para el costo compartido reducido. Consulte su “Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos (LIS)”.	Usted paga: un copago de $25. Si recibe “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos, puede ser elegible para el costo compartido reducido. Consulte su “Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos (LIS)”.	Usted paga: un copago de $25. Si recibe “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos, puede ser elegible para el costo compartido reducido. Consulte su “Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos (LIS)”.

Nivel Costo compartido	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 detalles). (Suministro para 30 días como máximo) Ω
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	Usted paga: un copago de $100. Si recibe “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos, puede ser elegible para el costo compartido reducido. Consulte su “Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos (LIS)”.	Usted paga: un copago de $100. Si recibe “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos, puede ser elegible para el costo compartido reducido. Consulte su “Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos (LIS)”.	Usted paga: un copago de $100. Si recibe “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos, puede ser elegible para el costo compartido reducido. Consulte su “Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos (LIS)”.

Nivel Costo compartido	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 detalles). (Suministro para 30 días como máximo) Ω
Nivel 5: Medicamentos especializados	usted paga: un coseguro del 25%. Si recibe "Ayuda adicional" para pagar sus medicamentos, puede ser elegible para el costo compartido reducido. Consulte su "Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos (LIS)".	usted paga: un coseguro del 25%. Si recibe "Ayuda adicional" para pagar sus medicamentos, puede ser elegible para el costo compartido reducido. Consulte su "Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos (LIS)".	usted paga: un coseguro del 25%. Si recibe "Ayuda adicional" para pagar sus medicamentos, puede ser elegible para el costo compartido reducido. Consulte su "Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos (LIS)".

Ω - 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 8 de este capítulo para obtener más información sobre los costos compartidos de las vacunas de la Parte D.

Sección 5.3 Si su médico le receta un suministro para menos de un mes completo, es posible que no deba pagar el costo del suministro 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 recete y a su farmacéutico que le entregue un suministro para menos de un mes completo, si esto le ayudará a planificar mejor las fechas de resurtido.

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. Calculamos la cantidad que paga por día por su medicamento (el costo compartido diario) y lo multiplicamos por la cantidad de días del medicamento que recibe.

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

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

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

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

Nivel	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (suministro máximo de 90 días) * †Ω	Costo compartido de servicio de pedidos por correo (suministro máximo de 90 días) †Ω
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	Usted paga un copago de $0. Si recibe "Ayuda adicional" para pagar sus medicamentos, puede ser elegible para el costo compartido reducido. Consulte su "Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos (LIS)".	Usted paga un copago de $0. Si recibe "Ayuda adicional" para pagar sus medicamentos, puede ser elegible para el costo compartido reducido. Consulte su "Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos (LIS)".
Nivel 2: Medicamentos genéricos	Usted paga: un copago de $6. Si recibe "Ayuda adicional" para pagar sus medicamentos, puede ser elegible para el costo compartido reducido. Consulte su "Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos (LIS)".	Usted paga: un copago de $4. Si recibe "Ayuda adicional" para pagar sus medicamentos, puede ser elegible para el costo compartido reducido. Consulte su "Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos (LIS)".

Nivel	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (suministro máximo de 90 días) * †Ω	Costo compartido de servicio de pedidos por correo (suministro máximo de 90 días) †Ω
Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos	Usted paga: un copago de $75. Si recibe "Ayuda adicional" para pagar sus medicamentos, puede ser elegible para el costo compartido reducido. Consulte su "Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos (LIS)".	Usted paga un copago de $50. Si recibe "Ayuda adicional" para pagar sus medicamentos, puede ser elegible para el costo compartido reducido. Consulte su "Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos (LIS)".
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	Usted paga: un copago de $300. Si recibe "Ayuda adicional" para pagar sus medicamentos, puede ser elegible para el costo compartido reducido. Consulte su "Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos (LIS)".	Usted paga: un copago de $200. Si recibe "Ayuda adicional" para pagar sus medicamentos, puede ser elegible para el costo compartido reducido. Consulte su "Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos (LIS)".

Nivel	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (suministro máximo de 90 días) * †Ω	Costo compartido de servicio de pedidos por correo (suministro máximo de 90 días) †Ω
Nivel 5: Medicamentos especializados	Usted paga: un coseguro del 25%. Si recibe "Ayuda adicional" para pagar sus medicamentos, puede ser elegible para el costo compartido reducido. Consulte su "Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos (LIS)".	Usted paga: un coseguro del 25%. Si recibe "Ayuda adicional" para pagar sus medicamentos, puede ser elegible para el costo compartido reducido. Consulte su "Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos (LIS)".

*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.

Ω -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 su deducible.

No pagará más de $70 por un suministro de hasta 2 meses o $105 por un suministro de hasta 3 meses de cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de costo compartido.

Sección 5.5 Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que los costos anuales de gastos no cubiertos alcancen $2,100

Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que los gastos no cubiertos alcancen los $2,100. Luego pasa a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

La *EOB de la Parte D* que recibe lo ayudará a llevar un registro de cuánto gastaron usted, nuestro plan y cualquier tercero en su nombre durante el año. No todos los miembros llegarán al límite de $2,100 de gastos no cubiertos durante un año.

Le informaremos cuando llegue a este monto. Consulte la sección 1.3 para obtener más información sobre cómo Medicare calcula los gastos no cubiertos.

SECCIÓN 6 La Etapa de cobertura en situaciones catastróficas

En la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted ingresa en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas cuando los gastos no cubiertos alcanzan el límite de $2,100 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, usted no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D.

SECCIÓN 7 Lo que le corresponde pagar por las vacunas de la Parte D

Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas: algunas vacunas se consideran beneficios médicos y están cubiertas por la Parte B. Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas en la Lista de medicamentos del plan. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos sin costo para usted. Consulte la Lista de medicamentos de nuestro plan o llame a Servicios para los Miembros al 1-800-353-3765 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener información sobre la cobertura y el costo compartido de vacunas específicas.

Nuestra cobertura de vacunas de la Parte D comprende 2 partes:

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

Sus costos por una vacuna de la Parte D dependen de 3 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 administrará la vacuna.**
   - Un farmacéutico u otro proveedor pueden administrarle la vacuna en la farmacia. O bien, 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.

- Cuando recibe una vacuna, es posible que deba pagar el costo total tanto de la vacuna en sí como el costo del proveedor para administrarla. 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, paga 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 paga nada.

A continuación, se mencionan 3 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 paga nada.
- Para otras vacunas de la Parte D, usted paga el coseguro *O* el copago a la farmacia por la vacuna en sí. 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.
- Luego, 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. Para otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará el monto que usted pagó menos el coseguro *O* copago por la vacuna (incluida la administración), menos la diferencia que exista entre el monto que le cobre el médico y lo que normalmente pagamos. (Si recibe Ayuda adicional, le reembolsaremos la diferencia).

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

- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, no paga nada por la vacuna en sí.

- Para otras vacunas de la Parte D, paga 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.
- Luego, 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. Para otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará el monto que usted pagó, menos el coseguro por la administración de la vacuna, menos la diferencia que exista entre el monto que le cobre el médico y lo que normalmente pagamos. (Si recibe Ayuda adicional, le reembolsaremos la diferencia).

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

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

A veces, cuando recibe atención médica o un medicamento con receta, es posible que usted deba pagar el costo total. Otras veces, es posible que pague más de lo que pensaba que debía pagar según las normas de cobertura de nuestro plan, o puede recibir una factura de un proveedor. En estos casos, puede pedirle a nuestro plan que le devuelva el dinero (le reembolse). Es su derecho que nuestro plan le reembolse cada vez que usted haya pagado más del monto que le corresponde de los costos por servicios médicos o medicamentos cubiertos por el plan. Es posible que deba cumplir con ciertos plazos para obtener el reembolso. Vaya a la sección 2 de este capítulo.

También habrá veces en las que reciba una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que recibió o por más de su parte del costo compartido. Primero, intente resolver 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 pagarlos, 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.

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

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

   Fuera del área de servicio, 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,

   - Usted es responsable de pagar solo la parte que le corresponde del costo de los servicios de emergencia o de urgencia. Los proveedores de emergencia están legalmente obligados a brindar atención de emergencia.

- Si usted paga el monto total en el momento en que recibe la atención, pídanos que le reembolsemos la parte que nos corresponde del costo. 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 más de lo que le corresponde pagar del costo del servicio, determinaremos cuánto debía y le reembolsaremos el monto de la parte que nos correspondía.

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

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

- Usted solo tiene que pagar el monto de su costo compartido cuando recibe servicios cubiertos. No permitimos a los proveedores agregar cargos adicionales, lo que se denomina **facturación de saldos**. Esta protección (que nunca paga más que el monto de su costo compartido) se aplica incluso cuando pagamos menos de lo que el proveedor factura por un servicio, incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.
- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red cuyo monto usted considera que es más de lo que debe pagar, envíenosla. Nos comunicaremos directamente con el proveedor y resolveremos el problema de facturación.
- Si ya pagó una factura a un proveedor de la red, pero cree que pagó demasiado, envíenosla junto con la documentación de cualquier pago realizado y pídanos reembolsarle la diferencia entre el monto que pagó y el que debe según nuestro plan.

3. Si se lo inscribe retroactivamente en nuestro plan

A veces, la inscripción de una persona en nuestro plan es retroactiva. (Esto significa que el primer día de la inscripción ya ha pasado. La fecha de 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 le reembolsemos la parte que nos corresponde. Debe 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 debe 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 obtener información sobre estas circunstancias. Es posible que no le reembolsemos la diferencia entre lo que pagó por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el monto que pagaríamos en una farmacia dentro de la red.

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

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

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

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 medicamentos de nuestro 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 reembolso. En algunos casos, es posible que debamos obtener más información del médico, para que le reembolsemos la parte que nos corresponde pagar del costo. Es posible que no le reembolsemos el costo total si el precio en efectivo que pagó es mayor que el precio negociado para el medicamento con receta.

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 debe ser cubierto, le pagaremos por el servicio o el medicamento. Si denegamos su solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión. En el capítulo 9, se incluye información sobre cómo presentar una apelación.

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

Puede solicitarnos que le reembolsemos 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** a partir de la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.

Para asegurarse de que nos esté proporcionando toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede llenar nuestro formulario de reclamaciones para solicitar el 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 al 1-800-353-3765 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y pida el formulario.

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

Reclamaciones médicas (para servicios o artículos)

Debe presentarnos la reclamación dentro de los 365 días a partir de la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.

Envíenos su solicitud de pago junto con cualquier factura o recibo 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, AZ 85072-206

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

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

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento están cubiertos y que usted ha seguido todas las normas, pagaremos nuestra parte del costo. Es posible que la parte que nos corresponde del costo no sea el monto total que pagó (por ejemplo, si obtuvo un medicamento en una farmacia fuera de la red o si el precio en efectivo que pagó por un medicamento es mayor que nuestro precio negociado). Si usted ya pagó por el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo su reembolso de la parte que nos corresponde del costo. 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 parte que nos corresponde del costo. Le enviaremos una carta en la que se le explicarán las razones por las que no le estamos enviando el pago y su derecho para apelar esa decisión.

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

Si cree que cometimos 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.

CAPÍTULO 8:
Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales

Sección 1.1 Debemos proporcionarle información de una manera que sea conveniente para usted y congruente con sus sensibilidades culturales (en idiomas distintos al inglés, braille, tamaño de letra grande, u otros formatos alternativos, etc.)

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. También podemos brindarle información en braille, en letra grande u otros formatos alternativos sin costo alguno si lo necesita. 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
al 1-800-353-3765, TTY 711.

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 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 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, consultar a un especialista en salud de la mujer o encontrar un especialista de la red, presente una queja a Servicios para Miembros de Elderplan Selecto (HMO-POS I-SNP/IE-SNP) llamando al 1-800-353-3765, TTY 711, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana. Usted también puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente a la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

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

Our plan has free interpreter services available to answer questions from non-English speaking members. This document is in large print and available for free in Spanish. We can also give you information in braille, in large print, or other alternate formats at no cost if you need it. We're required to give you information about our plan's benefits in a format that's accessible and appropriate for you. To get information from us in a way that works for you, call Member Services at 1-800-353-3765 (TTY users call 711).

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

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

If you have any trouble getting information from our plan in a format that's accessible and appropriate for you, seeing a women's health specialist or finding a network specialist, call to file a grievance with Elderplan Select (HMO-POS I-SNP/IE-SNP) by calling Member Services at 1-800-353-3765, TTY 711, 8 a.m. to 8 p.m., 7 days a week. You can also file a complaint with Medicare by calling 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) or directly with the Office for Civil Rights at 1-800-368-1019 or 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.

Usted tiene derecho a programar las citas con los proveedores de la red de nuestro 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 la información personal que nos suministró cuando se inscribió en este plan, así como sus registros médicos y otra información médica y de salud.
  - Usted tiene derechos relacionados con su información y control sobre cómo se utiliza su información de salud. Le enviamos un aviso por escrito, que se denomina *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 de salud.

¿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 exigidas 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 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; por lo general, esto requiere que no se comparta la información que lo identifica de manera única.

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 nuestro 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 al 1-800-353-3765 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

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 a través de la información que nos proporcionó y por mensajes pregrabados/con voz artificial y 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 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 numerosas condiciones requeridas por la ley antes de poder compartir su información para estos fines. Para obtener más información, consulte: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/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 de los Estados Unidos 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, el abuso de sustancias o la información de salud mental.

Usted tiene derecho a revocar cualquiera de esas autorizaciones, excepto en circunstancias limitadas, como 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. Podemos cobrarle un cargo razonable por el costo de las copias y el envío de los registros. Podemos denegarle el acceso a cierta información. Si lo hacemos, 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 obtener 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, comuníquese con la Oficina de Privacidad a la dirección que figura 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 EE. UU. si envía una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llama al 1-877-696-6775 o visite 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 de nuestro plan, la red de proveedores y los servicios cubiertos

En su condición de miembro de Elderplan Selecto (HMO-POS I-SNP/IE-SNP), usted tiene derecho a obtener de nosotros varios tipos de información.

Si desea obtener cualquiera de los siguientes tipos de información, llame a Servicios para los Miembros al 1-800-353-3765 (los usuarios de TTY deben llamar al 711):

- **Información sobre nuestro plan**. Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera de nuestro plan.
- **Información acerca de nuestros proveedores y farmacias de la red.** Usted tiene derecho a obtener información sobre las calificaciones de los proveedores y las farmacias de nuestra red y cómo 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 de medicamentos 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 Usted tiene derecho a conocer sus opciones de tratamiento y participar en las decisiones sobre su atención

Usted tiene derecho a obtener toda la información completa de sus médicos y de otros proveedores de atención médica. Sus proveedores deben explicarle su condición 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 recomendadas para su condición, 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.
- **Derecho a 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. 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 no puede tomar decisiones médicas por sí 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 realizar 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 instrucciones con anticipación para estos casos específicos se denominan **directivas anticipadas**. Documentos como un **testamento vital** y un **poder de representación para la atención médica** son ejemplos de directivas anticipadas.

Cómo establecer una directiva anticipada para dar instrucciones:

- **Obtenga un formulario.** Puede solicitar un formulario de directivas anticipadas de su abogado, un asistente social o algunas tiendas de suministros para oficina. A veces se pueden obtener formularios de directivas anticipadas de organizaciones que ofrecen información sobre Medicare. También puede llamar a Servicios para los Miembros al 1-800-353-3765 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para solicitar los formularios.
- **Complete el formulario y fírmelo.** Independientemente de dónde obtenga este formulario, se trata de un documento legal. Considere la posibilidad de consultar con un abogado para que lo ayude a prepararlo.
- **Entregue copias del formulario a las personas adecuadas.** Entregue una copia del formulario a su médico y a la persona que 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 firmó una directiva anticipada, **lleve una copia cuando vaya al hospital**.

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

Completar un formulario de directivas anticipadas es su elección (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 directivas anticipadas.

Si no se siguen las instrucciones

Si firma directivas anticipadas y considera que un médico u hospital no siguió las instrucciones consignadas en ese documento, puede presentar una queja ante 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 tomamos

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 Si siente que lo están tratando injustamente o que sus derechos no son respetados

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

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

- **Llame a Servicios para los Miembros al 1-800-353-3765 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).**
- **Llame a su SHIP local** al 1-212-602-4180 si se encuentra dentro de los distritos municipales y al 1-800-701-0501 si se encuentra fuera de los distritos municipales.
- **Llame a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

Sección 1.8 ¿Cómo puede obtener más información sobre sus derechos?

Obtenga más información sobre sus derechos en estos lugares:

- **Llame a Servicios para los Miembros de nuestro plan al 1-800-353-3765 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).**
- **Llame a su SHIP local** al 1-212-602-4180 si se encuentra dentro de los distritos municipales y al 1-800-701-0501 si se encuentra fuera de los distritos municipales.
- **Comuníquese con Medicare**
  - Visite www.Medicare.gov para leer la publicación *Medicare Rights & Protections* (Derechos y protecciones de Medicare) (disponible en: www.Medicare.gov/publications/11534-medicare-rights-and-protections.pdf).
  - Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

SECCIÓN 2 Sus responsabilidades como miembro de nuestro plan

A continuación, se enumera lo que usted debe hacer como miembro de nuestro plan. Si tiene preguntas, llame a Servicios para los Miembros al 1-800-353-3765 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las normas que debe seguir para obtenerlos.** En esta *Evidencia de cobertura,* obtendrá información sobre qué está cubierto y las normas que debe cumplir para obtener estos servicios cubiertos.
    - Los capítulos 3 y 4 proporcionan detalles sobre los servicios médicos.
    - Los capítulos 5 y 6 proporcionan detalles sobre la cobertura de medicamentos de la Parte D.
- **Si, además de nuestro plan, tiene otra cobertura de salud u otra cobertura para medicamentos, debe comunicárnoslo.** En el capítulo 1, encontrará información sobre la coordinación de estos beneficios.
- **Dígales a su médico y a otros proveedores de atención médica que está inscrito en nuestro plan.** Muestre la tarjeta de membresía de nuestro plan cada vez que obtenga atención médica o medicamentos de la Parte D.
- **Permita que sus médicos y otros proveedores lo ayuden dándoles información, haciendo preguntas y realizando un seguimiento de su atención médica.**

- Para ayudar a obtener la mejor atención, informe a sus médicos y 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 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 una prima por su Parte B de Medicare para seguir siendo miembro de nuestro plan.
  - Para la mayoría de sus servicios médicos o medicamentos cubiertos por nuestro plan, usted debe pagar su parte del costo al recibir el servicio o el medicamento.
  - Si debe pagar una multa por inscripción tardía, deberá pagarla para conservar su cobertura de medicamentos con receta.

  - Si debe pagar el monto adicional por la Parte D debido a sus ingresos anuales, debe continuar pagando este monto directamente al gobierno para seguir siendo miembro de nuestro plan.

- **Si se muda *dentro del* área de servicio del plan, necesitamos saberlo** para poder mantener actualizado su registro de membresía y saber cómo comunicarnos con usted.
- **Si se muda *fuera* del área de servicio de nuestro plan, no puede seguir siendo miembro del plan.**
- **Si se muda, comunique esto al Seguro Social (o a la Junta de Jubilación para Ferroviarios).**

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

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

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

- 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).

Ambos procesos cuentan con la aprobación de Medicare. Cada proceso tiene un conjunto de normas, procedimientos y plazos que nosotros y usted debemos cumplir.

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

Sección 1.1 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. Para facilitar las cosas, este capítulo utiliza palabras más familiares en lugar de algunos términos legales.

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

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y ayuda personalizada

Siempre estamos disponibles para ayudarlo. Aunque tenga una queja sobre nuestro tratamiento, estamos obligados a respetar su derecho de queja. Siempre debe llamar a Servicios para los Miembros al 1-800-353-3765 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener ayuda. En algunas situaciones, es posible que también quiera la ayuda o la guía de alguien que no tenga relación con nosotros. Dos organizaciones que pueden ayudarlo son las siguientes:

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 seguros o plan de salud. Los asesores de este programa pueden ayudarlo a comprender el proceso que debe utilizar para tratar el problema que tenga. Además, pueden responder preguntas, brindarle más información y ofrecerle guía sobre qué hacer.

Los servicios ofrecidos por 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 ponerse en contacto con Medicare para obtener ayuda.

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

SECCIÓN 3 Qué proceso utilizar para su problema

¿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 de la Parte B) está cubierta o no, la forma en que está cubierta y los problemas relacionados con el pago de la atención médica.

Sí.

Consulte la **sección 4, Una guía para las decisiones de cobertura y las apelaciones.**

No.

Consulte la **sección 10, Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes.**

Decisiones de cobertura y apelaciones

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

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

Solicitar decisiones de cobertura antes de recibir servicios

Si usted quiere saber si cubriremos la atención médica antes de recibirla, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura para usted. Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y su cobertura o el monto que pagaremos por su atención médica. Por ejemplo, si su médico de la red de nuestro 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 usted o su médico de la red pueda demostrar que recibió un aviso de negación estándar para este especialista médico o la *Evidencia de cobertura* aclara que el servicio referido no está cubierto en ninguna situación. Usted o su médico también pueden comunicarse con nosotros y pedirnos una decisión de cobertura si su médico no está seguro si cubriremos un servicio médico particular o se rehúsa a brindarle atención médica que usted cree que necesita.

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 esta 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 cada vez que decidimos lo que está cubierto para usted y cuánto tenemos que pagar. En algunos casos, podríamos decidir que la atención médica no está cubierta o que ya no tiene cobertura para usted. Si 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 que reciba un beneficio, y no está satisfecho, puede **apelar** la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y modifiquemos una decisión de cobertura que tomamos. En ciertas circunstancias, puede solicitar una **apelación rápida** o acelerada de una decisión de cobertura. Su apelación es manejada por diferentes revisores de 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 completemos 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 esta 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 en parte o por completo su apelación de Nivel 1 para recibir atención médica, su apelación pasará automáticamente a una apelación de Nivel 2 evaluada por una organización de revisión independiente que no tiene relación con nosotros.

- No es necesario que haga nada para iniciar una apelación de Nivel 2. Las normas de Medicare requieren que enviemos, de manera automática, su apelación de atención médica al Nivel 2 si no estamos totalmente de acuerdo con su apelación de Nivel 1.
- Para obtener más información sobre las apelaciones de atención médica de Nivel 2, consulte la **sección 5.4**.
- Las apelaciones de la Parte D se analizan más en la sección 6.

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

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

Estos son los recursos si decide pedir cualquier tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- **Llame a Servicios para los Miembros al 1-800-353-3765 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).**
- **Obtenga ayuda gratuita** de su Programa de Asistencia de Seguro de Salud del Estado.
- **Su médico puede realizar la solicitud por usted.** Si su médico ayuda con una apelación anterior al Nivel 2, debe ser designado como su representante. Llame a Servicios para los Miembros al 1-800-353-3765 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicite el formulario de *Nombramiento de un representante*. (El formulario también está disponible en www.CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf).

- Su médico puede solicitar en su nombre una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 para la atención médica o los medicamentos de la Parte B. Si se rechaza su apelación de Nivel 1, esta se enviará automáticamente al Nivel 2.
- Su médico u otra persona autorizada a dar recetas pueden solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 para los medicamentos 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.** Usted puede designar a otra persona para que intervenga en su nombre como su representante, para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.

- Si quiere que un amigo, pariente u otra persona sea su representante, llame a Servicios para los Miembros al 1-800-353-3765 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y pida el formulario de *Nombramiento de un representante*. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en www.CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en www.elderplan.org. Este formulario le otorga a esa persona la autorización para 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.
- Podemos aceptar una solicitud de apelación de un representante sin el formulario, pero no podemos terminar nuestra revisión si no lo recibimos. Si no recibimos el formulario antes de nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación, su solicitud de apelación será rechazada. Si esto sucede, le enviaremos un aviso por escrito en el que se explicará su derecho de pedirle a la organización de revisión independiente que revise nuestra decisión de rechazar su apelación.

- **También tiene derecho a contratar a un abogado.** Puede ponerse en contacto con su propio abogado o buscar a otro profesional del colegio de abogados de su localidad o a través de otro servicio de remisión. 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 4.2 Normas y plazos para diferentes situaciones

Existen 4 situaciones diferentes que implican decisiones de cobertura y apelaciones. Cada situación tiene normas y plazos diferentes. Brindamos detalles para cada una de estas situaciones:

- **Sección 5:** Atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 6:** Medicamentos de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 7:** Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que está siendo dado de alta demasiado pronto

- **Sección 8:** Cómo solicitarle a nuestro plan que siga cubriendo algunos servicios médicos si considera que su cobertura está terminando demasiado pronto (*se aplica solo a estos servicios*: atención médica domiciliaria, en un centro de enfermería especializada y servicios en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Externos [CORF])

Si no está seguro de qué información se aplica a su caso, llame a Servicios para los Miembros al 1-800-353-3765 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). También puede obtener ayuda o información de su SHIP.

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

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

Sus beneficios de atención médica se describen en la Tabla de beneficios médicos del capítulo 4. En algunos casos, se aplican normas diferentes para una solicitud de un medicamento de la Parte B. En estos casos, explicaremos en qué se diferencian las normas para los medicamentos 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 5 situaciones siguientes:

1. No recibe determinada atención médica que desea y cree que el plan la cubre. **Pida una decisión de cobertura. Sección 5.2.**

2. Nuestro plan no aprobará la atención médica que su médico u otro proveedor médico desean brindarle, y usted cree que nuestro plan cubre dicha atención. **Pida una decisión de cobertura. Sección 5.2.**

3. Recibió atención médica que cree que nuestro plan debería cubrir, pero le comunicamos que no pagaremos dicha atención. **Presente una apelación. Sección 5.3.**

4. Recibió y pagó atención médica que usted considera que deberían estar cubiertos por nuestro plan, y desea pedirle al plan el reembolso de dicha atención. **Envíenos la factura. Sección 5.5.**

5. Se le comunica que la cobertura que tenía para determinados servicios de atención médica que estaba recibiendo y que nosotros habíamos aprobado previamente se reducirá o interrumpirá, y usted cree que esto podría perjudicar su salud. **Presente una apelación. Sección 5.3.**

Nota: si la cobertura que se interrumpirá es para atención hospitalaria, atención médica en el hogar, servicios en un centro de enfermería especializada o servicios en un CORF, consulte las secciones 7 y 8. Se aplican normas especiales a estos tipos de atención.

Sección 5.2 Cómo solicitar una decisión de cobertura

Términos legales:

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

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

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

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

- Puede *solicitar únicamente* cobertura para artículos médicos o servicios (no solicitudes de pago de artículos o servicios que ya haya recibido).

- Podrá solicitar una decisión rápida de cobertura *solo* si la vía de plazos estándares pudiera poner su salud en grave peligro o dañar su capacidad para recuperar la funcionalidad.

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

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

- Se explica que usaremos los plazos estándares.
- También se explica que si su 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: Pídale a nuestro plan que tome 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 7 días calendario después de recibir su solicitud para un artículo o servicio médico que esté sujeto a las normas de autorización previa. Si el artículo o servicio médico solicitado no está sujeto a nuestras normas de autorización previa, le daremos una respuesta en un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud. Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibir su solicitud.

- **No obstante**, si usted solicita más tiempo o si necesitamos más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es para un artículo o servicio médico**.** Si nos tomamos días adicionales, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para la decisión si su solicitud es por un medicamento de la Parte B.
- 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. Consulte la sección 10 para obtener información sobre las quejas).

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

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

- **No obstante**, si usted solicita más tiempo o si necesitamos más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días 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 para la decisión si su solicitud es por un medicamento de la Parte B.
- Si considera que *no deberíamos* tomarnos días adicionales, puede presentar una *queja rápida*. (Consulte la sección 10 para obtener información sobre las quejas). 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 5.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos legales:

Una apelación a nuestro plan acerca de una decisión de cobertura sobre atención médica se llama una **reconsideración** 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 calendario o 7 días calendario 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 la atención, usted o su médico deben decidir si necesita una apelación rápida. Si su médico nos dice que su salud requiere una apelación rápida, le daremos una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión rápida de cobertura que aparecen en la sección 5.2.

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

- **Si solicita una apelación estándar, envíe su apelación estándar por escrito.** En el capítulo 2, se incluye información de contacto.
- **Si solicita una apelación rápida, presente su apelación por escrito o llámenos.** En el capítulo 2, se incluye información de contacto.
- **Debe presentar su solicitud de apelación en un plazo de 65 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso por escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta 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 de 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 de nuestra parte información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede pedir una copia de la información sobre su decisión médica. Usted y su médico pueden agregar más información para respaldar su apelación.**

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

- Mientras nuestro plan revisa su apelación, hacemos una revisión cuidadosa de toda la información. Verificamos si seguimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud.
- Recopilaremos más información de ser necesario y es posible que nos comuniquemos con usted o con 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.
    - Si 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 de la Parte B.
    - Si no le damos una respuesta en 72 horas (o al final de la extensión del plazo, en caso de que tomemos días adicionales), estamos obligados a enviar automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que será revisada por una organización de revisión independiente. La sección 5.4 explica el proceso de apelaciones de Nivel 2.

- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos autorizar o brindar la cobertura acordada en un plazo de 72 horas después de haber recibido la apelación.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, enviaremos automáticamente su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación.

Plazos para una apelación estándar

- Para las apelaciones estándar, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 30 días calendario** después de recibir su apelación. Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B que aún no recibió, le daremos nuestra respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación. Le comunicaremos nuestra decisión antes si su salud así lo exige.
    - Si 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 para la decisión si su solicitud es por un medicamento de la Parte B.

- Si considera que no deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar una queja rápida. Cuando presente una queja rápida, le daremos respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (Consulte la sección 10 de este capítulo para obtener información sobre las quejas).
- Si no le damos una respuesta para dentro del plazo (o al final de la extensión del plazo), enviaremos su solicitud a una apelación de Nivel 2, donde una organización de revisión independiente revisará la apelación. La sección 5.4 explica el proceso de apelaciones de Nivel 2.

- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos autorizar o brindar la cobertura en un plazo de 30 días calendario si su solicitud es para un artículo o servicio médico, o **en 7 días calendario** si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de su apelación,** enviaremos automáticamente su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.

Sección 5.4 El proceso de apelaciones de Nivel 2

Término legal:

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

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

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

- Le enviaremos a esta organización la información sobre su apelación. A esta información se la denomina su **expediente de caso**. **Usted tiene derecho a pedirnos una copia de su expediente de caso.**
- Usted tiene derecho a proporcionarle a la organización de revisión independiente información adicional para sustentar su apelación.
- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente toda la información sobre su apelación.

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

- Para la apelación rápida, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** de haber recibido su apelación.
- Si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita recabar más información que pudiera beneficiarlo, **puede tomarse hasta 14 días calendario adicionales**. La organización de revisión independiente no puede tomarse tiempo adicional para la decisión si su solicitud es por un medicamento de la Parte B.

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

- Para la apelación estándar, si su solicitud es para un artículo o servicio médico, la organización de revisión independiente debe responder a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 30 días calendario** de haber recibido su apelación. Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** de haber recibido su apelación.

- Si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita recabar más información que pudiera beneficiarlo, **puede tomarse hasta 14 días calendario adicionales**. La organización de revisión independiente no puede tomarse tiempo adicional para la decisión si su solicitud es por un medicamento de la Parte B.

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

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

- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de la solicitud de un artículo o servicio médico,** debemos autorizar la cobertura de la atención médica en el plazo de **72 horas** o proporcionar el servicio en el plazo de 14 días calendario de recibida la decisión de la organización de revisión independiente para **solicitudes estándar**. Para **solicitudes aceleradas**, tenemos **72 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de parte de la organización de revisión independiente.

- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de la solicitud de un medicamento de la Parte B**, debemos autorizar o proporcionar el medicamento de la Parte B en el plazo de **72 horas** de recibida la decisión de la organización de revisión independiente para **solicitudes estándar.** Para **solicitudes aceleradas**, tenemos **24 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de parte de la organización de revisión independiente.
- **Si esta organización rechaza parte o la totalidad de su apelación**, significa que está de acuerdo con nosotros en que su solicitud (o parte de su solicitud) para la cobertura de atención médica no debe ser aprobada. (Esto se denomina **confirmar la decisión** o **rechazar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta en la que:
  - Explicará la decisión.
  - Le informará sobre su 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 organización de revisión independiente le indicará el monto en dólares que debe cumplir para continuar con el proceso de apelaciones.
  - Le indicará cómo presentar una apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si su caso reúne los requisitos, puede elegir si desea continuar con su apelación.

- Hay otros 3 niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (lo que representa un total de 5 niveles de apelación). Si desea consultar una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacerlo se encuentran en el aviso por escrito que recibe después de su apelación de Nivel 2.
- A la apelación de Nivel 3 la maneja un juez administrativo o un mediador. La sección 9 explica los procesos de apelaciones del Nivel 3, 4 y 5.

Sección 5.5 Si nos está pidiendo que le paguemos nuestra parte de una factura que recibió por concepto de atención médica

En el capítulo 7, se describe cuándo es posible que deba solicitar un reembolso o el pago de una factura que recibió de un proveedor. También le dice cómo enviarnos la documentación que nos solicita el pago.

La solicitud de reembolso implica una decisión de cobertura de parte nuestra

Si nos envía la documentación correspondiente para solicitar un reembolso, está pidiendo una decisión de cobertura. Para tomar esta decisión, comprobaremos si la atención médica que pagó está cubierta. También comprobaremos si ha seguido las normas para el uso de su cobertura de atención médica.

- **Si aceptamos su solicitud:** si la atención médica está cubierta y siguió las normas, le enviaremos el pago de la parte que nos corresponde del costo habitualmente en un plazo de 30 días calendario, pero no más allá de los 60 días calendario después de recibir su solicitud. Si aún no ha pagado por los servicios de atención médica, le enviaremos el pago directamente al proveedor.
- **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 de atención médica y las razones.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar su solicitud, **puede presentar una apelación**. Si presenta una apelación, significa que nos está pidiendo que modifiquemos la decisión de cobertura que tomamos al rechazar su solicitud de pago.

Para presentar esta apelación, siga el proceso de apelaciones en la sección 5.3. Para apelaciones sobre el reembolso, tenga en cuenta lo siguiente:

- Debemos darle una respuesta en un plazo de 60 días calendario después de haber recibido su apelación. Si nos solicita reembolsarle la atención médica que ya recibió y pagó, no se le permite solicitar una apelación rápida.
- Si la organización de revisión independiente decide que debemos pagar, debemos enviarle el pago 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 en un plazo de 60 días calendario.

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

Sección 6.1 Qué debe hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea que le rembolsemos 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 los capítulos 5 y 6. **En esta sección se tratan solamente sus medicamentos de la Parte D.** Para simplificar las cosas, en general, hablaremos de *medicamento* en el resto de esta sección en lugar de repetir cada vez las expresiones *medicamento con receta cubierto para pacientes externos* o *medicamento de la Parte D*. También usamos el término Lista de medicamentos en lugar de *Lista de medicamentos cubiertos* o Formulario.

- Si no sabe si un medicamento está cubierto o si cumple con las normas, puede preguntarnos. Algunos medicamentos requieren que 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 de cobertura y apelaciones 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 de nuestro plan. **Pida una excepción. Sección 6.2**
- Pedir que no apliquen una restricción a la cobertura de nuestro plan para un medicamento (como límites en la cantidad de medicamento que puede obtener, criterios de autorización previa o el requisito de probar otro medicamento primero). **Pida una excepción. Sección 6.2**
- Pedirnos pagar un monto de costo compartido menor por un medicamento cubierto en un nivel de costo compartido mayor. **Pida una excepción. Sección 6.2**

- Pedir obtener la preaprobación de un medicamento. **Pida una decisión de cobertura. Sección 6.4**
- Pagar por un medicamento con receta que ya compró. **Puede pedirnos un reembolso. Sección 6.4**

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

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

Sección 6.2 Pida una excepción

Términos legales:

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

Pedir la eliminación de una restricción de cobertura para un medicamento es una **excepción al formulario**.

Pedir pagar un precio inferior por un medicamento no preferido cubierto es una **excepción de nivel**.

Si un medicamento no está cubierto de la forma que a usted le gustaría que estuviese cubierto, puede pedirnos que hagamos una **excepción**. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura.

Para que consideremos su solicitud de excepción, su médico o la persona autorizada a dar recetas tendrá que explicar las razones médicas por las que necesita que se apruebe la excepción. Estos son 3 ejemplos de excepciones que usted, su médico o la persona autorizada a dar recetas puede pedirnos que hagamos:

1. **Cubrir un medicamento de la Parte D que no figura en nuestra Lista de medicamentos.** Si aceptamos cubrir un medicamento que no figura en la Lista de medicamentos, deberá pagar el costo compartido que se aplique a los medicamentos del Nivel 4 (medicamentos no preferidos). 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. Si aceptamos hacer una excepción y no aplicar una restricción en su caso, puede pedirnos una excepción en la cantidad de costo compartido que le pediremos que pague por el medicamento.
3. **Cambiar la cobertura de un medicamento a un nivel de costo compartido inferior.** Todos los medicamentos de nuestra Lista de medicamentos se encuentran en uno de los cinco niveles de costo compartido. En general, cuanto más bajo sea el nivel de costo compartido, menor será el monto que le corresponda pagar del costo del medicamento.

- Si nuestra Lista de medicamentos posee un medicamento alternativo para tratar su condición médica y se encuentra en un nivel de costo compartido más bajo, puede solicitarnos que cubramos el medicamento al monto de costo compartido que se aplica al medicamento alternativo.
- Si el medicamento que está tomando es un producto biológico, puede solicitarnos que cubramos el medicamento a un monto de costo compartido más bajo. Este sería el nivel más bajo, que incluye alternativas del producto biológico para tratar su condición.
- Si el medicamento que está tomando es de marca, puede solicitarnos que cubramos el medicamento al monto de costo compartido que se aplica al nivel más bajo, que incluye alternativas de marca para tratar su afección.
- Si el medicamento que está tomando es genérico, puede solicitarnos que cubramos el medicamento al monto de costo compartido que se aplica al nivel más bajo, que incluye alternativas de marca o genéricas para tratar su afección.
- No puede pedirnos que cambiemos el nivel de costo compartido para ningún medicamento de Nivel 5 (medicamentos especializados).

- Si aprobamos su solicitud de una excepción de nivel y hay más de un nivel de costo compartido más bajo con medicamentos alternativos que usted no puede tomar, generalmente paga el monto más bajo.

Sección 6.3 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 por las que solicita una excepción. Para que tomemos la decisión más rápido, incluya esta información médica de su médico o de la persona autorizada a dar recetas cuando pida la excepción.

Nuestra Lista de medicamentos generalmente incluye más de un medicamento para tratar una condición 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. Si nos solicita una excepción de nivel, en general, *no* aprobaremos su solicitud de una excepción, a menos que todos los medicamentos alternativos del nivel de costo compartido más bajo no funcionen igual de bien para usted o exista la posibilidad de que causen una reacción adversa u otro tipo de daño.

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 condición.
- Si rechazamos su solicitud, puede pedir otra revisión mediante la presentación de una apelación.

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

Término legal:

Una decisión rápida de cobertura se denomina una **decisión 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 2 requisitos:**

- Debe pedir un medicamento que aún no recibió. (No puede solicitar que la decisión rápida de cobertura se reembolse por un medicamento que ya compró).
- Usar los plazos estándares podría poner su salud en grave peligro o dañar su capacidad funcional.
- **Si su 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 usted mismo la decisión rápida de cobertura, sin el apoyo de su médico o 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 en la que:
    - Se explica que usaremos los plazos estándares.
    - También se explica que, si su 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 decisión de cobertura a través de nuestro sitio web. Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito, incluida una solicitud enviada en el *formulario de solicitud de decisión de cobertura modelo de CMS* o en nuestro formulario del plan, que está disponible en nuestro sitio web www.elderplan.org. En el capítulo 2, se incluye información de contacto. Para ayudarnos a procesar su solicitud, incluya su nombre, información de contacto e información que muestre qué reclamación denegada está siendo apelada.

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. En la sección 4 se 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 de 24 horas después de recibir la declaración de respaldo de 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 brindar la cobertura acordada en un plazo de 24 horas después de recibir 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. También le informaremos cómo puede presentar una apelación.

Plazos para una decisión estándar de cobertura sobre un medicamento que aún no recibió

- Por lo general, 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 de respaldo de 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 **brindar la cobertura** acordada **en un plazo de 72 horas** después de recibir 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. También le informaremos cómo puede presentar una apelación.

Plazos para una decisión estándar de cobertura sobre el pago de un medicamento que ya compró

- Debemos darle una respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.
    - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde 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. También le informaremos cómo puede presentar una apelación.

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 la cobertura para medicamentos que desea. Si presenta una apelación, significa que está avanzando al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 6.5 Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos legales:

Una apelación a nuestro plan sobre la decisión de cobertura de un medicamento de la Parte D se llama **redeterminación** del plan.

Una apelación rápida se denomina una **redeterminación acelerada**.

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

Generalmente, se resuelve una apelación estándar en un plazo de 7 días calendario. 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 recibió, usted y su médico o la persona autorizada a dar recetas tendrán que decidir si necesita una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión rápida de cobertura de la sección 6.4 de este capítulo.

Paso 2: Usted, su representante, su 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 o llámenos.** En el capítulo 2, se incluye información de contacto.
- **Para apelaciones rápidas, envíelas por escrito o llámenos al** (1-800-353-3765). 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 redeterminación modelo de CMS*, que está disponible en nuestro sitio web www.elderplan.org. Incluya su nombre, información de contacto e información sobre su reclamación para ayudarnos a procesar la solicitud.

- **Debe presentar su solicitud de apelación en un plazo de 65 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso por escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta 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 de 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 de nuestra parte 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. Estamos autorizados a cobrar un cargo por las copias y el envío de esta información.

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 6.6 se explica el proceso de apelaciones de Nivel 2.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos brindar la cobertura acordada en un plazo de 72 horas después de haber recibido la apelación.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una apelación estándar para un medicamento que aún no recibió

- 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 recibió el medicamento y su estado de salud así lo exige.

- Si no le comunicaremos 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 6.6 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, pero no más allá de **los 7 días calendario** 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 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. También le informaremos cómo puede presentar una apelación.

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 pasa al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Sección 6.6 Cómo presentar una apelación de Nivel 2

Término legal:

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

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

Paso 1: Usted (o su representante, su médico u otra persona autorizada a dar recetas) debe 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 debe seguir y cómo comunicarse con la organización de revisión independiente.
  - **Debe presentar su solicitud de apelación en un plazo de 65 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso por escrito.
- Si no completamos nuestra revisión dentro del plazo aplicable o tomamos una decisión desfavorable respecto de la decisión **en riesgo** de acuerdo con nuestro programa de administración de medicamentos, automáticamente enviaremos su solicitud a la IRE.
- Le enviaremos la información sobre su apelación a la entidad de revisión independiente. A esta información se la denomina su **expediente de caso**. **Usted tiene derecho a pedirnos una copia de su expediente de caso.**

- Usted tiene derecho a proporcionarle a la organización de revisión independiente información adicional para sustentar su apelación.

Paso 2: La organización de revisión independiente revisa su apelación.

Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente toda la información sobre su apelación.

Plazos para una apelación rápida

- Si su salud lo requiere, pida una apelación rápida a la organización de revisión independiente.
- Si la organización 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 independiente 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 recibió. Si nos solicita el reembolso del costo de un medicamento que ya compró, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 14 días calendario** después de recibir su solicitud.

Paso 3: La organización de revisión independiente le da su respuesta.

Para 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 independiente **en un plazo de 24 horas** de recibida 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 independiente **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 independiente.

¿Qué sucede si la organización de revisión independiente 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**. También se denomina **rechazar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta en la que:

- Explicará la decisión.

- Le informará sobre su derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura para medicamentos 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 3 niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (lo que representa un total de 5 niveles de apelación).
- Si desea continuar con una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo 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 9 de este capítulo se explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que está siendo dado de alta demasiado pronto

Cuando lo ingresan en un hospital, tiene derecho a obtener todos los servicios hospitalarios cubiertos 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 7.1 Durante la hospitalización, recibirá un aviso por escrito de Medicare, donde se le explicarán sus derechos

En un plazo de 2 días calendario de haber ingresado en el hospital, recibirá un aviso por escrito denominado *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 al 1-800-353-3765 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

1. **Lea atentamente este aviso y haga preguntas si no lo entiende.** En el aviso se le informa:
   - Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante su hospitalización y después de esta, según lo solicite su médico. Esto incluye el derecho a saber cuáles son esos servicios, quién pagará por ellos y dónde puede obtenerlos.
   - Su derecho a participar en cualquier decisión sobre su hospitalización.
   - Dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.

- Su derecho a **solicitar una revisión inmediata** de la decisión 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 recibió 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 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 2 días calendario 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, llame a Servicios para los Miembros al 1-800-353-3765 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede obtener el aviso en línea en www.CMS.gov/Medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

Sección 7.2 Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha del alta del hospital

Para solicitarnos que cubramos sus servicios hospitalarios como paciente internado durante un tiempo más prolongado, utilice el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que debe hacer y los plazos.

- **Siga el proceso**
- **Cumpla con los plazos**
- **Pida ayuda si la necesita**. Si tiene preguntas o necesita ayuda, llame a Servicios para los Miembros al 1-800-353-3765 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). O llame al Programa de Asistencia de Seguro de Salud del Estado (SHIP) para obtener ayuda personalizada. La información de contacto del SHIP está disponible en la sección 3 del capítulo 2.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la Mejora de la Calidad revisa su apelación. Comprueba si su fecha prevista del alta es médicamente apropiada para usted. La **Organización para la Mejora de la Calidad** es un grupo de médicos y otros profesionales de 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?

- En el aviso por escrito que recibió *Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos* se 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 rápidamente:

- Para presentar la 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 usted cumple con este plazo**, puede permanecer en el hospital *después* de la fecha del alta *sin que deba pagar por ello*, mientras espera la decisión de la Organización para la Mejora de la Calidad.
- **Si no cumple con este plazo, comuníquese con nosotros.** Si decide quedarse en el hospital después de la fecha prevista del alta, *es posible que deba pagar los costos* correspondientes a la atención hospitalaria que reciba con posterioridad a la fecha prevista del alta.

- Una vez que solicite una revisión inmediata del alta del hospital, la Organización para la Mejora de la Calidad se comunicará con nosotros. Antes del mediodía del día después de que nos comuniquemos con usted, le daremos un **Aviso detallado del alta**. Este aviso le brinda la fecha prevista del alta y le explica en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros pensamos que es adecuado (médicamente apropiado) que reciba el alta en esa fecha.
- Puede obtener una muestra del **Aviso detallado del alta** llamando a Servicios para los Miembros al 1-800-353-3765 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). O puede obtener un aviso de muestra en línea en www.CMS.gov/Medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

Paso 2: La Organización para la Mejora de la Calidad realiza una revisión independiente de su caso.

- Los profesionales de 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 nosotros y el hospital les hayamos proporcionado.
- 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. En este aviso también se explican en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros pensamos que es adecuado (médicamente apropiado) que reciba el alta en esa fecha.

Paso 3: En un plazo de un día completo después de tener toda la información necesaria, la Organización para la Mejora de la Calidad le dará la respuesta a su apelación.

¿Qué sucede si la aceptan?

- Si la organización de revisión independiente *acepta,* **debemos seguir brindándole servicios hospitalarios para pacientes internados cubiertos durante el tiempo que sean médicamente necesarios.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Además, es posible que haya limitaciones en sus servicios hospitalarios cubiertos.

¿Qué sucede si la rechazan?

- Si la organización de revisión independiente la *rechaza,* significa que su fecha prevista del alta es médicamente apropiada. En caso de que esto suceda, **nuestra cobertura para los servicios hospitalarios para pacientes internados finalizará** al mediodía del día *posterior* al día en que la Organización para la Mejora de la Calidad le dé su respuesta a la apelación.

- Si la organización de revisión independiente *rechaza* su apelación y usted decide permanecer en el hospital, **es posible que usted deba pagar el costo total** de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día posterior a que la Organización para la Mejora de la Calidad le dé su respuesta a su apelación.

Paso 4: Si rechazan su apelación de Nivel 1, usted decide si quiere presentar otra apelación.

- Si la Organización para la Mejora de la Calidad *rechaza* su apelación, *y* usted permanece en el hospital después de la fecha prevista del alta, puede presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que pasa al *Nivel 2* del proceso de apelaciones.

Sección 7.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar 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 la 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 la hospitalización después de 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 del día en que la Organización para la Mejora de la Calidad *rechaza* 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 sobre 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 independiente la acepta:

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de la atención hospitalaria que recibió desde el mediodía del día después de la fecha de rechazo de su primera apelación por parte de la Organización para la Mejora de la Calidad. **Debemos seguir brindando cobertura para su atención 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 independiente la rechaza:

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron para su apelación de Nivel 1. Esto se llama confirmar la decisión.
- 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 3 niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (lo que representa un total de 5 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 9 de este capítulo se explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 8 Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto

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 estos 3 tipos de atención, estamos obligados a decírselo por adelantado. Cuando finalice su cobertura para esa atención, *dejaremos de pagar la parte que nos corresponde del costo de su atención.*

Si cree que estamos terminando la cobertura para su atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión.** En esta sección se explica cómo solicitar una apelación.

Sección 8.1 Le diremos por adelantado cuándo se termina su cobertura

Término legal:

Aviso de no cobertura de Medicare. Le explica cómo puede solicitar una **apelación acelerada.** Solicitar una apelación acelerada es una forma 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 2 días calendario 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 acelerada 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 recibió la información sobre cuándo finalizará la cobertura. **Firmarlo no significa que esté de acuerdo** con la decisión de nuestro plan de interrumpir la atención.

Sección 8.2 Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo

Si desea pedirnos que cubramos su atención durante un período más largo, deberá usar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que debe hacer y los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita**. Si tiene preguntas o necesita ayuda, llame a Servicios para los Miembros al 1-800-353-3765 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). O llame al Programa de Asistencia de Seguro de Salud del Estado (SHIP) para obtener ayuda personalizada. La información de contacto del SHIP está disponible en la sección 3 del capítulo 2.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la Mejora de la Calidad revisa su apelación. 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: Presente su apelación de Nivel 1: comuníquese con la Organización para la Mejora de la Calidad y solicite una *apelación acelerada*. Debe actuar rápidamente.

¿Cómo puede ponerse en contacto con esta organización?

- En el aviso por escrito que recibió (*Aviso sobre la no cobertura de Medicare*) se 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 rápidamente:

- 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 y desea presentar una apelación, aún tiene derechos de apelación. Comuníquese con la Organización para la Mejora de la Calidad mediante la información de contacto que figura en el *Aviso de no cobertura de Medicare*. El nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado también se pueden encontrar en el capítulo 2.

Paso 2: La Organización para la Mejora de la Calidad realiza una revisión independiente de su caso.

Término legal:

Explicación detallada de no cobertura. Aviso que brinda 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 cree que debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- La organización de revisión independiente también revisará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que le proporcione nuestro plan.
- Al final del día en que los revisores nos informan sobre su apelación, usted recibirá la *Explicación detallada de no cobertura* de parte nuestra, donde se explican detalladamente las razones por las 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 apelación*, **su cobertura finalizará en la fecha que le comunicamos.**
- Si decide continuar recibiendo servicios de atención médica en el hogar, servicios de atención en un centro 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 8.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo

Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para la Mejora de la Calidad que 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 enfermería especializada o de los servicios en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Externos (CORF) *después* de la fecha en la que le indicamos que terminaría 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 calendario** después del día en que la Organización para la Mejora de la Calidad *rechazó* su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si siguió recibiendo la atención después de la fecha en la que finalizó su cobertura.

Paso 2: La Organización para la Mejora de la Calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para la Mejora de la Calidad harán otra revisión cuidadosa de toda la información sobre su apelación.

Paso 3: En un plazo de 14 días calendario de recibida su solicitud de apelación, los revisores decidirán sobre su apelación y le informarán su decisión.

¿Qué sucede si la organización de revisión independiente acepta su apelación?

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de la atención que recibió 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 independiente rechaza su apelación?

- 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 se rechaza, tendrá que decidir si quiere continuar con la apelación.

- Hay otros 3 niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, lo que representa un total de 5 niveles de apelación. Si desea continuar con una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo 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 9 se explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 9 Cómo llevar su apelación a los Niveles 3, 4 y 5

Sección 9.1 Apelaciones de Nivel 3, 4 y 5 para solicitudes de servicios médicos

Esta sección puede ser adecuada para usted si presentó una apelación de Nivel 1 y Nivel 2, y ambas apelaciones fueron rechazadas.

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico sobre el que apeló cumple con ciertos niveles mínimos, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. Si el valor en dólares es inferior al nivel mínimo, no puede seguir apelando. La respuesta escrita que reciba para su apelación de Nivel 2 explicará cómo presentar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con las apelaciones, los 3 últimos niveles de apelación funcionan más o menos de la misma manera que los 2 primeros niveles. 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 el juez administrativo o mediador acepta su apelación, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *no*.** A diferencia de la decisión tomada en una apelación de Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 favorable para usted. Si decidimos apelar, pasará a una apelación de Nivel 4.
    - Si decidimos *no* apelar, debemos autorizar el servicio de atención médica o brindárselo en un plazo de 60 días calendario de haber recibido la decisión del juez administrativo o mediador.

- Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 con los documentos relacionados. Es posible que esperemos la decisión de la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o brindar el servicio de atención médica en cuestión.

- **Si el juez administrativo o mediador rechazan su apelación, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *no*.**
  - Si usted decide aceptar la 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 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 4 favorable para usted. Nosotros decidiremos si será necesario apelar esta decisión en el Nivel 5.

- 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 5 y cómo continuar con una apelación de Nivel 5.

Apelación de Nivel 5

Un juez del **Tribunal federal de distrito** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si *aprueba o rechaza* su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación después del Tribunal federal de distrito.

Sección 9.2 Apelaciones de Nivel 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D

Esta sección puede ser adecuada para usted si presentó una apelación de Nivel 1 y Nivel 2, y ambas apelaciones fueron rechazadas.

Si el valor del medicamento sobre el que apeló 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 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 3 últimos niveles de apelación funcionan más o menos de la misma manera que los 2 primeros niveles. 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 decisión.
- **Si la apelación se rechaza, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *no*.**
    - Si usted decide aceptar la 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 decisión.

- **Si la apelación se rechaza, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *no*.**
    - Si usted decide aceptar la 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.

Presentación de quejas

SECCIÓN 10 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes

Sección 10.1 ¿Qué tipos de problemas se tratan en el proceso de quejas?

El proceso de quejas *solo* se aplica a determinados tipos de problemas. Entre ellos, se incluyen los problemas sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente. A continuación, encontrará algunos ejemplos de los tipos de problemas que pueden gestionarse a través del proceso de quejas.

Queja	Ejemplo
Calidad de su atención médica	• ¿Está insatisfecho con la calidad de atención que recibió (incluida la atención en el hospital)?
Respeto de su privacidad	• ¿Alguien no respetó 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. •
Limpieza	• ¿Está insatisfecho con la limpieza o el estado de una clínica, hospital o consultorio de un médico?

Queja	Ejemplo
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 solicitó una decisión de cobertura o presentó una apelación, y le parece 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 la rechazamos; 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 10.2 Cómo presentar una queja

Términos legales:

Una **queja** también se denomina **reclamo**.

Presentar una queja se denomina **interponer un reclamo**.

Usar el proceso para quejas se denomina **usar el proceso para interponer un reclamo**.

Una **queja rápida** se denomina **reclamo acelerado**.

Paso 1: Póngase en contacto con nosotros de inmediato, ya sea por escrito o por teléfono.

- **Llamar a Servicios para los Miembros al 1-800-353-3765 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) suele ser el primer paso.** 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.

Los reclamos deben presentarse ante nosotros en un plazo de 60 días calendario después del evento o incidente que provocó el reclamo (o llevó a este). Una vez que recibamos sus reclamos, 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; o

- 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 se le ha concedido una queja "rápida", quiere decir que le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas.
- El **plazo** para presentar una queja es de 60 días calendario a partir del momento en que tuvo el problema sobre el que se quiere quejar.

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 mejor interés 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 informaremos 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 tiene 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 una 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 10.3 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención a la Organización para la Mejora de la Calidad

Cuando su queja es sobre la *calidad de la atención*, también tiene dos opciones adicionales:

- **Puede presentar su queja directamente ante la Organización para la Mejora de la Calidad**. La Organización para la Mejora de la Calidad es un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica a los cuales el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare. En el capítulo 2, se incluye información de contacto.

O

- **Puede presentar su queja ante la Organización para la Mejora de la Calidad y ante nosotros al mismo tiempo**.

Sección 10.4 También puede informarle a Medicare acerca de su queja

Puede presentar una queja sobre Elderplan Selecto (HMO-POS I-SNP/IE-SNP) directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, ingrese en www.Medicare.gov/my/medicare-complaint. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

CAPÍTULO 10: Cancelación de la membresía en nuestro plan

SECCIÓN 1 Cancelación de su membresía en nuestro plan

La cancelación de la membresía en Elderplan Selecto (HMO-POS I-SNP/IE-SNP) puede ser **voluntaria** (en el caso de que sea su elección) o **involuntaria** (cuando no es su elección):

- Es posible que abandone nuestro plan porque decide que *quiere* dejarlo. Las secciones 2 y 3 brindan información sobre la cancelación voluntaria de su membresía.
- También hay situaciones limitadas en las que debemos cancelar su membresía. En la sección 5 se describen 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 en cualquier momento Usted puede finalizar su membresía de Elderplan Selecto (HMO-POS I-SNP/IE-SNP) en cualquier momento.

- Debido a que usted vive en un hogar de personas mayores, puede finalizar **su membresía** de Elderplan Selecto (HMO-POS I-SNP/IE-SNP) en cualquier momento.
- 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,
    - Medicare Original *con* un plan separado de medicamentos de Medicare, u
    - Medicare Original *sin* un plan separado de medicamentos de Medicare.
        - Si elige esta opción, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que opte por no participar en la inscripción automática.

Nota: si cancela su inscripción en una cobertura de medicamentos 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.

- **Generalmente, su membresía se cancelará** el primer día del mes después de que recibamos su solicitud para cambiar nuestro plan.

Sección 2.2 Obtenga más información sobre cuándo puede finalizar su membresía

Si tiene preguntas sobre la cancelación de su membresía, puede hacer lo siguiente:

- **Llame a Servicios para los Miembros al 1-800-353-3765 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).**
- Busque la información en el manual ***Medicare y Usted 2026 (Medicare & You 2026*)**
- Llame a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048

SECCIÓN 3 Cómo cancelar su membresía en nuestro plan

En la siguiente tabla se explica cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan.

Para cambiar de nuestro plan a:	Lo que debe hacer:
Otro plan de salud de Medicare	• Inscribirse en el nuevo plan de salud de Medicare. • Su inscripción en Elderplan Selecto (HMO-POS I-SNP/IE-SNP) se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
Medicare Original *con* un plan separado de medicamentos de Medicare	• Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos de Medicare. • Su inscripción en Elderplan Selecto (HMO-POS I-SNP/IE-SNP) se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su nuevo plan de medicamentos.

Para cambiar de nuestro plan a:	Lo que debe hacer:
Medicare Original *sin* un plan separado de medicamentos de Medicare	• **Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción.** Llame a Servicios para los Miembros al 1-800-353-3765 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) si necesita más información sobre cómo hacerlo. • También puede llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y pedir que cancelen su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. • Su inscripción en Elderplan Selecto (HMO-POS I-SNP/IE-SNP) se cancelará cuando comience la cobertura en Medicare Original.

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

Hasta que finalice su membresía y comience su cobertura nueva de Medicare, debe continuar recibiendo sus servicios médicos, artículos y sus 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 el 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 Selecto (HMO-POS I-SNP/IE-SNP) debe cancelar su membresía del plan en ciertas situaciones

Elderplan Selecto (HMO-POS I-SNP/IE-SNP) debe cancelar su membresía del plan si ocurre cualquiera de los siguientes casos:

- Si ya no tiene las Partes A y B de Medicare.
- Si usted se muda fuera del área de servicio.
- Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio durante más de 6 meses.
    - Si se muda o realiza un viaje largo, llame a Servicios para los Miembros al 1-800-353-3765 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para averiguar si el lugar al que se muda o al que viaja está en el área de nuestro plan.
- No cumple con los requisitos de elegibilidad especiales de nuestro plan.
    - Si ya no vive en uno de los hogares de personas mayores de la red contratados de Elderplan o en entornos de cuidados institucionales y el estado de New York ha certificado que ya no necesita el tipo de atención que se brinda generalmente en un hogar de personas mayores.

- 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.

- Si usted debe pagar un monto adicional para la Parte D debido a sus ingresos y no lo hace, Medicare cancelará su inscripción en nuestro plan y usted perderá la cobertura para medicamentos.

Si tiene preguntas o desea recibir más información sobre cuándo podemos cancelar su membresía, llame a Servicios para los Miembros al 1-800-353-3765 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Sección 5.1 Nosotros no podemos pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con la salud

Elderplan Selecto (HMO-POS I-SNP/IE-SNP) no puede pedirle que deje el plan por ningún motivo relacionado con su salud.

¿Qué debe hacer si sucede esto?

Si cree 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). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 5.2 Tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan

Si cancelamos su membresía en nuestro plan, tenemos la obligación de darle por escrito nuestros motivos de dicha cancelación. También tenemos que explicarle cómo puede presentar una queja o un reclamo sobre nuestra decisión de cancelar su membresía.

CAPÍTULO 11:
Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes vigentes

La ley principal que se aplica a 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 (CMS). Además, es posible que se apliquen otras leyes federales y, bajo ciertas circunstancias, las leyes del estado en el que vive. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades, incluso si las leyes no están incluidas ni explicadas en este documento.

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación

No discriminamos por cuestiones de raza, origen étnico, nacionalidad, color, religión, sexo, edad, discapacidad física o mental, estado de salud, experiencia en reclamaciones, historial médico, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que brindan 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 de Edad de 1975, la Ley para Estadounidenses con Discapacidades, la sección 1557 de la Ley de Atención Médica de Bajo Costo, todas las demás leyes que se aplican a las organizaciones que obtienen financiación federal, y cualquier otra ley y normas que se apliquen por cualquier otro motivo.

Si desea obtener más información o tiene alguna inquietud en cuanto a discriminación o un trato 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 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 al 1-800-353-3765 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). 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 Selecto (HMO-POS I-SNP/IE-SNP), como una organización de 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 en el hogar, 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

Apelación: una apelación es un recurso que usted presenta si no está de acuerdo con la decisión de denegarle una solicitud de cobertura de servicios de atención médica o medicamentos con receta o pagos por servicios o medicamentos que ya recibió. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con una decisión de interrumpir los servicios que está recibiendo.

Área de servicio: un área geográfica donde debe vivir para inscribirse en un plan de salud en particular. Para los planes que limitan qué médicos y hospitales puede utilizar, también es generalmente el área donde puede obtener servicios de rutina (no emergencias). Nuestro plan debe cancelar su inscripción si 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 condición médica de emergencia.

Atención 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.

Autorización previa: la aprobación por adelantado para obtener servicios o determinados medicamentos según criterios específicos. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en la Tabla de beneficios médicos en el capítulo 4. Los medicamentos que necesitan autorización previa están marcados en el formulario y nuestros criterios se publican en nuestro sitio web.

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 la atención personal (p. ej., bañarse, usar el baño, vestirse o realizar ejercicios prescritos).

Ayuda adicional: un programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos con receta de Medicare, como las primas, los deducibles y el coseguro.

Biosimilar intercambiable: un biosimilar que puede usarse como sustituto de un producto biosimilar original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta porque cumple con requisitos adicionales sobre el potencial de sustitución automática. La renovación automática en la farmacia está sujeta a la ley estatal.

Biosimilar: un producto biológico que es muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Los biosimilares son tan seguros y eficaces como el producto biológico original. Algunos pueden sustituirse por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una receta nueva (consulte "**Biosimilar intercambiable**").

Cancelar o **cancelación de la inscripción:** el proceso de cancelación de su membresía en nuestro plan.

Centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF): un centro que brinda principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, incluidos 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 a pacientes externos que no requieren hospitalización y que esperan no pasar más de 24 horas en el centro asistencial.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS): es la agencia federal que administra Medicare.

Cobertura acreditable para medicamentos con receta: cobertura para medicamentos con receta (por ejemplo, de un empleador o un sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura cuando pasan a ser elegibles para Medicare pueden normalmente mantener esa cobertura sin pagar una multa, si deciden inscribirse más tarde en un plan de cobertura para medicamentos con receta de Medicare.

Cobertura para medicamentos 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, consulta como paciente externo en un hospital o para 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: es el monto que un miembro debe pagar cuando recibe servicios o medicamentos. El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes 3 tipos de pagos: 1) cualquier monto deducible que puede imponer un plan antes de cubrir los servicios o medicamentos; 2) cualquier monto fijo de copago que un plan exige cuando se recibe un medicamento o servicio específico; o 3) cualquier monto de coseguro, un porcentaje del monto total pagado por un servicio o medicamento, que un plan exige cuando se recibe un medicamento o servicio específico.

Costo de suministro: una tarifa que se cobra cada vez que 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 la atención personal brindada en un hogar de personas mayores, 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 o sentarse 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.

Decisión de la organización: 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 decisiones de la organización se denominan decisiones de cobertura en este documento.

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 nuestro 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 nuestro plan, eso no es una decisión de cobertura. Deberá llamar o escribir a nuestro plan para pedir una decisión de cobertura formal. Las determinaciones de cobertura se denominan **decisiones de cobertura** en este documento.

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 tratamiento nutricional enteral y parenteral.

Emergencia: una emergencia médica es 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, la pérdida de un niño en gestación), un miembro o la función de un miembro, o la pérdida o el deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una condición 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 $2,100 para los medicamentos cubiertos de la Parte D durante el año de cobertura. Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D.

Etapa de cobertura inicial: esta es la etapa antes de que el monto de los gastos no cubiertos del año haya alcanzado el monto del umbral que paga de su bolsillo.

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, si nuestro plan exige una autorización previa para un medicamento y desea que eliminemos la restricción de criterios, o si nuestro plan limita la cantidad o dosis del medicamento que está solicitando (una excepción al formulario).

Facturación de saldo: cuando un proveedor (un médico o el hospital) factura al paciente más que el monto del costo compartido permitido de nuestro plan. Como miembro de Elderplan Selecto (HMO-POS I-SNP/IE-SNP), solo tiene que pagar los montos del costo compartido del plan cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores le **facturen el saldo** o cobren, de otra manera, más del monto del costo compartido que nuestro plan indica que debe pagar.

Farmacia de la red: una farmacia que tiene un contrato con nuestro plan en la que los miembros del plan pueden obtener 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 celebrado un contrato con 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 costos 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 de 6 meses o menos. Nuestro plan debe proporcionarle una lista de hospicios en su área geográfica. Si elige un hospicio y continúa pagando las primas, usted sigue siendo miembro de nuestro plan. Puede seguir recibiendo todos los servicios médicamente necesarios, así como también los beneficios suplementarios 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 FDA o respaldado por ciertas referencias, como American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de Información DRUGDEX de Micromedex.

Ingreso suplementario 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.

Límites de cantidad: una herramienta de gestión diseñada para limitar el uso de un medicamento por motivos de calidad, seguridad o utilización. Los límites también pueden ser en la cantidad de medicamento que cubrimos por receta o durante un período definido de tiempo.

Lista de medicamentos cubiertos (Formulario o Lista de medicamentos): es una lista de los medicamentos con receta cubiertos por nuestro plan.

Medicaid (o Asistencia médica): un programa conjunto, estatal y federal, que ayuda a solventar costos médicos de ciertas personas con 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 condición 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 FDA, dado que se considera que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Un medicamento genérico tiene el mismo efecto que un medicamento de marca pero, por lo general, es más económico.

Medicamento seleccionado: medicamento cubierto por la Parte D para el cual Medicare negoció un precio máximo justo.

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 Original (Medicare tradicional o plan Medicare con pago por servicio): el plan Medicare Original 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 Medicare Original, 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. Medicare Original tiene 2 partes: la Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico), y está disponible en cualquier lugar de los Estados Unidos.

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 reúne los requisitos 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 del IRS de hace 2 años, está por encima de cierto monto, pagará el monto estándar de la prima y un monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso, también conocido como IRMAA. El IRMAA es un cargo adicional que se agrega a su prima. Menos del 5% de las personas con Medicare se ven afectadas, por lo que la mayoría de las personas no pagarán una prima más alta.

Monto máximo de gastos no cubiertos: el monto máximo que paga de gastos no cubiertos durante el año calendario para los servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B dentro y fuera de la red combinados. Los montos que paga por las primas de nuestro plan, las primas de la Parte A y de la Parte B de Medicare y los medicamentos con receta no se tienen en cuenta para el monto máximo de gastos no cubiertos.

Multa por inscripción tardía de la Parte D: un monto que se suma a su prima mensual del plan por la cobertura para medicamentos de Medicare si no tiene una cobertura acreditable (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.

Nivel de costo compartido: cada medicamento de la lista de medicamentos cubiertos está en uno de los cinco niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor sea el nivel de costo compartido, mayor será el costo del medicamento que le corresponderá pagar.

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.

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 Medicare Original 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 servicios de atención para pacientes internados en un hospital (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si ingresa en el hospital o en el centro de 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 Medicare Original. Si elige cambiar a Medicare Original 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 una persona sea elegible por primera vez para Medicare.

Período de inscripción abierta: el período desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre de cada año, en el que los miembros pueden cambiar de planes de salud o medicamentos o cambiarse a Medicare Original.

Período de inscripción especial: un tiempo determinado para que los miembros puedan cambiar su plan de salud o medicamentos, o volver a Medicare Original. Situaciones en las que usted puede ser elegible para un Período de inscripción especial son: si se aleja del área de servicio, si está recibiendo Ayuda adicional con los costos de sus medicamentos con receta, si se muda a un hogar de personas mayores o si violamos nuestro contrato con usted.

Período de inscripción inicial: cuando es 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 de atención crónica (C-SNP): los C-SNP son SNP que restringen la inscripción a personas elegibles para MA que tienen enfermedades graves y crónicas específicas.

Plan de necesidades especiales institucional (I-SNP): los I-SNP restringen la inscripción a personas elegibles para MA que viven en la comunidad pero necesitan el nivel de atención que ofrece un centro, o que viven (o se espera que vivan) durante al menos 90 días seguidos en ciertos centros a largo plazo. Los I-SNP incluyen los siguientes tipos de planes: SNP institucionales equivalentes (IE-SNP), SNP institucionales híbridos (HI-SNP) y SNP institucionales en centros (FI-SNP).

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 hogar de personas mayores o que tienen ciertas condiciones 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 gastos no cubiertos para los servicios recibidos de proveedores (preferidos) de la red y un límite más alto de gastos no cubiertos combinados 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 nuestro 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 institucional de necesidades especiales equivalente (IE-SNP): un IE-SNP restringe la inscripción a personas elegibles para MA que viven en la comunidad, pero que necesitan el nivel de atención que ofrece un centro.

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) PPO, iii) un plan privado de pago por servicio (PFFS), o iv) un plan de Cuenta de ahorro para gastos médicos (MSA) de Medicare. Además de elegir estos tipos de planes, un plan Medicare Advantage HMO o PPO también puede ser un Plan de necesidades especiales (SNP). En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D (cobertura para medicamentos con receta) de Medicare. Estos planes se llaman planes **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 de manera que ayuden a las personas a mantenerse independientes y vivir en sus comunidades (en lugar de mudarse a un hogar de personas mayores) tanto tiempo como sea posible. Las personas inscritas en los planes PACE reciben los beneficios de Medicare y Medicaid a través de nuestro plan.

Planes de necesidades especiales para miembros con doble elegibilidad (D-SNP): los D-SNP inscriben a 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 suplementario de Medicare): el seguro suplementario de Medicare vendido por una compañía de seguros privada para cubrir los *períodos sin cobertura* de Medicare Original. Las pólizas Medigap solo funcionan con Medicare Original. (Un plan Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

Precio justo máximo: precio negociado por Medicare para un medicamento seleccionado.

Prima: el pago periódico a Medicare, a una compañía de seguros o a un plan de salud para una cobertura de salud o para medicamentos con receta.

Producto biológico original: un producto biológico que ha sido aprobado por la FDA y sirve como la comparación para los fabricantes que realizan una versión biosimilar. También se denomina producto de referencia.

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. (Consulte "**Producto biológico original**" y "**Biosimilar**").

Programa de descuentos del fabricante: un programa en el que los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total de nuestro plan por los medicamentos de marca y los biológicos cubiertos de la Parte D. Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y fabricantes de medicamentos.

Programa de manejo del tratamiento farmacológico (MTM): programa de la Parte D de Medicare para necesidades de salud complejas que se brinda a personas que cumplen con ciertos requisitos o están en un programa de administración de medicamentos. Los servicios del MTM generalmente incluyen una conversación con un farmacéutico o proveedor de atención médica para revisar los medicamentos.

Proveedor de atención primaria (PCP): el médico u otro proveedor a quien usted consulta primero para la mayoría de los problemas de salud. En muchos planes de salud de Medicare, usted debe consultar con su proveedor de atención primaria antes de consultar con otro proveedor de atención médica.

Proveedor de la red: proveedor es el término general para médicos, otros profesionales de salud, hospitales y otros centros de atención médica que tienen licencia o están certificados por Medicare y por el estado para 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 u ofrecer servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no están empleados por nuestro plan, no son propiedad de este ni son operados por 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 sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. También incluye quejas si nuestro plan no sigue los períodos en el proceso de apelaciones.

Reclamo: un tipo de queja que se presenta sobre nuestro plan, proveedores o farmacias, incluidas las quejas acerca de la calidad de la atención. No incluye disputas por pagos o cobertura.

Remisión: una orden por escrito de su médico de atención primaria para que consulte a un especialista u obtenga ciertos servicios médicos. Sin una remisión, es posible que nuestro plan no pague los servicios de un especialista.

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 atención de rehabilitación para pacientes internados, fisioterapia (para pacientes externos), terapia del habla y del lenguaje, y terapia ocupacional.

Servicios de urgencia: un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata que no es una emergencia es un servicio de urgencia si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan, o no es razonable, dada su hora, lugar y circunstancias, obtener este servicio de los proveedores de la red. Como ejemplos de servicios de urgencia están las enfermedades imprevistas y lesiones o exacerbaciones imprevistas de afecciones existentes. Las consultas de rutina médicamente necesarias con el proveedor, como los chequeos anuales, no se consideran de urgencia, incluso si usted se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o si nuestra red del plan no está disponible temporalmente.

Servicios para los Miembros: un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder a sus preguntas sobre su membresía, beneficios, reclamos y apelaciones.

Servicios preventivos: atención médica para prevenir enfermedades o detectarlas en una etapa temprana, cuando es probable que el tratamiento funcione mejor (por ejemplo, los servicios preventivos incluyen pruebas de Papanicolaou, vacunas contra la gripe y mamografías de detección).

Subsidio por bajos ingresos (LIS): consulte Ayuda adicional.

Tratamiento escalonado: herramienta de utilización que exige que primero intente tratar su condición médica con otro medicamento antes de que cubramos el medicamento que le recetó el médico en primer lugar.

Umbral de gastos no cubiertos: el monto máximo que paga de gastos no cubiertos por los medicamentos de la Parte D.

Servicios para los Miembros de Elderplan Selecto (HMO-POS I-SNP/IE-SNP)

Método	Información de contacto de Servicios para los Miembros
Llame al	1-800-353-3765 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 (1-800-353-3765) (los usuarios de TTY deben llamar al 711) 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 del estado de New York) HIICAP es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para brindar asesoramiento local y gratuito sobre seguros de salud a las personas que tienen Medicare.

Método	Información de contacto
Llame al	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 lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 5:00 p.m. Livingston County: (585) 243-7520 Estamos disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 4:00 p.m. Condado de Monroe: (585) 753-6280 Estamos disponibles de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 4:30 p.m. Condado de Nassau: (516) 227-8900 Estamos disponibles de lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 4:30 p.m.

Método	Información de contacto
Llame al (continuación)	Ciudad de New York: (718) 557-1399 Estamos disponibles de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5:00 p.m. Condado de Ontario: (585) 396-4040 Estamos disponibles de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 4:00 p.m. Condado de Orange: (845) 615-3700 Estamos disponibles de lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 5:00 p.m. Condado de Orleans: (585) 589-3193 Estamos disponibles de lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 5:00 p.m. Condado de Putnam: (845) 808-1700 Estamos disponibles de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 4:30 p.m. Condado de Rockland: (845) 364-2110 Estamos disponibles de lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 5:00 p.m. Condado de Seneca: (315) 539-1765 Estamos disponibles de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5:00 p.m.

Método	Información de contacto
Llame al (continuación)	Condado de Suffolk: (631) 853-8200 Estamos disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 4:00 p.m. Condado de Westchester: (914) 813-6400 Estamos disponibles de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5:00 p.m. Condado de Yates: (315) 536-5515. Estamos disponibles de lunes a viernes, de 8:00 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.
Escriba a	DUTCHESS COUNTY OFFICE FOR THE AGING 114 DELAFIELD STREET POUGHKEEPSIE, NY 12601 LIVINGSTON COUNTY OFFICE FOR THE AGING 3 MURRAY HILL DRIVE MT. MORRIS, NY 14510

Método	Información de contacto
Escriba a (continuación)	MONROE COUNTY OFFICE FOR THE AGING 435 EAST HENRIETTA ROAD, 3RD FLOOR - FAITH-EAST ROCHESTER, NY 14620 NASSAU COUNTY DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES OFFICE FOR THE AGING 60 CHARLES LINDBERGH BLVD, SUITE 260 UNIONDALE, NY 11553 NEW YORK CITY HIICAP 2 LAFAYETTE STREET, 9TH TH FLOOR NEW YORK, NY 10007 ONTARIO COUNTY OFFICE FOR THE AGING 3019 COUNTY COMPLEX DR. CANANDAIGUA, NY 14424 ORANGE COUNTY OFFICE FOR THE AGING 40 MATTHEWS STREET 3RD FLOOR - SUITE 305 GOSHEN, NY 10924

Método	Información de contacto
Escriba a (continuación)	ORLEANS COUNTY ORLEANS COUNTY OFFICE FOR THE AGING 14016 ROUTE 31 ALBION, NY 14411 PUTNAM COUNTY OFFICE FOR SENIOR RESOURCES 110 OLD ROUTE 6, BUILDING A CARMEL, NY 10512 ROCKLAND COUNTY OFFICE FOR THE AGING 50 SANATORIUM ROAD, YAEGER HEALTH CENTER BUILDING B POMONA, NY 10970 SENECA COUNTY O FFICE FOR THE AGING 2465 BONADENT DRIVE, SUITE 4 WATERLOO, NY 13165 SUFFOLK COUNTY OFFICE FOR THE AGING H. LEE DENNISON BUILDING 100 VETERANS MEMORIAL HIGHWAY P.O. BOX 6100 HAUPPAUGE, NY 11788

Método	Información de contacto
Escriba a (continuación)	WESTCHESTER COUNTY DEPARTMENT OF SENIOR PROGRAMS & SERVICES 9 SOUTH FIRST AVENUE, 10TH FLOOR MT. VERNON, NY 10550 YATES COUNTY OFFICE FOR THE AGING 417 LIBERTY STREET, SUITE 1116 PENN YAN, NY 14527
Sitio web	https://aging.ny.gov/ health-insurance-information-counseling- and-assistance-programs

Elderplan, Inc.
Aviso sobre no discriminación: la discriminación es ilegal

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, Inc. no excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Elderplan/HomeFirst hace lo siguiente:

- Proporciona ayuda y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficiente con nosotros, como los siguientes:
    - intérpretes de lenguaje de señas calificados;
    - información escrita 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 los siguientes:
    - intérpretes calificados;
    - información escrita 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, 46th Floor
New York NY 10041

Teléfono: 1-877-326-9978, TTY 711
Fax: 1-718-759-3643

Puede presentar un reclamo en persona o por correo, teléfono o fax. Si necesita ayuda para presentar un reclamo, el coordinador de derechos civiles está disponible para brindarle ayuda.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Sociales de los EE. UU., 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)

Los formularios de quejas están disponibles en http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

Aviso de disponibilidad de servicios de asistencia lingüística y ayudas y servicios auxiliares
45 CFR 92.11

English: Elderplan, Inc. complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. ATTENTION: If you speak a non-English language or require interpretation assistance, language assistance services and appropriate auxiliary aids are available to you free of charge. If you need these services or have questions about our plan, call 1-800-353-3765 (TTY: 711).

Spanish: Elderplan, Inc. cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. ATENCIÓN: Si usted habla en un idioma que no es inglés o requiere asistencia de interpretación, tiene a su disposición servicios de asistencia lingüística y las ayudas auxiliares adecuadas de forma gratuita. Si necesita estos servicios o tiene preguntas sobre nuestro plan, llame al 1-800-353-3765 (TTY: 711).

Chinese: Elderplan, Inc. 遵守適用的聯邦民權法律規定，不因種族、膚色、民族血統、年齡、殘障情況或性別而歧視任何人。請注意：如果您說英語以外的語言或需要口譯協助，我們將免費為您提供語言協助服務和適當的輔助工具。如果您需要這些服務或對我們的計劃有疑問，請致電 1-800-353-3765 (TTY: 711)。

Albanian: Elderplan, Inc. u përmbahet ligjeve të zbatueshme federale për të drejtat civile, ndaj nuk ju diskriminon në bazë të racës, ngjyrës, origjinës kombëtare, moshës, aftësive të kufizuara ose seksit. VËMENDJE: Nëse flisni një gjuhë tjetër që nuk është anglisht ose nëse keni nevojë për shërbime përkthimi, për ju ofrohen falas shërbime të ndihmës gjuhësore dhe mjete ndihmëse të përshtatshme. Nëse keni nevojë për këto shërbime ose nëse keni pyetje rreth planit tonë, telefononi 1-800-353-3765 (TTY: 711).

Arabic

لقوانين الحقوق المدنية الفيدرالية المعمول بها ولا تميّز على أساس العِرق أو اللون أو الأصل .Elderplan Incتمتثل القومي أو العمر أو الإعاقة أو الجنس. تنبيه: إذا كنت تتحدث لغة غير الإنجليزية أو تحتاج إلى مساعدة في الترجمة الفورية، فإن خدمات المساعدة اللغوية والمساعدات المعينة المناسبة متاحة لك مجانًا. إذا كنت بحاجة إلى هذه الخدمات أو كانت لديك أسئلة حول خطتنا، فاتصل بالرقم 1-800-353-3765 (TTY: 711).

Bengali: Elderplan, Inc. প্রযোজ্য ফেডারেল নাগরিক অধিকার আইন মেনে চলে এবং জাতি, বর্ণ, জাতীগত উৎপত্তি, বয়স, অক্ষমতা বা লিঙ্গের ভিত্তিতে বৈষম্য করে না। লক্ষ্য করুন: যদি আপনি ইংরেজি ছাড়া অন্য কোনো ভাষায় কথা বলেন বা দোভাষী সহায়তার প্রয়োজন হয়, আপনার জন্য বিনামূল্যে ভাষা সহায়তা পরিষেবা এবং প্রয়োজনীয় সহায়ক উপকরণ উপলব্ধ আছে। আপনার যদি এই পরিষেবাগুলির প্রয়োজন হয় বা আমাদের পরিকল্পনা সম্পর্কে প্রশ্ন থাকে তবে 1-800-353-3765 (TTY: 711) নম্বরে ফোন করুন।

French: Elderplan, Inc. se conforme aux lois fédérales applicables en matière de droits civils et ne fait aucune discrimination fondée sur la race, la couleur, l’origine nationale, l’âge, le handicap ou le sexe. ATTENTION : Si vous parlez une langue autre que l’anglais ou si vous avez besoin d’une assistance d’interprétation, des services d’assistance linguistique et des aides auxiliaires appropriées sont à votre disposition gratuitement. Si vous avez besoin de ces services ou si vous avez des questions sur notre régime d’assurance maladie, appelez le 1-800-353-3765 (TTY : 711).

German: Elderplan, Inc. hält alle geltenden Bundesbürgerrechtsgesetze ein und diskriminiert nicht aufgrund von Ethnie, Hautfarbe, nationaler Herkunft, Alter, Behinderung oder Geschlecht. HINWEIS: Wenn Sie eine andere als die englische Sprache sprechen oder einen Dolmetscher benötigen, stehen Ihnen Sprachassistenzdienste und geeignete Hilfsmittel kostenlos zur Verfügung. Falls Sie solche Dienste benötigen oder Fragen zu unserem Plan haben, rufen Sie uns bitte unter der Nummer +1-800-353-3765 (TTY: 711) an.

Greek: Η Elderplan, Inc. συμμορφώνεται με τους ισχύοντες ομοσπονδιακούς νόμους περί πολιτικών δικαιωμάτων και δεν κάνει διακρίσεις με βάση τη φυλή, το χρώμα, την εθνική καταγωγή, την ηλικία, την αναπηρία ή το φύλο. ΠΡΟΣΟΧΗ: Αν μιλάτε άλλη γλώσσα εκτός από τα αγγλικά ή χρειάζεστε τη βοήθεια διερμηνείας, παρέχονται δωρεάν υπηρεσίες γλωσσικής υποστήριξης και κατάλληλα βοηθητικά μέσα. Εάν χρειάζεστε αυτές τις υπηρεσίες ή έχετε ερωτήσεις σχετικά με το πρόγραμμά μας, καλέστε στο 1-800-353-3765 (TTY: 711).

Haitian Creole: Elderplan, Inc. konfòme l avèk lwa Federal sou dwa sivil ki aplikab yo epi li pa fè diskriminasyon sou baz ras, koulè, orijin nasyonal, laj, andikap oswa sèks. ATANSYON: Si ou pale yon lang ki pa Angle oswa ou bezwen asistans entèprèt, sèvis asistans lang ak èd oksilyè ki apwopriye yo disponib pou ou gratis. Si ou bezwen sèvis sa yo oswa ou gen kesyon sou plan nou an, rele 1-800-353-3765 (TTY: 711).

Hindi: Elderplan, Inc. लागू संघीय नागरिक अधिकार कानूनों का अनुपालन करता है और नस्ल, रंग, राष्ट्रीय मूल, उम्र, विकलांगता या लिंग के आधार पर भेदभाव नहीं करता है। ध्यान दें: यदि आप एक गैर-अंग्रेज़ी भाषा बोलते हैं या आपको भाषांतरण सहायता की आवश्यकता है, तो भाषा सहायता सेवाएँ और उपयुक्त सहायक उपकरण आपके लिए निःशुल्क उपलब्ध हैं। यदि आपको इन सेवाओं की आवश्यकता है या हमारी योजना के बारे में प्रश्न हैं, तो 1-800-353-3765 (TTY: 711) पर कॉल करें।

Italian: Elderplan, Inc. è conforme a tutte le leggi federali vigenti in materia di diritti civili e non pone in essere discriminazioni sulla base di razza, colore, origine nazionale, età, disabilità o sesso. ATTENZIONE: Se parla una lingua diversa dall'inglese o ha bisogno dell’assistenza di un interprete, può usufruire gratuitamente di servizi di assistenza linguistica e di appositi supporti ausiliari. Se necessita di questi servizi o ha domande sul nostro piano, chiami il numero 1-800-353-3765 (TTY: 711).

Japanese: Elderplan, Inc. は適用される連邦公民権法を遵守し、人種、肌の色、出身国、年齢、障害、性別に基づいて差別しません。注意：英語以外の言語を話す場合や通訳のサポートが必要な場合は、言語サポートサービスと適切な補助器具を無料でご利用いただけます。これらのサービスが必要な場合、または当社のプランについてご質問がある場合は、1-800-353-3765 (TTY: 711) までお電話ください。

Korean: Elderplan, Inc.는 해당 연방 민권법을 준수하며 인종, 피부색, 출신 국가, 연령, 장애 또는 성별을 근거로 차별하지 않습니다. 주의: 영어 이외의 언어를 구사하거나 통역 지원이 필요한 경우 언어 지원 서비스 및 적절한 보조 장치를 무료로 이용할 수 있습니다. 이러한 서비스가 필요하거나 플랜에 대해 질문이 있는 경우 1-800-353-3765 (TTY: 711) 로 전화하십시오.

Polish: Elderplan, Inc. przestrzega obowiązujących federalnych przepisów dotyczących praw obywatelskich i nie dyskryminuje ze względu na rasę, kolor skóry, pochodzenie narodowe, wiek, niepełnosprawność ani płeć. UWAGA: Jeśli mówisz w języku innym niż angielski lub potrzebujesz pomocy tłumacza, możesz bezpłatnie skorzystać z usług pomocy językowej i odpowiednich narzędzi pomocniczych. Jeśli potrzebujesz tych usług lub masz pytania dotyczące naszego planu, zadzwoń pod numer 1-800-353-3765 (TTY: 711).

Portuguese: A Elderplan, Inc. cumpre as leis federais de direitos civis aplicáveis e não discrimina com base em raça, cor, nacionalidade, idade, deficiência ou sexo. ATENÇÃO: Se fala uma língua diferente do inglês ou necessita de assistência de interpretação, estão disponíveis gratuitamente serviços de assistência linguística e recursos auxiliares apropriados. Se precisar destes serviços ou tiver dúvidas sobre o nosso plano, ligue para 1-800-353-3765 (TTY: 711).

Punjabi: Elderplan, Inc. ਲਾਗੂ ਸੰਘੀ ਨਾਗਰਿਕ ਅਧਿਕਾਰ ਕਾਨੂੰਨਾਂ ਦੀ ਪਾਲਣਾ ਕਰਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਨਸਲ, ਰੰਗ, ਰਾਸ਼ਟਰੀ ਮੂਲ, ਉਮਰ, ਅਪਾਹਜਤਾ, ਜਾਂ ਲਿੰਗ ਦੇ ਆਧਾਰ 'ਤੇ ਵਿਤਕਰਾ ਨਹੀਂ ਕਰਦਾ ਹੈ। ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਕੋਈ ਅੰਗਰੇਜ਼ੀ ਤੋਂ ਬਿਨ੍ਹਾਂ ਕੋਈ ਹੋਰ ਭਾਸ਼ਾ ਬੋਲਦੇ ਹੋ ਜਾਂ ਵਿਆਖਿਆ ਸਹਾਇਤਾ ਦੀ ਲੋੜ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਅਤੇ ਉਚਿਤ ਸਹਾਇਕ ਸਹਾਇਤਾਵਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫ਼ਤ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਹਨਾਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਜਾਂ ਸਾਡੀ ਯੋਜਨਾ ਬਾਰੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਈ ਸਵਾਲ ਹਨ, ਤਾਂ 1-800-353-3765 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

Russian: Компания Elderplan, Inc. соблюдает применимое федеральное законодательство в области гражданских прав и не допускает дискриминации по признакам расы, цвета кожи, национальной принадлежности, возраста, инвалидности или пола. ВНИМАНИЕ: Если вы не говорите на английском языке или вам нужна помощь переводчика, вам будут бесплатно предоставлены услуги языковой помощи и соответствующие вспомогательные средства. Если вам нужны такие услуги или у вас есть вопросы о нашем плане, позвоните по номеру 1-800-353-3765 (TTY: 711).

Tagalog: Sumusunod ang Elderplan, Inc. sa naaangkop na mga batas sa Pederal na mga karapatang sibil at hindi nandidiskrimina batay sa lahi, kulay, bansang pinagmulan, edad, kapansanan, o kasarian. ATENSYON: Kung nagsasalita ka ng wikang hindi Ingles o nangangailangan ng tulong sa interpretasyon, ang mga serbisyo ng tulong sa wika at naaangkop na mga pantulong na tulong ay magagamit mo nang walang bayad. Kung kailangan mo ang mga serbisyong ito o may mga tanong tungkol sa aming plano, tawagan ang 1-800-353-3765 (TTY: 711).

Urdu

Elderplan/HomeFirst قابل اطلاق وفاقی شہری حقوق کے قوانین کی تعمیل کرتا ہے اور نسل، رنگ، قومیت، عمر، معذوری، یا جنس کی بنیاد پر امتیازی سلوک نہیں کرتا۔ توجہ: اگر آپ غیر انگریزی زبان بولتے ہیں یا تشریح میں مدد کی ضرورت ہے تو ، زبان کی مدد کی خدمات اور مناسب معاون امداد آپ کے لئے مفت دستیاب ہیں۔ اگر آپ کو ان خدمات کی ضرورت ہے یا ہمارے منصوبے کے بارے میں سوالات ہیں تو،(TTY: 711) 1-800-353-3765 پر کال کریں.

Vietnamese: Elderplan, Inc. tuân thủ luật dân quyền Liên bang hiện hành và không phân biệt đối xử dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, độ tuổi, tình trạng khuyết tật hoặc giới tính. CHÚ Ý: Nếu quý vị nói ngôn ngữ không phải tiếng Anh hoặc cần được hỗ trợ thông dịch thì chúng tôi cung cấp dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ và các phương tiện phụ trợ phù hợp miễn phí cho quý vị. Nếu quý vị cần những dịch vụ này hoặc có thắc mắc về chương trình của chúng tôi, hãy gọi số 1-800-353-3765 (TTY: 711).

Yiddish

Elderplan, Inc. פֿאָלגט די אָנוועندלעכע פעדעראלע ציווילע רעכט געזעצן און דיסקרימינירט נישט אויף דער באַזע פון ראַסע, קאָליר, נאַציאָנאַלער אָפּשטאַם, עלטער, דיסאַביליטי, אָדער געשלעכט. ופמערקזאַמקייט: אויב איר רעדט א נישט-ענגלישע שפּראַך אָדער דאַרפֿט הילף מיט איבערזעצונג, זענען שפּראַך הילף באַדינונגען און פֿאַסיק הילפסמיטלען בנימצא פֿאַר אײַך אָן קיין אָפּצאָל. אויב איר דאַרפט די סערוויסעס אדער האָט פֿראַגעס וועגן אונדזער פֿלאַן, רופֿט אָן 1-800-353-3765 (TTY: 711)

elderplan homefirst®

una agencia participante del Sistema de Salud MJHS

Para obtener más información,
llámenos sin cargo al

1-800-353-3765

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.